

NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA
JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A TARTALOMBÓL:

Gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ápolásának
etikai kérdései

Lehetőségek és kihívások Békés megye idősellátásában

Hosszú idejű ellátás minőségének mérése
az Európai Unióban



2011. 24. ÉVFOLYAM 1. SZÁM
<http://www.meszk.hu/nover/novindex.htm>

eTovábbképzés

internetes vizsgarendszerek

Akár továbbképzésenként
20-40 Kreditpont minden
Kamaratagnak
díjmentesen!

Továbbképzés otthon

Nincs utazási vagy szállásköltség, Ön nyugodtan vizsgázhat
egész évben otthonról. Hamarosan indul a Magyar Egészségügyi
Szakdolgozók Kamarájának online továbbképzési programja.

www.etovabbkepzes.hu

www.meszk.etovabbkepzes.hu



secnet
internet service



NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2011. február, 24. évfolyam 1. szám

TARTALOMJEGYZÉK

SZERKESZTŐI LEVÉL	3
ÁPOLÁSETIKA	
Gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ápolásának etikai kérdései <i>Lendvai Csilla, Raskovicsné Csernus Mariann</i>	5
AZ ÁPOLÁS JOGI KÖRNYEZETE	
Tanulmány az egészségügyről szóló törvényben szabályozott jognyilatkozatok országos nyilvántartásáról <i>dr. Mikó Ádám, dr. Rádonyi Dénes</i>	16
SZAKMAPOLITIKA	
Lehetőségek és kihívások Békés megye idősellátásában <i>Beke Szilvia Ph.D., Uzzoli Annamária Ph.D.</i>	23
KITEKINTÉS	
Hosszú idejű ellátás minőségének mérése az Európai Unióban <i>Balogh Zoltán, Raskovicsné Csernus Mariann, Mészáros Judit</i>	30
Bemutatkozik a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete <i>Deák Gyuláné</i>	37

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán Ph.D. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. A kiadvány a **Literatura Medica** gondozásában jelenik meg. **Nyomdai munka:** Prospektus Nyomda, Veszprém.
ISSN szám: 0864-7003

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 24. No. 1. February 2011

CONTENTS

LETTER FROM THE EDITOR	3
ETHICS	
Ethical issues related to terminal patients and the dying <i>Csilla Lendvai, Csernus Mariann Raskovicsné</i>	5
LEGAL ENVIRONMENT	
Study of the Health of the statutory registration of national legal statements on the Health care <i>dr. Ádám Mikó, dr. Dénes Rádonyi</i>	16
HEALTHCARE POLICY	
Opportunities and Challenges in Geriatric Care in Békés County <i>Szilvia Beke Ph.D., Annamária Uzzoli Ph.D.</i>	23
OUTLOOK	
Measuring the quality of long-term care in the European Union <i>Zoltán Balogh, Mariann Csernus Raskovicsné, Judit Mészáros</i>	30
Introduction of the Association of Hungarian Enterostomal Therapists <i>Gyuláné Deák</i>	37

Főszerkesztő/Editor-in-Chief
Raskovicsné Csernus Mariann

Szerkesztő/Editor
Hirdi Henriett

Szerkesztőbizottság/Editorial Board
Dr. Betlehem József
egyetemi docens, dékán-helyettes

Kárpáti Zoltán
ápolási menedzser

Dr. Oláh András
egyetemi docens, tanszékvezető

Szloboda Imréné
ápolási igazgató

Tóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mariann Csernus Raskovicsné. Editor: Henriett Hirdi. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with english summaries. This journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial off ce: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, Szombathely
Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rác Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*

Vízvári László *főigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

	1084 Budapest, Auróra u. 11. Tel.:303-4738, Fax: 303-4744 E-mail:marketing@observer.hu http://observer.hu
»OBSERVER« BUDAPEST MÉDIAFIGYELŐ KFT.	

Tisztelt Olvasó!

Ez évben a NŐVÉR folyóirat 24. évfolyamának számait fogja a kezében tartani.

Minden évkezdet lehetőség a visszatekintésre. 2010 első lapszáma az ápolói kompetencia aktuális, kiemelt kérdéskörével foglalkozott. A továbbiakban 19 kézirat került megjelentetésre, melyek témái igen változatosak voltak. Az ápolói szerep jelentőségét mutatták be különböző megelőzési- és ellátási szintereken. Az ápolás elméletével és gyakorlatával kapcsolatos írásokon kívül az ápolásoktatás új módszerei kerültek bemutatásra. Az ápolók munkahelyi egészsége szintén ébresztett gondolatokat, valamint az ápolásetika kérdéskörében is születtek publikációk.

Tisztelt Olvasóinkat négy alkalommal szólítottuk meg és örömünkre szolgált, hogy három alkalommal gratulálhattunk szakdolgozó munkatársainknak a munkájukat elismerő kitüntetések alkalmából.

A folyóiratunkhoz való hálózati hozzáférés kibővítésre került, mellyel az egy éven belül megjelent lapszámok tartalomjegyzéke is visszakereshetővé vált.

A visszatekintést követően a változtatás, a megújulás lehetőségét is magában rejtí az új esztendő. A NŐVÉR folyóirat küldetése a gyakorlati szakembereknek új ismeretek nyújtása, melyek a mindennapi gyakorlati munkájuk minőségét kívánja elősegíteni.

A folyóirat továbbra is helyt ad a Magyar Ápolástudományi Társaság rovatának, és a már ismert rovatok bontásában kívánja elősegíteni az érdeklődési körnek megfelelő szakmai fejlődést. Az eredeti közleményekben a tudományos szemlélet érvényesül. Az ápolás gyakorlatával, etikai megítélésével, jogi környezetével, minőségügyi, vezetési, valamint szakmapolitikai megközelítésével foglalkozó rovatok már ismertek az Olvasók számára. A jövőben az elméleti, valamint a gyakorlati ismeretek bővítését külföldi irodalmi kitekintésekkel is kívánjuk biztosítani.

Célunk, hogy ezen ismeretek megszerzése ne csak öncélú legyen. Megjutalmazva hűséges előfizetőinket továbbképzési pontértékké kívánjuk tenni folyóiratunkat. Erre vonatkozóan már tárgyalásokat folytatunk, melynek eredményéről tájékoztatni fogjuk Olvasóinkat.

A NŐVÉR folyóirat külső megjelenésében a hagyománytisztelet vezérel bennünket. A belső formai jegyeken minimális változtatások történtek, melyekkel tagoltabbá és ezáltal áttekinthetőbbé válnak a publikált kéziratok.

Az olvasói tábor növelését célozza meg azon törekvésünk, miszerint a Nővér folyóirat a portálon keresztül is elérhetővé váljon. Ez lehetőséget teremt arra, hogy a folyóirat megjelent kéziratái között bővílhessen a keresési lehetőség, mely megkönnyíti egy adott témában érdeklődő Olvasóink munkáját.

A továbbiakban is a felmerülő igényeknek megfelelően kívánjuk szerkeszteni rovatainkat. Ennek érdekében készült kérdőívünk, mellyel az Olvasóink elégedettségét és véleményét kívánjuk felmérni. A következő oldalon szereplő kérdőív postai úton (MESZK, 1450 Budapest Pf. 214., a borítékra kérjük ráírni: „NŐVÉR”) is visszaküldhető, valamint a MESZK honlapján (www.meszk.hu) a Nővér menüpont alatt található elektronikus formában is kitölthető. Visszaküldési határidő: 2011. április 30.

Tisztelt Olvasó! Arra biztatjuk, hogy értékes gondolataival nyilatkozzon meg folyóiratunkban. Szerkesztőségünk segítséget nyújt, ha kérdései vannak, valamint ha bizonytalan a szerzői útmutató szerinti gondolatvezetésben. Forduljon bizalommal hozzánk! Várjuk kéziratát!

Budapest, 2011. február 3.

Raskovicsné Csernus Mariann
főszerkesztő

Hirdi Henriett
szerkesztő

Kérdőív az Olvasóknak!

Tisztelt Olvasó!

A NŐVÉR folyóirat immár 24. éve teljesíti küldetését: a tudományos igénnyel készített írások megjelentetését, az elméleti ismeretek átadását a gyakorlati tevékenységek elősegítése érdekében, valamint támogatja az ápolók folyamatos önképzését. Fontosak számunkra az Olvasók folyóirattal kapcsolatos véleményei és javaslatai.

Ezért kérjük az alábbi kérdőív önkéntes, anonim módon történő kitöltését. Együttműködését köszönjük! Szerkesztőség

1. Mennyi ideje dolgozik az egészségügyben?

☐ 5 évnél kevesebb

☐ 6-10 év

☐ 11-15 év

☐ 16-20 év

☐ 21-25 év

☐ 26-30 év

☐ 31-35 év

☐ 36 évnél több

2. Mely ellátóterületén dolgozik?

☐ Alapellátás

☐ Járóbeteg ellátás

☐ Fekvőbeteg ellátás

☐ Szociális ellátás

☐ Egyéb:.....

3. Milyen szakképesítésben dolgozik jelenlegi munkakörében?

☐ általános ápoló és asszisztens

☐ OKJ ápoló

☐ OKJ klinikai szakápoló

☐ főiskolai / egyetemi végzettségű ápoló

☐ Egyéb:.....

4. Milyen munkakörben dolgozik?

☐ felsővezető

☐ középvezető

☐ beosztott

☐ egyéb:.....

5. Milyen rendszerességgel olvassa a folyóiratot?

☐ Megjelenés szerinti rendszerességgel

☐ Alkalmanként, minimum fél évente

☐ Alkalmanként, minimum évente

☐ Rendszeretlenül

☐ Egyéb:.....

6. Hogyan jut hozzá a folyóirathoz?

☐ Előfizető

☐ Munkahelyen

☐ Könyvtárban

☐ Iskolában

☐ Egyéb:.....

7. Elvárásainak mennyire felel meg a folyóirat formája? (aláhúzással kérjük jelölni)

kiváló jó megfelelő elfogadható elfogadhatatlan

8. Elvárásainak mennyire felel meg a folyóiratban közölt cikkek témája? (aláhúzással kérjük jelölni)

kiváló jó megfelelő elfogadható elfogadhatatlan

9. Elvárásainak mennyire nyújtanak új ismereteket a folyóiratban közölt cikkek? (aláhúzással kérjük jelölni)

kiváló jó megfelelő elfogadható elfogadhatatlan

10. Milyennek ítéli meg a folyóirat előfizetési díját? (aláhúzással kérjük jelölni)

kiváló jó megfelelő elfogadható elfogadhatatlan

11. Milyennek ítéli meg a folyóirat megjelenési gyakoriságát? (aláhúzással kérjük jelölni)

kiváló jó megfelelő elfogadható elfogadhatatlan

12. Milyen témákban olvasna leginkább publikációkat? (Soroljon fel minimum 3-at!)

1.

2.

3.

13. Publikált-e már a folyóiratban?

☐ Igen

☐ Nem

14. Ha nem, gondolkodott-e már azon, hogy publikáljon a folyóiratban?

☐ Igen

☐ Nem

15. Ha nem publikált még, de gondolt már rá, mi tartja vissza, hogy megtegye? (Több válasz is lehetséges!)

☐ időhiány

☐ ismerethiány a kézirat megírásában

☐ nincs bátorságom

☐ nincs ötletem a témaválasztásban

☐ egyéb:

16. Szívesen olvasná-e elektronikus formában a folyóiratot?

☐ Igen

☐ Nem

17. Kérjük tegye meg egyéb észrevételeit a folyóirat megjelenésével, témájával kapcsolatban!

.....

.....

.....

Gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ápolásának etikai kérdései

Lendvai Csilla

osztályvezető főnővér, Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai
Kórház-rendelőintézet és Baleseti Központ

Raskovicsné Csernus Mariann

tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A vizsgálat célja az aktív és krónikus ellátást végző osztályok ápolói közötti összehasonlítás végzése, melynek alapján fel kívánjuk mérni a betegellátás időtartamának és az ápolók halálhoz való viszonyulásának összefüggését, a haldokláshoz kapcsolódó etikai dilemmák feldolgozásának módszereit, az ápolók ismereteit a haldoklás folyamatáról, valamint az ápolók igényét az ismeretek bővítésére.

Vizsgálati módszer és minta: A vizsgálat helyszínei a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-rendelőintézet és Baleseti Központ II. számú Krónikus Belgyógyászati Osztálya, Sürgősségi Belgyógyászat és Toxikológiai Osztálya, valamint az Általános Sebészeti Osztálya voltak. A felmérés 2010. július hónapban történt kérdőíves módszerrel. A kiosztott 120 db kérdőívből 100 db értékelhető kérdőív feldolgozását leíró statisztikai módszerrel végeztük.

Eredmények: Krónikus osztályon 36 fő volt a 41 év feletti ápolók, míg az akut osztályokon 37 fő volt a 40 év alatti ápolók száma. Krónikus osztályon 45 fő ápolóból 37 főnek nagyon szoros a kapcsolata, míg aktív osztályon 55 főből 34 fő ápoló felszínes kapcsolatot alakít ki a betegeivel. Leggyakrabban mindegyik ápoló a főnővérhez, vagyis a közvetlen szakmai vezetőjéhez fordul segítségért. A krónikus osztályon és az aktív osztályon dolgozó ápolók egyaránt szeretnék több ismeretet szerezni a haldoklók humánus ápolásáról.

Következtetés: A krónikus osztályon sokkal hosszabb ideig ápolják az ápolók az itt fekvő betegeket, éppen ezért sokkal szorosabb emberi kapcsolat alakul ki közöttük, mint aktív osztályon dolgozó kollégáik esetében, ezért nehezebb és megrendítőbb számukra az elvesztésük. Az ápolók számára segítséget jelent a haldoklás stádiumainak ismerete, mely miatt könnyebben birkóznak meg a felmerülő etikai dilemmákkal. a támogató funkciók alkalmazása (pl. esetmegbeszélés) is elősegíti ezek feldolgozását.

Kulcsszavak: haldokló beteg, haldoklás, etikai dilemma, ápolás

Bevezetés

„Az emberiség történetében az „élet” és „halál” kérdése minden korban és minden nép életében különös jelentőséggel bír. A halállal kapcsolatos magatartási módok, szokások kultúránként változók és egyben jellemzőek is egy adott nép életére.” (Rozsos, 2001).

Az élet bármely területét nézzük, bármilyen hivatást, senki nem szembeál anynyit a halállal, mint az ápolók. Szerepük meghatározó a beteg haldoklásában, az

„út végéig kísérésben”. De vajon az ápolót hogyan érinti a halál? Ő is ember, ugyanazokkal az érzésekkel, emberi tulajdonságokkal, mint bárki más. Ebből fakad, hogy az ápolót sem hagyja érintetlenül az elmúlás ténye. Rendkívül nehéz úgy viszonyulni hozzá, hogy elvonatkoztatassunk attól a tényről, hogy aki a betegágyon fekszik szintén érző lény. Különösen, ha a beteg szinte „hozzánőtt” az ápolószemélyzethez. Az ápolóra nagyon megterhelően hat a haldoklás, a halál. Feladata a beteg cselekvőképességének

a helyreállítása, a mindennapi önellátási képességek megtartása, javítása és fejlesztése. A hosszantartó ápolásban dolgozó ápolók jelentik sok esetben az idős betegnek a „családot”, ezért óriási terhet jelent a haldoklás folyamatához való „asszisztálás”, a búcsú a betegről. Pontosan azért van ez így, mert míg az aktív osztályon fekvő haldoklóval, mint személyiséggel nem hosszú ideig érintkezik az ápoló, addig a lassú folyamat során a krónikus belgyógyászati osztályon dolgozó ápoló nagyon szoros emberi kapcsolatot alakít ki betegével.

Elméleti háttér

A gyógyíthatatlan betegek ellátásának etikai és jogi vonatkozásai

A halál időpontja kiszámíthatatlan, nem lehet rá felkészülni, igyekszünk elkerülni a halállal kapcsolatos beszélgetéseket, gondolatokat. Mi, egészségügyi dolgozók is ugyanazokat a szorongásokat éljük át, mint mások. Az egyik legfontosabb, amit a betegnek adhatunk, az-az őszinte emberi kapcsolat, tapintat, érzékenység, fokozott empátia. Sokan félnek attól, hogy nem tudnak mit mondani a haldokló betegnek, pedig elsősorban odafigyelésre, meghallgatásra és megértésre van szükségük.

A haldokló beteg segítése akkor kell, hogy elkezdődjön, amikor a betegség gyógyíthatatlansága egyértelművé és valósággá válik.

A halál közeledéséről a beteg többféleképpen értesülhet. Betegségének élménye, állapotának rosszabbodása, kóros szerv-érzések, a külvilágnak – elsősorban a kórházi dolgozóknak – a vele kapcsolatos magatartása és tevékenysége ad alapot a következtetésre. A krónikus betegséggel járó személyiségváltozás, a megváltozott tudatállapot sokszor nem teszi lehetővé a megfelelő közlést. Ha a beteg kész annak befogadására, teherbíró és helyzete többé-kevésbé világos előtte, akkor őszinte lehet hozzá az orvos. A valóság közölhetősége számos feltételtől függ. Ha megfelelő idő áll rendelkezésre, pszichoterapeuta foglalkozhat a haldoklóval. A közlést soha nem mondhatjuk ártalommentesnek. Sok függ a közlési anyag-

tól, az elmondott valóság mennyiségétől, stílusától, a beteg személyiségétől, állapotától. Mindenre alkalmazható szabályt nem lehet adni. A legfőbb irányadó a tapintat kell, hogy legyen. Ügyelni kell arra is, hogy a haldokló vagy eszméletlen beteg ágya fölött elhamarkodott, esetleg sértő kifejezés ne hangozzék el. Még a tudatvesztéses állapot mélysége is változhat, így a beteghez juthatnak kártékony szavak. (Blasszauer, 1983, Hegedűs, 1996)

Attól függetlenül, hogy őszintén informáljuk-e a beteget vagy sem, mindenképpen tudatára ébred az igazságnak. Ekkor elveszíti bizalmát, mert nem kapott segítséget abban, hogy már akkor nézzen szembe betegségével, amikor még lett volna ideje ügyeit rendbe tenni.

A haldokló kételyeivel, kérdéseivel teljesen magára marad, izolálódik. Amikor rájön az igazságra, elveszítheti az őt félrevezető orvosokba vetett bizalmát, sőt legtöbb esetben hozzátartozóit vádolja, hogy mindezt eltitkolták előle. (Nagy, 1994, Popper, 1999)

A családtagok is próbálják hamis szerepüket játszani, de egy-egy nyelvbtlás, gesztus, vagy akár arckifejezés nagyon árulkodó lehet. Természetes, hogy a legtöbb beteg gyanakodni kezd, hogy állapota sokkal súlyosabb annál, mint amit elmondtak neki. Szeretne többet tudni állapotáról, lehetőségeiről, emellett nagyon fél attól, hogy kiderül, gyógyíthatatlan a betegsége. Kétség és remény, gyakori hangulatváltozások, szorongások jellemzik ezt az időszakot. A betegnek ekkor nagy szüksége van arra, hogy megoszthassa érzéseit valakivel. (Pilling, 1999, 2001, Cseri, 2002)

Az 1997-es Egészségügyi Törvényben szereplő betegjogoknak a gyógyíthatatlan betegek ellátásakor is érvényesülniük kell. Az ápolás szempontjából a tájékoztatáshoz, az emberi méltósághoz és az ellátás visszatartásához tartozó betegjogokat emeljük ki, hangsúlyozva az ápolók szerepét.

A tájékoztatáshoz való jog

Fontos szerepe van az ápolói tájékoztatásnak, hiszen az ápolók minden nap – szemben az orvosok rövid vizitjével – 24 órán át gondoskodnak a betegről. Ezért a beteg rendszerint az ápolóhoz fordul, amikor lappan-

gó félelmei eluralkodnak rajta. Miért nem csökkennek a fájdalmaim? Miért érzem egyre gyengébben magam? Az ápolónak meg kell találnia az igazság megfogalmazásának módját. A beteg kétségeit türelmesen meg kell hallgatnia.

Téves, ha azt gondoljuk, hogy ha nem mondjuk meg a betegnek az igazságot, akkor azt nem is tudja meg. Valójában ezzel nem segítünk, hanem tovább rontjuk a beteg állapotát! A valódi dilemma nem is az, sokszor, hogy megmondjuk a betegnek, hanem az hogy hogyan mondjuk meg neki. Sokszor félünk, hogy nem tudjuk majd a beteg első érzelmi reakcióit kezelni, így nem tudjuk uralni a helyzetet. Előfordul, hogy a megfelelő tájékoztatás hiánya miatt a beteg tőlünk próbál meg fontos információkhoz jutni, mert orvosától nem kapta meg mindent, mit tegyünk? Mi a tájékoztatás legheylesebb, legkíméletesebb módszere? Hogyan képviselheti az ápoló a beteg érdekeit, ha nem történt meg a megfelelő tájékoztatás? Kétségünk támad, vívódunk, mennyire lehetünk őszinték a beteggel. Jót teszünk azzal, ha nem beszélünk nyíltan az állapotáról?

Az, hogy a beteg együttműködését elnyerjük, idő, nagyfokú körütekintés, a beteg kultúráltságára és pszichoszociális körülményeire való odafigyelés szükséges. (Pilling, 1999)

Számos olyan ápolási beavatkozás ismert, amely igényli, hogy a beteget megfelelő módon tájékoztassák. Ha az ápoló nem ad felvilágosítást, számolnia kell a beteg bizalmának elvesztésével. Azonban az ápolót kötik az írott és íratlan szabályok, amelyek behatárolják a felvilágosítás határait. Nagyon fontos, hogy az ápoló ne önszántából cselekedjen, hanem működjön együtt az orvossal. Amennyiben még nincs saját eddigi tapasztalata a beteg részére adható tájékoztatást illetően, segítséget és tanácsot kérhet idősebb, tapasztaltabb kollégáitól, vagy szakmai vezetőjétől.

Az emberi méltósághoz való jog

Az emberi méltóság tiszteletének a beteg halála után is érvényesülnie kell. Az ápolóknak ismerniük kell az egyes kultúrák halállal kapcsolatos szokásait, hagyományait. Figyelembe kell venni, hogy a hozzátar-

tozók érzelmeit súlyosan sértheti a halottal történő nem megfelelő bánásmód. Az ápolót az etika és a jog kötelezi arra, hogy a beteg földi maradványait az emberi méltóság tiszteletben tartásával kezelje. Ennek maximális betartását segítik az ide vonatkozó kórházi protokollok.

Az egészségügyi ellátás visszautasításának joga

A gyógyíthatatlan betegségben szenvedő cselekvőképes beteg számára (meghatározott kivételekkel) biztosított az a jog, hogy életmentő vagy életfenntartó beavatkozást visszautasítson. Ez a jog csak meghatározott garanciális szabályok mellett gyakorolható, mely a törvényben meghatározott összetételű bizottság, meghatározott törvényi tartalmú eljárását rögzíti. Az életmentő vagy életfenntartó beavatkozások visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha az érintett személy olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.

Az ellátás visszautasítása során nem alkalmazható kényszer a döntés megváltoztatására. Az életmentő ellátás visszautasítása esetén is joga van a betegnek szenvedései enyhítésére és a fájdalomcsillapításra.

A haldoklás szakaszaiban leggyakrabban felmerülő etikai dilemmák

Az ember az egyetlen olyan élőlény, aki tudja, hogy meghal. Azonban az ember sem tudja ezt a maga valóságában felfogni. Tudattalanul mindenki meg van győződve a saját hallhatatlanságáról. Elmenetelről, eltávozásról – exitusról – szoktunk beszélni.

A haláltól félni természetes érzés. A fiatalabb korosztályban nagyobb arányban jelentkezik a halálfélelem és szorongás, mint az idősebb korosztályban. (Hegedűs et al., 2001, Zana et al., 2008) Az évek múlásával, az öregedéssel sok barátot, ismerőst, esetleg hozzátartozót veszítünk el. Az öregedő embert meglegyinti a halál közelsége, közelebb érzi magához a halált. Ezt az érzést a ma-

gány és az étellel való kapcsolatok gyengülése csak még jobban fokozzák.

A halállal kapcsolatos félelemnek az objektív mérésére alkalmazott Neimeyer- és Moore-féle multidimenzionális halálfélelem skála elemei ezen félelem tárgyának lehetőségeit fogalmazzák meg. A skála dimenziói:

1. Félelem a meghalás folyamatától
2. Félelem a halottól
3. Félelem a megsemmisüléstől
4. Jelentős társak féltése
5. Félelem az ismeretlentől
6. Félelem a halál tudatos átélésétől
7. A test féltése a halál után
8. Félelem a korai haláltól (Zana et al., 2006)

A halálfélelemmel való foglalkozás csökkenti a belső szorongást, nyíltabbá teszi a haldokló beteggel való kommunikációt, valamint az arról való beszélgetés megszünteti annak „tabuságát”.

A betegség gyakran csökkenti a beteg döntéshozatali képességét, az ápolónak ebben a függőségi helyzetben bátorítania, segítenie kell, hogy önálló döntéseket hozzon saját helyzetét illetően, amelyben a személyes értékek és prioritások kerülnek megfogalmazásra. (Rozsos, 2001)

„Alaposabban meg kell vizsgálnunk saját reakcióinkat, amikor betegekkel dolgozunk, mivel ezek mindig tükröződni fognak a beteg viselkedésében, és nagymértékben hozzájárulhatnak a beteg jó vagy rossz közérzetéhez. Ha hajlandóak vagyunk őszintén önmagunkba nézni, ez segíthet, hogy érette váljunk. Semmi más nem jobb erre, mint ha törődünk a nagyon beteg, öreg vagy haldokló embertársainkkal.” (Kübler-Ross, 1988).

Az Elisabeth Kübler-Ross által meghatározott haldoklás szakaszainak (elutasítás, düh, alkudozás, depresszió, belenyugvás) határai nem merevek, egyidejűleg megfigyelhetők az előző és a következő szakasz sajátosságai is. Nem törvényszerű, hogy mindenki átélje valamennyi szakaszt. Néha a beteg megmarad ugyanabban a pszichológiai stádiumban, esetleg kimaradhatnak és visszatérhetnek egyes szakaszok. A haldoklás stádiumainak ismerete fontos segítség lehet a beteg érzéseinek megérté-

séhez. Alapos ismeretünk nem pótolhatja a legfontosabbat: az őszinte, közvetlen emberi kapcsolatot a beteggel, aktuális érzéseinek figyelembevételével. Ez a kapcsolat hozzásegítheti a beteget ahhoz, hogy mulandóságának tudatát elfogadhassa, halála életének méltó befejezése lehessen.

Talán az egyik legfontosabb feladatunk, hogy a beteg azon igényét szem előtt tartjuk, hogy magát ellássa, amíg csak lehetséges, hogy megőrizze függetlenségét és méltóságát, amíg csak módjában áll.

Az ápoló szerepe a haldokló beteg ellátásában

A palliatív ellátásban (pallio, palliare = betakarni, enyhíteni, óvni) ma egyre inkább tudatosodik, hogy nem elegendő pusztán a beteg tüneteinek enyhítése, hanem ennél szélesebb körű megközelítésre kell törekedni, vagyis különbséget kell tenni a technikailag megfelelő tüneti kezelés és az életvégi ellátás holisztikusabb, az egyén pszichoszociális, egzisztenciális és spirituális igényeit is figyelembe vevő modellje között. A haldokló betegek ilyen szemléletű ellátása nem könnyű feladat. Vannak a szenvedésnek és az egyéni gyötremnek olyan dimenziói is, amelyek alig-alig megközelíthetők vagy csak nehezen befolyásolhatók. Ilyen esetekben az odaadó jelenlét, a megerősítés különféle formái, az együttérzés és számtalan apró gesztus jelenthet vigaszt.

Az ápolói tevékenység célja segíteni a beteget a szükségletei kielégítésében, az érzelmi fájdalom elviselésében és a pszichológiai komfort növelésében. A legfontosabb olyan környezet létrehozása, ahol az önértékelés minden szinten biztosított. Feladatunk olyan atmoszférát teremteni, amelyben a beteg képes kifejezni félelmét. „Az ilyen ápolási környezet magában foglalja, bemutatja az emberi melegséget, a hűséget, a hiteliséget, a tiszteletet, az igazmondást – és azt, hogy bármilyen tevékenységet végez az ápoló(nő) a gondozottja körül, az biztosítja a „veszélytelen átutazást”. (Rozsos, 2001)

Az ápolói tevékenység végzéséhez óhatatlanul szükséges az érzelmi tájékozottság a másik ember érzéseiről.

Magatartás a haldoklónál

A halál előtti időszakban az egyén egész élete értékelődhet le vagy fel, omolhat össze vagy teljesezhet ki attól függően, hogy mi mindannyian, akik körül vesszük őt, tudatában vagyunk-e, hogy milyen óriási felelősség hárul ránk.

Ez igen nehéz feladat, hiszen a leépülés, a pusztulás, a biológiai szétesés, a kiszolgáltatott magatehetetlenség, az agónia és a halál folyamatos megtapasztalása emberi erővel elviselhetetlen és hosszú távon az igazi helytállás szinte lehetetlen.

Az idős ember halála jelentősen különbözik a gyermek vagy fiatal felnőtt halálától az egyén, a családtagok, a közvetlen környezet és az egészségügyi ellátást nyújtó szakemberek vonatkozásában is, mivel a természet rendje az elmúlásról szól. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az idős ember haldoklása nem érdemel figyelmet, nem jelenthet problémát, és „már úgyis mindegy neki” elv alapján nem kell vele fokozottan törődnünk.

A beteg viselkedésének, a benne zajló folyamatoknak megértése az élet utolsó szikrájáig, eredményesebb ápolói magatartáshoz vezet. Az összes testi segítség megadásán túl a kóros és az élettani jelenségek oknyomozó követésén kívül az egész embernek kijáró megértést és törődést kell nyújtanunk. A testi és lelki kínok nem választhatók el egymástól. A haldokló magatehetetlensége, kiszolgáltatottsága, elszigeteltsége még nagyobb segítséget igényel. Verítékének letörlése, szomjúságának oltása, fájdalmainak csillapítása, fekhelyének igazítása, nemcsak a fizikai, hanem a pszichikai ápolásnak is a kelléke. A teljes munkaidejét a betegek között töltő ápoló tevékenysége, magatartása rendkívül jelentős. Igen jelentősek a haldokló beteggel, a halállal kapcsolatosan az ápolókban jelentkező élménytani, érzelmi tényezők, melyek rendkívül megterhelően hatnak. Az erős feszültséget okozó eseménnyel szemben sokféleképpen viselkedhetnek.

Egy részük együtt bízik betegekkel és reménykedik, hátha mégis van segítség.

Az ápolók másik része a szakszerű szemlélet mellett igyekszik elhárítani magát a keletkező szorongást, amint megérinti a halál szele. Merev, kemény, zárkózott. Megszokta a halált, edzett vele szemben. Mögötte tar-

tózkodás, szorongás van és e helyzettel kapcsolatos pszichés ellátás alapjainak hiánya. Az ebbe a csoportba tartozó ápolók legtöbbször elterelik a témáról a figyelmüket, vagy pedig tagadnak. „100 évig fog élni”, vagy „mindnyájunknak ez lesz a sorsa”, szokták mondani.

Harmadik csoportra jellemző, hogy megbeszéli a problémákat, és inkább a betegek gondolataira, megnyilvánulásaira helyezik a hangsúlyt. Képesek bizonyos fokú megnyugtatóra is.

Negyedik csoportra jellemző, hogy az ápoló igyekszik ésszerű okokkal érvelni és a betegre hárítani a felelősséget. Véleménye szerint a beteg maga tehet egyedül a haláláról. Miért nem járt szűrővizsgálatra, miért nem tartotta be az orvos utasításait, miért ivott annyit, és még sorolhatnám az okokat a végtelenségig.

Az ápoló nem veszítheti el belső nyugalomát akkor sem, amikor részt vesz a beteg kínjainak elviselésében. Mindezt úgy kell elviselnie, hogy érzelmi támogatását ne vonja el tőle, de mindeközben saját lelki egyensúlyát is megőrizze. Ez a segítő támogatás alapja. Ha az ápoló a beteg elutasítására elutasítással, haragjára haraggal reagál, ha nem válaszol a beteg hívására, ha megvárja a fájdalomcsillapító adásával, ha a testhelyzet változatlanul hagyásával, hanyagul kezeli a beteg higiénés szükségleteit, ha kerüli a beteget, amikor annak szüksége lenne rá, akkor bünteti a beteget.

Kegyeleti szoba

A halálos betegek időben történő elkülönítése, külön kezelése nagyon fontos periódus a kórterem életében. A haldokló számára is humánusabb a kisebb szobában koncentráltabb foglalkozás, törődés, emberi méltóságának maximális megtartása mellett.

A hozzátartozók értesítése

Az esetek túlnyomó részében a hozzátartozók a beteg mellett tartózkodnak, amikor bekövetkezik a halál. A jelenlévő hozzátartozókkal ugyancsak törődni, foglalkozni kell. Az indulatok jelentkezésére kell felkészülni, azok megnyilvánulását elviselni, segíteni. Nemegyszer agresszióval, dühvel, vádakkal és az elkeseredés számos formájá-

val találkozunk. Legtöbbször ezek a gyászreakció részei lehetnek. Amennyiben nincs jelen a hozzátartozó, az orvos kötelessége értesíteni őket.

Az ellátó team

A haldokló beteg ellátásánál kulcsfontosságú az ellátó team tevékenysége.

Az orvos feladata a gyógyszeres terápia beállítása, az általános állapot javítása, szövődmények megelőzése, kezelése, team munka koordinálása.

Az ápoló feladata a szakmai ápolás felelőssége, hogy hozzásegítse a beteget a legjobb döntéshez, és állandó támasza legyen. Az ápoló tevékenysége rendkívül felelősségteljes a haldoklók ápolásánál, vezérelve az emberi méltóság tisztelete. Gondolkodás módjában magában hordozza az őt körülvevő kultúra halállal kapcsolatos szokásait.

A dietetikus a beteg táplálásáért felelős személy. A beteg mozgásképeségét, korlátozottságát figyelembe véve állítja össze az általános állapot javulását, szolgáló étrendet.

A szociális munkatárs kapcsolatot tart a beteg hozzátartozóival, intézi a szociális ügyeket.

A legtöbb haldokló igényt tart az egyházi képviselők jelenlétére, amely megnyugtatja őket, még akkor is, ha életében nem gyakorolta a vallását. A betegnek jogában áll az utolsó kenet feladását kérni.

Az ellátók között partnervizsgálat alakul ki, amely egy bizalommal teli, nyílt, becsületes légkört eredményez a beteg és családtagjai körül.

Az ellátásban résztvevők támogatása

Az ellátásban valamennyi résztvevőt támogatni kell, fel kell ismerni, és el kell kerülni a kiégést (burn out). Ez a foglalkozási depresszió gyakran fordul elő súlyos állapotú betegeket ellátóknál. A problémák elkerülésében, érzelmi ürességben és a személyes teljesítmény drasztikus csökkenésében, esetleg teljes hiányában mutatkozik meg. A személytelenné válás komoly etikai problémát jelent, amikor olyan belső merevség alakul ki az ápolóban, amely a beteg, a családtagok vagy a kollégák irányában kemény magatartást hív elő. Nem látja értelmét a munkájának, elveszíti pozitív érzéseit

a betegekkel és hozzátartozókkal szemben, még közvetlen kollégáival is megromlik a kapcsolata. A segítsérről a felügyeletre tolódik a betegellátás, az ebből adódó problémák felelősségét is a betegekre próbálja áthárítani. Ebben az állapotban fokozottabban veszi igénybe a kontroll eszközeit: beteg rögzítése, orvos tudta nélkül beadott nyugtató adása.

„A burn out jelenség felismerése és elkerülése elengedhetetlen feltétele a haldokló betegek ápolásának, mert segíti a morálisan helyes magatartás kialakítását és az etikai konfliktusok elkerülését.” (Rozsos, 2001)

Az egészségügy több területén különösen gyakran találkozik az ápoló a halállal kapcsolatos etikai problémákkal. Elfoglaltsága mellett időt kell szentelnie arra, hogy ezeket a problémákat megbeszélje a gyógyító team tagjaival. Egymás gondolatainak megismerése, a halállal kapcsolatos érzéseknek a megosztása megkönnyíti a nehéz hivatás elviselését, sok esetben a kétségeinkre is megoldást jelent.

A gyászoló hozzátartozók támogatása

A gyász a veszteségre adott válasz. A gyász első fázisa a shock, amely nem várt halálhír esetében a legerősebb. A gyászoló élményvilágát teljesen igénybe veszi az elhunyttal való foglalkozás. A gyászoló elszigetelődik, ellenséges lehet, büntudata van, a komplex összefüggéseket leegyszerűsíti, az önbecsülése csökken, megállás nélkül ténykedik. Az igazi segítségnyújtás az lehet, hogy megpróbáljuk megnyugtatni a gyászoló személyt. Ne mentegessük a gyászolót a büntudat alól. A tanácsokkal bányunk takarékosan. A gyászmunkára szükség van, nagyon fontos, hogy beinduljon a gyászolás folyamata, az érintett személy ne viselkedjen úgy, mintha semmi nem történt volna.

Kifelé ellentmondásosnak tűnik a gyászoló viselkedése. Visszahúzódik és kerül minden kommunikációt, másrészt erős igényt mutat arra, hogy veszteségéről beszéljen. A gyászolónak a belső és külső világát újra kell építenie úgy, hogy abba integrálja az elhunytat. A vigasz feladata, hogy felemelje az embert a bánatából. A vigasztalónak beleérző képességre van szüksége. A gyászolóhoz szintén

nagyfokú empátiával kell közelednünk, érzékenyen és tartózkodó alázattal, áldozatra készen.

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja az aktív és krónikus ellátást végző osztályok ápolói közötti összehasonlítás végzése, melynek alapján fel kívánjuk mérni:

- ⇒ a betegellátás időtartamának és az ápolók halálhoz való viszonyulásának összefüggését,
- ⇒ a haldokláshoz kapcsolódó etikai dilemmák feldolgozásának módszereit,
- ⇒ az ápolók ismereteit a haldoklás folyamatáról, valamint
- ⇒ az ápolók igényét az ismeretek bővítésére.

Hipotézisek:

1. Feltételeztük, hogy a krónikus osztályon dolgozó ápolóknak nehezebb és megrendítőbb a betegek elvesztése, mint aktív osztályon dolgozó kollégáik számára.
2. Feltételeztük, hogy a megkérdezetteknek segítséget jelent a haldoklás etikai dilemmáinak feldolgozásban, hogy ismerik a haldoklás stádiumait.
3. Feltételeztük, hogy az osztályon dolgozó ápolók körében a haldokló beteg ápolása során felmerülő etikai dilemmák kezeléséhez, feldolgozásához, nem kapnak meg minden segítséget az osztály vezetésétől.
4. Feltételeztük, hogy az ápolók szívesen szereznének több ismeretet a haldoklók humánus ápolásáról.

Vizsgálati módszer és minta

A vizsgálat helyszínei a Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház-rendelőintézet és Baleseti Központ II. számú Krónikus Belgyógyászati Osztálya, Sürgősségi Belgyógyászat és Toxikológiai Osztálya, valamint az Általános Sebészeti Osztálya voltak.

A felmérésben szereplő osztályok kiválasztásánál szerepet játszott az aktív és krónikus osztályon dolgozó ápolók egyenlő aránya.

A felmérés 2010. július hónapban történt kérdőíves módszerrel. A korcsoporttól, nemtől és szakmai képzettségtől függetlenül, anonim módon végzett kutatást az osztályokon dolgozó ápolók körében végeztük. A kérdőív nyitott és zárt kérdéseket egyaránt tartalmazott.

A kiosztott 120 db kérdőívből 100 db értékelhető kérdőív feldolgozását leíró statisztikai módszerrel végeztük.

Eredmények

A kutatási minta jellemzőinek bemutatása)

A kérdőívre 87 fő nő és 13 fő férfi ápoló válaszolt. Életkor szerinti megoszlás tekintetében a minta egészét tekintve nagy szórás volt tapasztalható: 17 fő 21-30 év, 28 fő 31-40 év, 30 fő 41-50 év, 20 fő 51-60 év közötti korcsoport volt, 18 év alatti ápoló 1 fő, 61 év feletti ápoló pedig 4 fő volt. Krónikus osztályon 36 fő volt a 41 év feletti ápolók, míg az akut osztályokon 37 fő volt a 40 év alatti ápolók száma.

A munkában eltöltött időt tekintve összességében kevesebb, mint 1 évet 3 fő ápoló, 1-5 évet 14 fő ápoló, 6-10 évet 19 fő ápoló, 11-15 évet 19 fő ápoló, 16-20 évet 22 fő ápoló, 21 év feletti időtartamot 23 fő ápoló töltött el már az egészségügyben. A krónikus és az osztályokon hasonló arány volt tapasztalható.

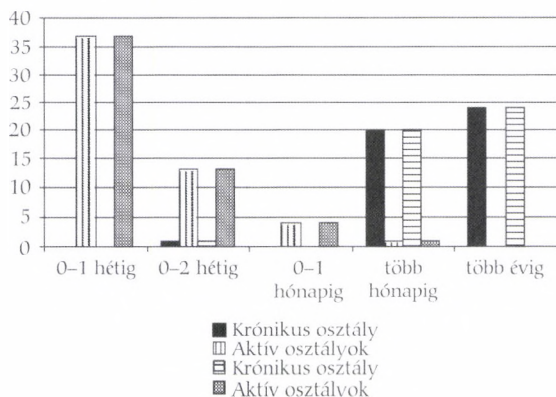
A legmagasabb szakmai végzettség szerinti megoszlás tekintetében a kérdőívre 4 fő diplomás ápoló, 22 fő OKJ szakápoló, 26 fő felnőtt szakápoló, 22 fő ápolási asszisztens és 14 fő segédápoló válaszolt, egyéb kategóriát jelölt meg 6 fő. A krónikus osztályon 6 fő szociális gondozó dolgozik.

Hipotézisek szerinti eredmények

1. Feltételeztük, hogy a krónikus osztályon dolgozó ápolóknak nehezebb és megrendítőbb a betegek elvesztése, mint aktív osztályon dolgozó kollégáik számára.

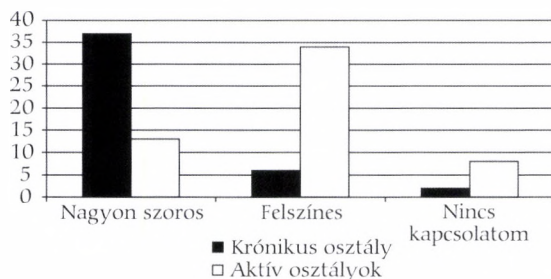
A krónikus osztályon 1 beteget több hónapig 45 fő ápolóból 20 fő, és több évig 45 főből 24 fő ápol. Aktív osztályon a megkérdezettek közül 55 fő ápolóból 37 fő 1 hétig, 13 fő 2 hétig és 4 fő 1 hónapig ápolják betegeiket. (1. ábra)

1. ábra: Az ápolási idő megoszlása (fő), N=100



Krónikus osztályon 45 fő ápolóból 37 főnek nagyon szoros a kapcsolata, 6 fő ápolónak felszínes és ketten gondolták csak úgy, hogy egyáltalán nincs kapcsolata a betegekkel. Aktív osztályon 55 főből 13 fő nagyon szoros, 34 fő ápoló felszínes és 8 fő ápoló egyáltalán nem alakított ki kapcsolatot a betegekkel. (2. ábra)

2. ábra: Haldokló beteggel való emberi kapcsolat minőségének megoszlása (fő), N = 100

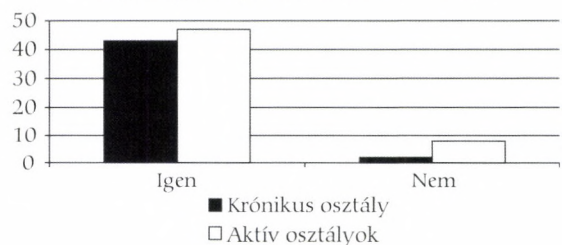


2. Feltételeztük, hogy a megkérdezettek segítséget jelent a haldoklás etikai dilemmáinak feldolgozásban, hogy ismerik a haldoklás stádiumait.

Krónikus osztályon 45 főből 43 fő ápoló, aktív osztályon 55 főből pedig 47 fő ápoló számára jelent segítséget, hogy az egyes stádiumok ismeretén keresztül könnyebben bir-

kóznak meg a felmerülő dilemmáik feldolgozásával. 100 ápolóból mindössze 2 fő, illetve 8 fő válaszolt nemmel (3. ábra).

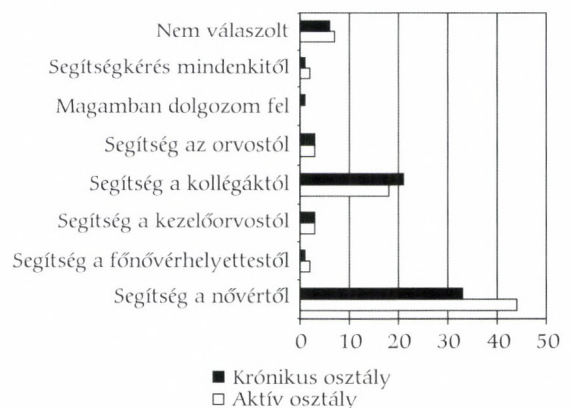
3. ábra: A haldoklás stádiumainak ismerete és a dilemma feldolgozásában nyújtott segítség megoszlása (fő), N=100



3. Feltételeztük, hogy az osztályon dolgozó ápolók körében a haldokló beteg ápolása során felmerülő etikai dilemmák kezeléséhez, feldolgozásához, nem kapnak meg minden segítséget az osztály vezetésétől.

Leggyakrabban mindegyik ápoló a főnővérhez, vagyis a közvetlen szakmai vezetőjéhez fordul segítségért. Krónikus osztályon 45 főből 33 fő, aktív osztályon 55 főből 44 fő. (4. ábra).

4. ábra: Az etikai dilemmák megoldásának módja (fő), N=100

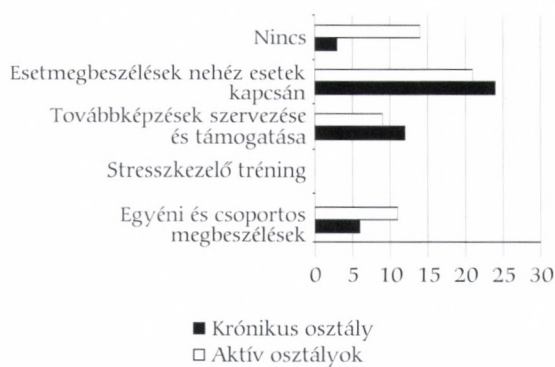


Mindkét területen tapasztalható, hogy a kollégák egymással is megbeszélnek a felmerülő etikai dilemmáikat, fontos dolgokban kikérnek egymás véleményét, tehát a kollégák közötti kommunikáció is nagyon jól működik (krónikus osztályon 45 főből, aktív osztályon 55 főből 17-17 fő ápoló). Mindebből kitűnik, hogy mindkét területen

dolgozó ápolók egymás közötti, és közvetlen szakmai vezetőjük segítségére és támogatására számítanak elsősorban. Mindehhez kapcsolódóan a támogató funkciók alkalmazása is elősegíti mindezt.

Mindkét területen az esetmegbeszélések nehéz esetek kapcsán kapott adat (aktív osztályon 21 fő, krónikus osztályon 24 fő) arra világít rá, hogy a konkrétan felmerülő problémákkal, kételyekkel szinte azonnal foglalkoznak mindkét területen. (5. ábra)

5. ábra: Az alkalmazott támogató funkciók formáinak megoszlása (fő), N=100



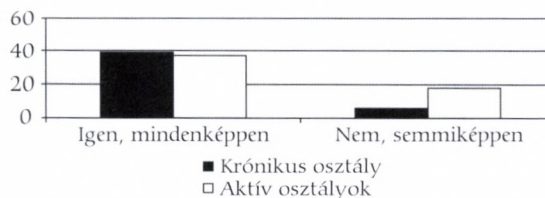
Igaz, hogy az egyéni és csoportos megbeszélések száma aránylag alacsonynak mondható (aktív osztályon 11 fő, krónikus osztályon 6 fő), annak ellenére, hogy a legtöbb ápoló közvetlen szakmai vezetőjétől kér segítséget az ápolás során felmerülő etikai dilemma kezeléséhez. A továbbképzések szervezése közepesnek mondható, krónikus belgyógyászati osztályon 12 fő, aktív osztályon 9 fő jelölte be ezt a válaszlehetőséget.

Viszont az aktív osztályon dolgozó ápolók közül 14 fő állítja, hogy egyáltalán nincs az osztályon támogató funkció, amit segítségül hívhatna.

4. Feltételeztük, hogy az ápolók szívesen szereznének több ismeretet a haldoklók humánus ápolásáról.

Ellentétben az előbbieken felvázoltakkal a krónikus osztályon és az aktív osztályon dolgozó ápolók egyaránt szeretnének több ismeretet szerezni a haldoklók humánus ápolásáról, 100 fő ápolóból 76 fő igen és 24 fő mondták, hogy nem, semmiképpen nem

6. ábra: A haldokló beteg ápolása során felmerülő etikai dilemmák kezelésével foglalkozó továbbképzésen való részvétel igényének megoszlása (fő), N = 100



szeretnének részt venni ilyen témájú képzésen. (6. ábra)

Következtetések

Összehasonlítva a két különböző profilú osztályt (krónikus belgyógyászat és aktív osztály), kiderült és egyértelművé vált, hogy a krónikus osztályon sokkal hosszabb ideig ápolják az ápolók az itt fekvő betegeket, éppen ezért sokkal szorosabb emberi kapcsolatot alakul ki közöttük, mint aktív osztályon dolgozó kollégáik esetében, ezért nehezebb és megrendítőbb számukra az elvesztésük.

A megkérdezett ápolóknak – mindkét osztály tekintetében – segítséget jelent a haldoklással kapcsolatosan felmerülő etikai dilemmák feldolgozásában, hogy ismerik a haldoklás stádiumait. Krónikus osztályon dolgozó ápolók közül 43 főnél, aktív osztályon dolgozó ápolók közül 47 főnél jelentkezik ez a segítség. Ez feltételezi, hogy az ápolókra nagyon megterhelően hat a haldoklás, a halál végig asszisztálása, és a feldolgozásban segítségükre vannak ismereteik.

A haldoklás stádiumainak ismerete fontos segítség lehet a beteg érzéseinek megértéséhez. Alapos ismeretünk nem pótolhatja a legfontosabbat: az őszinte, közvetlen emberi kapcsolatot a beteggel, aktuális érzéseinek figyelembevételével. Ez a kapcsolat hozzásegítheti a beteget ahhoz, hogy mulandóságának tudatát elfogadhassa, halála életének méltó befejezése lehessen.

A vizsgálat során kiderült, hogy a haldokló beteg ápolása során felmerülő etikai dilemmák kezeléséhez, feldolgozásához az esetek nagy részében segítséget kapnak az ápolók. Az ez irányú támogató funkciók közül a leggyakoribb a nehéz esetek kapcsán történő esetmegbeszélések formája (krónikus osz-

tály 24 fő, aktív osztály 21 fő). Emellett a továbbképzések szervezése és támogatása (krónikus osztály 12 fő, aktív osztály 9 fő), valamint az egyéni és csoportos megbeszélések (krónikus osztály 6 fő, aktív osztály 11 fő) jelent meg. Viszont azt, hogy egyáltalán nincs támogató funkció a munkahelyen összességében 17 fő ápoló gondolja (3 fő a krónikus osztályon, 14 fő az aktív osztályon).

Mindehhez kapcsolódóan a támogató funkciók alkalmazása is elősegíti az etikai dilemmák feldolgozását. A legtöbb alkalommal minden ápoló szakmai feletteséhez, a főnővérhez fordul elsődlegesen. Ezen kívül a kollégák egymással is megbeszélnek, és segítséget nyújtanak egymásnak, a felmerülő etikai dilemmáik kezelésekor.

A megkérdezett ápolók jelentős része (krónikus osztályon 33 fő, aktív osztályon 38 fő) érzi úgy, hogy több ismeretet igényel a halál és a haldoklás kapcsán felmerülő etikai dilemmák megoldásához.

Javaslatok

A haldokló beteg ápolása során felmerülő etikai dilemmák megoldására igen nagy hangsúlyt kell fektetni. Lehetőséget kell biztosítani az ápolóknak a továbbképzésen való részvételre, melynek célja, hogy a bővüljön empátiakészségük, jobban fel tudják mérni saját határaikat, saját szerepüket, felismerve a team munka segítő erejét, a kapcsolatok fontosságát, a kommunikáció jelentőségét. Fel kell eleveníteni ismereteiket a haldokló beteg speciális szükségleteit a haldoklás különböző stádiumaiban.

Mint a felmérésből kitűnik, az ápolók szívesen szereznének több ismeretet a haldokló beteg humánus ápolásáról, elsősorban szakmai továbbképzések keretében, de erre elég kevés lehetőségük van. (7. ábra)

A halállal kapcsolatos érzéseknek a megosztása megkönnyíti a nehéz hivatás elviselését, sok esetben a kétségeinkre is megoldást

7. ábra: Az ismeretek bővítésének lehetséges módjai (fő), n=71



jelent. A dolgozók számára elérhető pszichés foglalkozáson való részvételt lehetővé tennem, az arra igényt tartók számára intézeti szinten. A témával foglalkozó előadások szervezésére nagyobb hangsúlyt fektetnék, kellően informálnám az érdeklődőket a lehetőségről. Sokszor, ha van is ilyen jellegű előadás, arról nekünk ápolóknak nincs tudomásunk, pedig véleményem szerint nagyon sokan szívesen elmennének egy ilyenre. Mindezek lehetővé tétele egyben a legjobb munkahelyi támogató funkciók egyike lehetne, hiszen számtalan esetben az érdeklődő ápolók számára sem tudunk megfelelő képzésen való részvételt szervezni, biztosítani, mert nincs róla tudomásunk.

Az egészségügyben dolgozók számára forszíroznánk a stressz kezelési tréningen való részvétel lehetőségét, mely elősegítené az önértékelő rendszerük fejlődését.

Az egyéni és csoportos megbeszélések számát gyakoribbá tenném, igaz, hogy ehhez megfelelő számú szakdolgozónak kellene lennie minden osztályon, hiszen állandóan rohanunk, túl sok beteg ápolásáról kell gondoskodnunk.

Viszont rengeteg előnye is lehetne hosszútávon: kialakul és megerősödik a csoporttudat, minden résztvevő új szempontok alapján közelíti meg a problémát, közben egymástól is tanulnánk.

Irodalomjegyzék

1. Blasszauer B.: A betegtájékoztató etika. Egészségnevelés, 1983; 1-2. hó.
2. Cseri Péter (szerk.) (2002): Segítségnyújtás a végeken. Haldokló betegek és hozzátartozók pszichés, szociális és spirituális támogatása. Budapest: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület
3. Hegedűs K. (szerk.) (1996): Halálközelen. I-II. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány
4. Hegedűs K., Pilling J., Kolosai N., Bognár T.: Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje, LAM, 2001; 11(6-7): 492-499
5. E. Kübler-Ross (1988): A halál és a hozzá vezető út, Budapest, Gondolat Kiadó
6. Nagy Zs. A.: A terminális állapot diagnosztikájának közele és a saját halálhoz való viszony, 1994, LAM; 7(7): 694-699.
7. Pilling J. (szerk.) (1999): A halál és a haldoklás kultúrantropológiája. Szöveggyűjtemény. Budapest: SOTE
8. Pilling J. (szerk.) (1999): A haldoklás és a gyász pszichológiája. Szöveggyűjtemény. Budapest: SOTE
9. Pilling J. (2001): Segítség a gyászban. Budapest: Magyar Hospice Egyesület
10. Popper P. (1999): Fáj-e meghalni? Budapest: Saxum Kiadó
11. Rozsos E. (2001): Ápolásetikai ismeretek, Medicina Könyvkiadó
12. Zana Á., Hegedűs K., Szabó G.: A Neimeyer- és Moore-féle multidimenzionális halálfélelem skála validálása magyar populáción, Mentálhigiéné és Pszichoszomatica, 2006; 7(3):257-265
13. Zana Á. Szabó G. Hegedűs K.: A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség, LAM, 2008; 18(4):319-320
14. <http://www.nogyogyaszat.eu/friss-hirek/haldoklas-es-meltosag-uj-tavlatok-a-palliativ-ellatasban.html>; 2010 09 26; 14.10.

Ethical issues related to terminal patients and the dying

Csilla Lendvai, Mariann Csernus Raskovicsné

Summary

Aim of the study: The aim of the study is to draw comparisons between nurses working in departments providing acute and chronic care, based on which we intend to assess the relationship between the duration of the patient care and the nurses' attitude toward death, the methods of dealing with the ethical dilemmas related to dying, the nurses' knowledge of the process of dying, and the nurses' demand to expand their skills.

Methodology and sample: The sites of the survey were the Chronic Internal Medicine Department II., the Emergency Internal Medicine Department, the Toxicology Department and the General Surgery Department of the Metropolitan Council Péterfy Sándor Utca Hospital Clinic and Emergency Centre of Budapest Metropolitan Council. The survey was conducted in July 2010, using a questionnaire-based method. Of the 120 questionnaires that were distributed, 100 were returned suitable for analysis, which we processed using statistical methods.

Results: In the chronic ward 36 of the nurses were over the age of 41, while in the acute ward 37 nurses were below the age of 40. In the chronic ward, of the 45 nurses, 37 forged a very close relationship with their patients, while in the acute ward 34 of the 55 nurses only established a superficial relationship with their patients. All of the nurses most frequently turn to the head nurse or their immediate professional supervisor when in need of assistance. The nurses working in both the chronic ward and the acute ward would like to gain more knowledge regarding the humane nursing of dying patients.

Conclusions: In the chronic ward, nurses care for their patients over a much longer period, which is why a far closer human acute wards, so the former group finds the loss of a patient more taxing and distressing. An understanding of the stages of dying can be helpful to nurses, making it easier for them to deal with the ethical dilemmas that arise. The use of support functions (e.g. case discussions) can also assist in dealing with the ethical dilemmas.

Key words: dying patient, dying, ethical dilemma, nursing

Tanulmány az egészségügyről szóló törvényben szabályozott jognyilatkozatok országos nyilvántartásáról

dr. Mikó Ádám

közjegyzőhelyettes, Magyar Országos Közjegyzői Kamara

dr. Rádonyi Dénes

közjegyzőhelyettes, Magyar Országos Közjegyzői Kamara

Előzmények

A jelen írásban elemzett kérdések az egészségügy területén jelentkező gyakorlati tapasztalatok megvitatása kapcsán merültek fel. A problémafelvetés kifejezetten az egészségügyi hivatásrendeket képviselő szakmai kamarák részéről történt, így az alábbiakban kifejtésre kerülő javaslatok a gyakorló orvosokkal, valamint az egészségügyi szakdolgozókkal folytatott konzultációink során keletkeztek.

Gyakorló jogásként, közjegyzőként nap mint nap számos jognyilatkozattal találkozunk. Ügyfeleink a törvényi előírások, vagy a kiváltandó joghatás okán fordulnak hozzánk, ugyanakkor ritkábban esik szó az okirataink tényleges „utóéletéről”. Általános tapasztalat ugyanis az, hogy egy érvényes jognyilatkozat korántsem biztos, hogy ténylegesen kifejtji a szándékolt joghatását, vagyis érvényesül.

Az egészségügyi ágazatban dolgozó kollégák által megjelölt gyakorlati problémák lényege abban foglalható össze, hogy bizonyos – az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben szabályozott – jognyilatkozatok egységes nyilvántartása nem biztosított. A nyilvántartás hiánya nagyban akadályozza az egyes nyilatkozatok fellelhetőségét, egyúttal gátolja a megtett nyilatkozatok felhasználhatóságát és alkalmazását. A nyilatkozatokkal kapcsolatos ilyen problémák végső soron a betegek tör-

vényben rögzített jogainak érvényesülését akadályozzák így.

Az Egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Egészségügyi Törvény) az egészségügyi ellátást igénybe vevő, illetve az abban részesülő betegek jogait és kötelezettségeit széles körben szabályozza. Az Egészségügyi Törvény a betegjogok egyik legfontosabb elemeként részletesen rendelkezik a betegeket megillető önrendelkezési jogról. Az önrendelkezéshez való jog alapján a betegeket további, a törvény által meghatározott jogosultságok illetik meg, melyek közül kiemelkedő jelentőséggel bír az ellátás visszautasításának joga. **Az ellátás visszautasításával kapcsolatos jognyilatkozatok** képezik a jelen tanulmány elsődleges témakörét.

Az Egészségügyi Törvény XI. fejezete rendelkezik a Szerv- és Szövetátültetésről, illetve az ezekkel kapcsolatos jognyilatkozatokról. A szervek, szövetek eltávolítása – élő személy vonatkozásában – csak a donor hozzájáruló nyilatkozata alapján lehetséges. Ugyanakkor a halottból történő szerv- és szöveteltávolításra kizárólag az elhunyt erre vonatkozó tiltakozó nyilatkozata hiányában kerülhet sor. A jelen javaslat második kérdésköre tehát a **szerv- és szövetátültetéssel kapcsolatos jognyilatkozatokkal** foglalkozik.

A törvény alapján Reprodukciós Eljárás a házastársak, illetőleg élettársak együttes írásbeli kérelmére, továbbá – kizáró nyilatkozat hiányában – az egyedülállóvá vált nő egyoldalú írásbeli kérelmére végezhető. A ja-

vaslat utolsó, harmadik témakörét a **reprodukciós eljárással kapcsolatos nyilatkozatok** képezik.

A fentiekben megjelölt nyilatkozatcsoportok egyik közös jellemzője, hogy a nyilatkozatok több vonatkozásban is közokirati formához kötöttek. Azokat a nyilatkozatokat pedig, amelyeket kötelezően közokiratba kell foglalni, jellemzően közjegyzői okirat formájában, közjegyző előtt teszik meg a nyilatkozó személyek. A megjelölt nyilatkozatok másik, az előzőekben már említett közös jellemzője – amely egyben a jelen tanulmány aktualitását is adja –, hogy a szóban forgó nyilatkozatok vonatkozásában nem létezik egy olyan általános és egységes nyilvántartás, amely biztosítaná a nyilatkozatok fellelhetőségét illetve érvényesülését.

Koncepciónk tehát az, hogy a – többségében egyébként is közjegyző előtt tett – nyilatkozatok nyilvántartását a Magyar Országos Közjegyzői Kamara biztosíthatná. Amennyiben a kialakítandó egészségügyi nyilvántartás tartalmát elektronikus hozzáférhetőség útján – törvényi felhatalmazás alapján, megfelelő alkotmányos, adatvédelmi garanciák betartása mellett – a felelős szakorvos és egészségügyi szakdolgozó megismerhetné, úgy ez lehetővé tenné a megtett nyilatkozatok felhasználásával az egészségügyben jelentkező problémák orvoslását.

Az ellátás visszautasításával kapcsolatos jognyilatkozatok „élő végrendeletek” a gyakorlatban

Az önrendelkezési jog, mint alapjog

A kizárólag törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozható **önrendelkezési jog, mint** az egyik legterjedelmesebben szabályozott betegjog elsődlegesen és általában azt jelenti, hogy a beteg szabadon eldöntheti, kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, és az ellátás során mely beavatkozások elvégzéséhez járul hozzá, illetve melyeket utasítja vissza. Joga van arra is, hogy a kivizsgálását és kezelését érintő döntésekben a folyamatokat befolyásoló módon részt vegyen.

Az önrendelkezési jog érvényesülésének egyik alapvető biztosítéka, hogy minden egészségügyi beavatkozás esetén a beteg eldöntheti, hogy – kényszerszertől és fenyegetettségtől, esetleg megtevesztéstől mentesen – az orvos részéről kapott tájékoztatást követően az egészségügyi beavatkozáshoz a beleegyezést megadja-e vagy sem. További lényeges garanciális szabály, hogy a beteg a beavatkozás elvégzéséhez való beleegyezését bármikor visszavonhatja. Ez a jog a beteget bármikor, a beavatkozás során is megilleti.

Az egészségügyi beavatkozás elvégzéséhez szükséges beleegyezését a beteg – a mindennapi élet által teremtett helyzeteket figyelembe véve – főszabályszerűen bármilyen formában megadhatja.

Így rendelkezhet a beavatkozásról szóban, írásban, de akár ráutaló magatartással is. Ugyanakkor a belsőleges (invazív) beavatkozás elvégzéséhez a beteg írásbeli hozzájárulása szükséges, vagy ha erre a beteg állapotánál fogva nem képes, úgy két tanú együttes jelenlétében ezt más formában – szóban vagy ráutaló magatartással – is megteheti.

Az önrendelkezési jog fontos jogosítványa, hogy a beteg – amennyiben természetesen cselekvőképes – megfelelő alaki szempontok figyelembevételével megtett nyilatkozatával megnevezheti azt a személyt, aki esetleges cselekvőképtelensége esetén helyette az egészségügyi beavatkozáshoz szükséges beleegyező nyilatkozatot megteszi. Ezt a nyilatkozatot egyébként már a 16. életévét betöltött kiskorú személy is megteheti.

A törvény szerint megtehető nyilatkozatok formája lehet:

- ⇒ közokirat (jellemzően közjegyzői okiratba foglalt nyilatkozat),
 - ⇒ teljes bizonyító erejű magánokirat,
 - ⇒ írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében megtett szóbeli nyilatkozat.
- Természetesen ez esetben is szükséges a tanúk részéről a nyilatkozattevő személyes ismerete, és a nyilatkozat nyelvének értése.

Az ellátás visszautasításának szabályozása általában

A cselekvőképes beteget – szigorú feltételek mellett – az önrendelkezési joga alapján meg-

illeti az ellátás visszautasításának joga is. Az Egészségügyi Törvény az ellátás visszautasításának kapcsán a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképes betegekre is tartalmaz rendelkezéseket. Minden cselekvőképes személyt megilleti az **ellátás visszautasításának joga**, két kivétellel:

1. nem utasítható vissza az egészségügyi ellátás, ha ezzel mások élete vagy testi épsége lenne veszélyeztetve,
2. nem utasítható vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás, ha a beteg várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.

A visszautasítás formái között a törvényi szabályozás különbséget tesz. Bármilyen ellátás visszautasítható, ugyanakkor a különböző élethelyzetekben megtett nyilatkozatok formai szempontból eltérhetnek egymástól. Abban az esetben, ha a beteg olyan ellátást utasít vissza, aminek elmarádása egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodást eredményezne, úgy ezt a nyilatkozatot az érintett csak közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében teheti meg.

A gyógyíthatatlan betegek esetében - a betegség természetes lefolyását lehetővé téve - az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak akkor van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül - megfelelő egészségügyi ellátás mellett is - halálhoz vezet.

Az ilyen jellegű visszautasítás akkor érvényes, ha a beteget egy háromtagú orvosi bizottság megvizsgálta, majd ezt követően ugyanez a bizottság nyilatkozik a kérdés vonatkozásában. A bizottság két dolgot vizsgál, elsődlegesen azt, hogy a beteg ténylegesen gyógyíthatatlan, és betegsége rövidesen a halálhoz vezet. A bizottság továbbá azt is köteles vizsgálni, hogy a beteg az ellátás visszautasításának vonatkozásában annak tudatában nyilatkozott, hogy a betegsége gyógyíthatatlan, így az orvostudomány jelenlegi állása szerint állapotán nem lehet segíteni, illetve halála várhatóan rövidesen bekövetkezik. A fentiek szerint megtett nyilatkozatot, a nyilatkozat megtételét követő harmadik napon a betegnek meg kell ismételnie. Ha

a megismétlésre nem kerül sor, vagy a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, úgy az ellátást jogszerűen nem utasíthatja vissza, azaz a szükséges orvosi ellátást a kezelőorvos kötelezően elvégzi.

Agyakorlat kihívásai és az Egészségügyi Nyilvántartás

Az ellátás visszautasításának gyakorlati problémái ugyanakkor nem a fentiekben részletezett „alap esetekben”, hanem az elemzett nyilatkozat előzetes megtétele kapcsán merülnek fel. A cselekvőképes személy - későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére - közokiratban visszautasíthat egyes vizsgálatokat, életfenntartó, illetve életmentő beavatkozásokat. A beteg előzetesen visszautasíthatja az ellátást arra az esetre is, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. A cselekvőképes személy - cselekvőképtelensége esetére - közokiratban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki helyette gyakorolhatja az ellátás visszautasításának jogát.

Garanciális szabály, hogy a nyilatkozatok csak abban az esetben érvényesek, ha pszichiáter szakorvos - egy hónapnál nem régebbi - szakvéleményben igazolja, hogy a személy döntését annak lehetséges következményei tudatában hozta meg. A nyilatkozatokat kétfévente meg kell újítani, és azokat a beteg bármikor - cselekvőképességére, illetve alaki kötöttségre tekintet nélkül - visszavonhatja. Az előzetes nyilatkozatok kötelező tartalmi elemeit egyebekben a 117/1998. (VI. 16.) Kormányrendelet Melléklete tartalmazza.

A fenti, előzetes nyilatkozatok közokiratba foglalása során jellemzően közjegyző működik közre. A gyakorlati problémákat az okozza, hogy az ilyen nyilatkozatokat általában sürgős esetekben kell felhasználni, ugyanakkor a nyilatkozatok létének megállapítása, illetve azok fellelhetősége - éppen a beteg cselekvőképtelen állapotának következtében - nem biztosított. Az orvosok, illetve az egészségügyi szakdolgozók elmondása alapján a leggyakrabban a mentőszolgálat által az egészségügyi intézetbe szállított -

sokszor egyedülálló és magatehetetlen - betegekkel szembesülnek a kollégák. Általános jelenség az is, hogy ezekben az élethelyzetekben nem áll rendelkezésre az előzetesen megtett visszautasító nyilatkozat. Vagyis a még cselekvőképes személy hiába teszi meg a közokiratba foglalt nyilatkozatát, ha arról - cselekvőképtelensége esetén - a szakorvosnak vagy az egészségügyi szakdolgozónak nincs tudomása, vagy annak holléte nem állapítható meg.

Éppen a felvázolt - a közjegyzők által vezetett, és az egészségügyben dolgozók által elektronikusan hozzáférhető - hatósági nyilvántartás biztosítaná azt, hogy a megtett nyilatkozat minden körülmény között, bármikor megismerhető legyen. Ennek köszönhetően a nyilatkozatot előzetesen megtevő, de már belátási képességgel nem rendelkező betegek akarata maradéktalanul érvényesülhet.

A szerv- és szövetátültetéssel kapcsolatos jognyilatkozatok

Szerv, szövet eltávolítása élő személy testéből

Szervet, illetve szövetet cselekvőképes személy adományozhat (regenerálódó szövet eltávolítására kivételesen korlátozottan cselekvőképes, illetve cselekvőképtelen személy testéből is sor kerülhet, a törvényben foglalt feltételek együttes fennállása esetén). Szervet cselekvőképes személy is csak abban az esetben adományozhat, ha mint donor a recipiens közeli rokona, de kivételesen e feltétel hiánya esetén is sor kerülhet szerv adományozására. Ebben az esetben, amikor a donor nem áll genetikai rokonságban a recipiensevel, együttes kérelmüket a kórházi etikai bizottság vizsgálja meg. A kórházi etikai bizottság akkor járul hozzá a szervkivételhez, ha meggyőződött róla, hogy a donor és a recipiens között szoros érzelmi kapcsolat áll fenn. Szerv, illetve szövet adományozása kizárólag ellenérték nélkül, valamint kényszerből, fenyegetéstől és megfélemlítéstől mentesen történhet.

Szerv adományozása esetén a donor beleegyezését közokiratba kell foglalni.

A közokiratnak a beleegyezés általános követelményein túlmenően a donor arra vonatkozó nyilatkozatát is tartalmaznia kell, hogy az adományozás minden kényszerből, fenyegetéstől és megfélemlítéstől mentesen, ellenérték nélkül történt, valamint hogy hozzájárul halála utáni kórboncolásához. A donor hozzájárulását viszont a szerv, illetve szövet eltávolításáig bármikor, formai kötöttség nélkül visszavonhatja. Természetesen a recipiensnek az átültetésre vonatkozó beleegyezését is írásba kell foglalni. A szerv adományozásához való hozzájárulás tehát érvényesen csak közokiratba foglalt, jellemzően közjegyző előtt tett nyilatkozat alapján történhet. A közjegyzői okiratba foglalt nyilatkozatok hozzáférhetőségét szolgálná egy egységes, és a nyilatkozó érdekében célszerű nyilvántartás, mely tanúsíthatja a hozzájáruló nyilatkozat megtételét az egészségügyi intézmény felé.

Szerv, szövet eltávolítása halottból

Halottból szerv, illetve szövet eltávolítására átültetés céljából akkor kerülhet sor, ha az elhunyt életében ez ellen nem tett tiltakozó nyilatkozatot. Tiltakozó nyilatkozatot a cselekvőképes személy írásban (**közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban**), illetőleg - amennyiben írásbeli nyilatkozatot egyáltalán nem vagy csak jelentékeny nehézséggel tudna tenni - kezelőorvosánál szóban tehet. Korlátozottan cselekvőképes személy tiltakozó nyilatkozatot törvényes képviselőjének közreműködése nélkül is tehet. A cselekvőképtelen személy helyett tiltakozó nyilatkozatot törvényes képviselője tehet.

A kezelőorvos a szerv, illetve a szövet eltávolítására rendelkezésre álló időn belül köteles meggyőződni arról, hogy az elhunytnál maradt-e tiltakozó nyilatkozat. Amennyiben az írásbeli nyilatkozat az eltávolításra rendelkezésre álló időn belül nem kerül elő, illetve ilyet nem juttatnak el a kezelőorvoshoz, annak hiányát kell vélelmezni.

A magyar állampolgárok tehát életükben tehetnek nyilatkozatot. Rendelkezhetnek testükkel, haláluk, vagy visszafordíthatatlan agyhalál állapotába kerülés esetére is.

A hatályos 18/1998. (XII.27.) EüM rendelet lehetővé tette, hogy a halál esetére vonatkozó, szerv- és szöveteltávolítás ellen tiltakozó közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt nyilatkozatot az egészségügyi intézményektől független szervezet nyilvántartásba vegye.

Az Országos Transzplantációs Nyilvántartás (OTNY), mint közhiteles hatósági nyilvántartás tartja nyilván tehát azon személyek adatait, akik életükben rendelkeznek arról, hogy esetleges haláluk után a testükből szerveiket és szöveteiket ne távolítsák el, feltéve, hogy írásban hozzájárultak a nyilvántartásba vételhez, és személyes adataik kezeléséhez.

A közjegyzők által működtetett egészségügyi nyilvántartás lehetővé tehetné azt, hogy a betegek által kifejezetten a közjegyzők előtt megtett tiltakozó nyilatkozatok még hatékonyabb formában, elektronikus úton továbbíthatóak legyenek az OTNY felé.

A reprodukciós eljárással kapcsolatos jognyilatkozatok

Az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásként a testen kívüli megtermékenyítés és embrióbeültetés, a házastárs, illetve élettárs ivarsejtjeivel vagy adományozott ivarsejttel végzett mesterséges ondóbevitel, ivarsejt adományozásával történő testen kívüli megtermékenyítés és embrióbeültetés, embrióadományozással végzett embrió-beültetés, a női ivarsejt megtermékenyülését, illetőleg megtermékenyíthetőségét, valamint a megtermékenyített ivarsejt megtapadását, fejlődését elősegítő egyéb módszer alkalmazható.

Reprodukciós eljárás házastársi vagy különneműek közötti élettársi kapcsolatban álló személyeknél végezhető el, amennyiben bármely félnél fennálló egészségi ok (meddőség) következtében a kapcsolatból természetes úton nagy valószínűséggel egészséges gyermek nem származhat. Élettársak esetén reprodukciós eljárás csak abban az esetben végezhető, amennyiben az élettársak egyike sem áll házastársi kapcsolatban. A reprodukciós eljárás – amennyiben a női ivarsejt megtermékenyítése már

megtörtént – a házastársi (élettársi) kapcsolat megszűnése után az egyedülállóvá vált nőnél tovább folytatható.

Amennyiben azonban a megtermékenyítés testen kívül történt és az embrió beültetésére még nem került sor, a házastársak (élettársak) a reprodukciós eljárás megkezdése előtt, együttes kérelmükben erre az esetre nézve az eljárás folytatását a házastárs (élettárs) halála esetére előzetesen kifejezetten kizárhatják.

Egyedülálló nő esetében a reprodukciós eljárás akkor végezhető el, amennyiben a nő életkora vagy egészségi állapota (meddősége) következtében gyermeket természetes úton nagy valószínűséggel nem vállalhat. A reprodukciós eljárás során testen kívül létrejött és be nem ültetett embrióval kapcsolatos rendelkezési jogot az egyedülálló nő gyakorolja azzal, hogy rendelkezési jogáról **közokiratban** vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban lemondhat.

Reprodukciós eljárás (egyedülállóvá vált nő esetén annak folytatása) a házastársak, illetőleg élettársak együttes, illetve – ha az eljárás folytatását a házastárs (élettárs) halála esetére előzetesen kifejezetten kizárták a kizáró nyilatkozat hiányában, valamint a letétbe helyezett embrióval kapcsolatos rendelkezési jog keretei között – az egyedülállóvá vált nő írásbeli kérelmére végezhető. A kérelmet teljes bizonyító erejű magánokiratba kell foglalni. **Az élettársi kapcsolat fennállásáról az élettársak közokiratban nyilatkoznak.**

Az ivarsejt adományozók, valamint a reprodukciós eljárást kérők az ivarsejtekre, illetve a tárolt embriókra vonatkozó rendelkezési joguk gyakorlása során a 30/1998. (VI. 24.) NM rendelet szerint tehetnek nyilatkozatot – közvetlenül az egészségügyi intézményben – a jogszabályban meghatározott speciális formanyomtatványon, a rendelet 7. és 8. számú mellékleteinek megfelelően.

A reprodukciós eljárás írásbeli kérelemre végezhető tehát, de a korábbi szabályozástól eltérően elegendő a teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalás, nem terhelve a kérelmezőket a szigorúbb alakiséghez történő kötöttséggel.

Vagylagosan közokiratban, vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban mondhat le

rendelkezési jogáról az egyedülálló nő a reprodukciós eljárás során, testen kívül létrejött és be nem ültetett embrióval kapcsolatban.

Közkirati kényszerrel tehát az élettársi kapcsolat fennállásáról szóló nyilatkozat érintett, azzal, hogy természetesen bármely nyilatkozattípus esetén felkérhető közjegyző is az okirat elkészítésére.

A tanulmány alapkonceptiója elsősorban egy egységes hatósági nyilvántartási rendszer lehetőségének felvázolása. Aki kifejezetten a közjegyző előtt kíván nyilatkozni, vagy egyébként akadályoztatva van abban, hogy az egészségügyi szolgáltatónál nyilatkozzon, vagy erre – rendelkezési joga gyakorlásának kapcsán – egyéb okból nem volt lehetősége, az közjegyző előtt is nyilatkozhat, kérve egyúttal a nyilvántartásba vételt is.

Létező közjegyzői nyilvántartások, elektronikus eljárások, az okiratok elektronikus archiválása (1)

A Magyar Országos Közjegyzői Kamara közel húsz éves tapasztalattal rendelkezik a közhiteles nyilvántartások vezetése terén. A magánközjegyzőség rendszerének visszaállítását követően, 1992 óta létezik a Magyar Országos Közjegyzői Kamara által működtetett – a kamara szervezetén belül a Közjegyzői Levéltár által kezelt – Végintézkedések Országos Nyilvántartása (VONY). Az okiratba foglalt, és a létbe helyezett végintézkedések adatainak központi, elektronikus nyilvántartása ezáltal biztosítja ezen jognyilatkozatok fellelhetőségét, egyúttal az örökhagyók végakaratainak gyakorlati érvényesülését.

1997. május 1. napja óta működik a Zálogjogi Országos Nyilvántartás, amely az ingó- és más dolgokat, illetve a gazdasági társaságok vagyont terhelő zálogjogok nyilvántartását biztosítja. A zálogjogi nyilvántartás tartalmához más társhatóságok – elsősorban a cégbíróságok – is hozzáférhetnek, hasonlóan a felvázolt egészségügyi nyilvántartás koncepciójához. 2010. szeptemberétől a zálogjogi nyilvántartás mellett a Magyar Országos Közjegyzői Kamara vezeti az egyedi azonosításra kétséget kizáróan alkalmas ingó dolgokat – azaz a gépjárműveket – terhelő jelzálogjogok elektronikus nyilvántartását is.

A közjegyzői elektronikus letéti tár egy, szintén az országos kamara által vezetett további elektronikus nyilvántartás, melynek célja a közjegyzői dokumentumok elektronikus másolatának biztonságos őrzése.

Az egyes közjegyzői nemperes eljárásokról szóló 2008. évi XLV. törvény alapján 2010. január 1-jétől az Élettársi Nyilatkozatok Nyilvántartásának adatait a Magyar Országos Közjegyzői Kamara elektronikus úton tartja nyilván és kezeli.

A 2009. évi L. törvény megteremtette az elektronikus fizetési meghagyásos eljárás szabályait, melyeknek köszönhetően a közjegyzők 2010. július 1. napja óta a Magyar Országos Közjegyzői Kamarának a közjegyzők, valamint az eljárásban részt vevő felek és egyéb személyek részére rendelkezésre álló, az interneten elérhető országosan egységes számítástechnikai rendszere használatával, gépi adatfeldolgozással járnak el. A jogerős fizetési meghagyás alapján pedig a bírósági végrehajtás elrendeléseként, a végrehajtási lap elektronikus közokiratként kerül kiállításra az országos kamara rendszerén keresztül, majd elektronikus úton történik annak a végrehajtó felé történő megküldése is.

Továbbmenően, a közjegyzők szintén elektronikus úton férhetnek hozzá egyes központi nyilvántartásokhoz – Céginformációs Szolgálat, Földhivatalok elektronikus adatbázisa –, és az azokban foglalt adatokat közhitelesen tanúsíthatják.

A hatályos szabályozásnak megfelelően a közjegyzők kötelesek az általuk készített közjegyzői okiratokat, illetve az egyes közjegyzői nemperes eljárásokban hozott végzéseket elektronikus formában archiválni. Az így archivált okiratokat a Magyar Országos Közjegyzői Kamara egy központi elektronikus levéltár segítségével tárolja, mely adatbázisból az archivált okiratok bármikor lehívhatóak elektronikus úton. A közjegyzők – az elektronikus nyilvántartás segítségével – az elkészült közjegyzői okiratokról elektronikus hiteles kiadmányokat állíthatnak ki az ügyfelek részére.

A fentieknek megfelelően minden magyar közjegyző és közjegyzőhelyettes rendelkezik minősített elektronikus aláírással, amely

az archiválás és az elektronikus eljárások alapvető technikai feltétele.

Összegzőként kijelenthetjük, hogy a Magyar Országos Közjegyzői Kamara, illetve a közjegyzők rendelkeznek mindazokkal a szakmai tapasztalatokkal és technikai kondíciókkal, amelyeket az egészségügyi nyilvántartás kialakítása indokoltta és szükségessé tesz.

Konklúzió

A már sokszor megfogalmazott egészségügyi reform alapvető célkitűzése az egészségügyi intézményrendszer hatékony és fenntartható működésének előmozdítása, egyenlő esélyű hozzáférést lehetővé téve az adekvát és minőségi egészségügyi szolgáltatásokhoz.

Az egészségpolitika által kitűzött nép-egészségügyi célok meghatározásával – az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben foglaltak szerint – meg kell terem-

teni annak feltételeit is, hogy minden ember megőrizhesse emberi méltóságát és önazonosságát, önrendelkezési és minden egyéb joga csorbitatlan maradjon, ezzel is szolgálva az egyéni és a közösségi érdekek harmonikus érvényesülését.

Ezen prioritások mentén a Magyar Országos Közjegyzői Kamara az Egészségügyi Nyilvántartás kialakításának és működtetésének esetleges biztosításával, az egészségügyi jogok – kifejezetten az önrendelkezési jog érvényre juttatásával, mind a betegek, mind pedig az orvostársadalom segítségére lehet.

Az Egészségügyi Nyilvántartási rendszer tételes kidolgozását természetesen csak és kizárólag a gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező orvosokkal és egészségügyi szakdolgozókkal együtt lehet megkezdni. Elsőként a Magyar Orvosi Kamarával és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával kell egyeztetni, így elkerülhető az egyes szakmai kamarák párhuzamos, konzultáció nélküli munkája.



Challenges of End-of-Life Care

The 20th Anniversary Conference
of Hungarian Hospice Foundation

April 15, 2011, 9.30-17.00
KOGART Ház (1062 Budapest, Andrássy út 112.)

The Hungarian Hospice Foundation awaits experts to share experiences in Palliative Care in Hungary, possibilities of humane and compassionate care.

Patron: József Pálincás DSc, President of Hungarian Academy of Sciences

Conference date: April 15, 2011-02-18

Conference venue: KOGART Ház (1062 Budapest, Andrássy út 112.)

Conference Language: English (simultaneous interpretation will be provided)

Pre-registration and registration fee payment are needed.

More information at the Conference Office:
CongressLine Ltd., T: (1) 429-0146 F: (1) 429-0147, E-mail: glob@congressline.hu

Lehetőségek és kihívások Békés megye idősellátásában

Beke Szilvia Ph.D.

*függetlenített egészségnevelő, BMKT Pándy Kálmán Kórház, Gyula
főiskolai tanársegéd, Szent István Egyetem Pedagógiai Kar*

Uzzoli Annamária Ph.D.

tudományos munkatárs, MTA RKK Közép- és Észak-magyarországi Tudományos Intézet

Összefoglaló

Az ország és a megye idősellátását vizsgálva elmondható, hogy a jelenlegi egészségi állapot mutatók mellett, mind az egészségügynek, mind a szociális ellátó-hálózatnak jelentős kihívással kell szembenéznie az elkövetkező években.

Tény, hogy a szociális hálózat hozzáférhetősége könnyebb, ugyanakkor a férőhelyek száma jelentősen bekorlátozza az igénybevétel lehetőségét. Békés megyén belül ha a 65 éven felüliek arányát összevetjük a férőhelyek számával, akkor a népesség mindössze 5,13%-ának adott a lehetőség, hogy ezt a szolgáltatást igénybe vegye.

Az intézmények a megkeresés folyamán szinte egybehangzóan jelezték, hogy az elmúlt évek változásai kapcsán, a finanszírozáson túl az NRSZH bevonása okozza a legnagyobb problémát, mivel így az otthonba kerülő személyek sokkal rosszabb egészségi állapotúak. Sajnos, mind országosan, mind helyileg az úgynevezett „assisting living” jellegű szolgáltatások még nem terjedtek el. Ennek részben gazdasági, részben infrastrukturális okai vannak. Mindezzel szemben ha a jövőt nézzük, akkor mind szociálpolitika, mind a jelenlegi társadalmi, gazdasági helyzeten jelentős mértékű változtatásra van szükség.

Kulcsszavak: idősellátás, egészségi állapot, egészségügy, epidemiológia, szociális ellátás

Bevezetés

A demográfiai és az epidemiológiai válság Magyarországon jelentős mértékű kihívások elé állítja az egészség- és szociálpolitikát az elkövetkezendő években. A közel harminc év óta csökkenő lakosságszám, az európai szinten is rendkívül alacsony születésszám, az időskorú népesség arányának elmúlt két évtizedben tapasztalható rohamos növekedése új helyzetet teremt az egészségügyi ellátó-hálózat strukturális és finanszírozási mechanizmusában. Közép- és hosszútávon fel kell készülni az idősödés és az előregedés kibontakozására, azaz a jövőben egyre több 65 év felettiről, ráadásul az igen kedvezőtlen egészségi állapotból kifolyólag súlyos krónikus betegségekben szenvedő idős- és öregkorú emberről kell gondoskodnia a hazai intéz-

ményhálózatnak. Részben a probléma kezelését célozta meg a kórházszerkezet 2007-es struktúra-átalakítási reformja, azonban önmagában a krónikus ágyszám növelése nem tud hatékony választ adni az idősellátás aktuális kérdéseire.

Tanulmányunk célja egyrészt a hazai korszerkezet alakulásának történeti, másrészt az idősellátás intézményi és infrastrukturális háttere területi különbségeinek bemutatása. Mintaterületünk Békés megye, amely mind országosan, mind pedig a Dél-Alföldi Régióban jellegzetes pozícióban van a lakosság egészségi állapotát tekintve.

Békés megye népességének egészségi állapota, mind régiós, mind országos összehasonlításban igen kedvezőtlennek mondható. Ha az elmúlt időszak mortalitási jellemzőit vizsgáljuk, akkor elmondható, hogy 2005-

től megyénk negatív értelemben az első helyen áll, mely részben az előregedő lakossággal, részben az itt maradt fiatalabb korosztály rosszabb egészségi állapotával magyarázható. (2007-ben, az 1000 lakosra jutó halálozási arányszámot 100%-nak tekintjük Békés megyében ez az érték elérte a 115%-ot.)

A megye egészségügyi és szociális struktúrája az elmúlt időszak országos tendenciájának megfelelően változott, a három fekvő betegellátó intézményéből a gyulai Pándy Kálmán Megyei Kórház a kiemelt súlyponti intézmény, míg a békéscsabai, illetve orosházi kórház területi kórházként működik. A szociális ellátó intézmények esetében 64 olyan intézmény van, mely az idősek ellátását hivatott szolgálni, azonban mind a két szektor esetében a változásokat külön-külön kezeli a két szegmens, mely így az idősellátás problémáját nem képes megoldani.

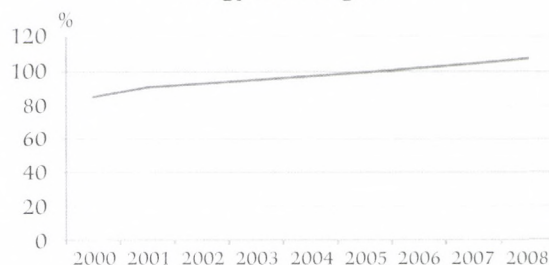
Az idősödés, előregedés kérdése Magyarországon

Az ENSZ előrejelzései szerint a 21. század társadalmi-gazdasági, sőt szociális és politikai szempontból is legnagyobb problémája az előregedés kibontakozása és a szegénység fokozódása lesz. Európa, az „öreg kontinens” ma már nemcsak történelmi szerepe, hanem demográfiai helyzete kapcsán is rászolgált a jelzős szószervek használatára. A térségnek, s így Magyarországnak is a drámai népességszökkenéssel és a jelentős mértékű előregedéssel kell szembenéznie.

Az idősödés, előregedés megdöbbentő mértékű: hazánkban a 21. század közepére valószínűleg a mainál 28%-kal magasabb arányt fognak képviselni a 65 évesnél idősebb emberek (Hablicsek L. – Pákozdi I., 2004). Az elmúlt bő két évtizedben az időskorú népesség többi korcsoporthoz képesti aránya folyamatosan növekedett, amit az ún. öregedési index bizonyít. Ez a statisztikai mutatószám tulajdonképpen azt mutatja meg, hogy mekkora az időskorú, 65 évesnél idősebb korcsoportok aránya a fiatal, 15 évesnél fiatalabb korcsoportokhoz képest. Ha a mutató értéke emelkedik, akkor a korösszetétel romlik, az időskorúak aránya nő. Ha a

mutató értéke meghaladja a 100%-ot, akkor adott társadalmon belül nagyobb arányt képviselnek a 65 évesnél idősebbek a fiatalokhoz képest. A magyar öregedési index az elmúlt évszázadban fokozatosan rosszabbodott, azonban intenzív növekedése leginkább 1990 után volt tapasztalható (1. kép). Ennek

1. kép: Az öregedési index alakulása Magyarországon



(Forrás: www.ksh.hu)

eredményeképpen értéke 2006-ra elérte a 100%-ot, bár egyelőre regionális megoszlásában vannak olyan területi egységek, ahol ez a szint még nem regisztrálható (I. táblázat). A legöregebb a Közép-Magyarországi, legfiatalabb az Észak-Alföldi Régió. Az öregedési index területi megoszlása jelzésértékű az ország nyugat-keleti megosztottságáról, amely ebben az esetben az idősebb Nyugat-, illetve a fiatalabb Kelet-Magyarországot jelenti. Kistérségek szerint legöregebb Budapest (V. kerület: index=266%), míg a korösszetétel alapján legkedvezőbb helyzetű a hajdúhadházi kistérség (index=56%). A Dél-Alföldi Régióban az öregedési index értékei meghaladják az országos átlagot, kivált Békés megyében. Legfiatalabb a kecskeméti (91%), legöregebb a sarvasi és a csongrádi (133%) kistérség.

Az idős népesség növekvő részarányának okai Magyarországon egyrészt a halandóság javulása (születéskor várható átlagos élettartam növekedése), másrészt az alacsony születésszám (az egymást követő korosztályok létszámának emelkedése) (Szónoky A. G., 2007). Az idősödés egyik globális demográfiai jellemzője az ún. feminizáció – vagyis az időskorú női népesség lényegesen magasabb aránya – szintén jellemző hazánkra (Botos K., 2008). Ráadásul Magyarországon a nők születéskor várható átlagos élettartama

I. táblázat A szociális helyzet és a szociális ellátóhálózat néhány mutatószáma terület szerint, 2007 (Adatok forrása: www.ksh.hu)

Területi egység	Öregedési index	Az időskorú népesség el-tartottsági rátája (%)	Az eltartott népesség rátája (%)	Nappali ellátást nyújtó idősök klubja működő férőhelyei	Tartós bentlakásos vagy átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények férőhelyeinek kihasználtsága (%)
Közép-Magyarország	113,8	23,5	44,1	8003	93,4
Budapest	146,8	26,3	44,3	6190	95,4
Pest	79,2	19,4	44,0	1813	89,7
Közép-Dunántúl	100,6	21,7	43,2	3353	95,2
Nyugat-Dunántúl	111,5	22,9	43,4	3733	97,0
Dél-Dunántúl	109,4	23,7	45,3	3979	97,3
Észak-Magyarország	99,9	24,1	48,3	6286	98,3
Észak-Alföld	85,6	21,5	47,1	7667	97,6
Dél-Alföld	112,7	24,5	46,2	7883	97,8
Ország összesen	104,9	23,2	45,2	40904	96,2

az elmúlt ötven évben átlagosan 7-8 évvel haladta meg a férfiakét, amely napjainkra jelentős nőtöbbletet eredményezett a 65 éves kor felettiek esetében (Klinger A., 1996).

A magyar öregedési index ugyan kedvezőtlen korösszetételre világít rá, de a nyugat-európai országokban még ennél is kedvezőtlenebb a helyzet (Bukodi E. - Hablicsek L., 2004). Hazánkban a demográfiai kihívást inkább az jelenti, hogy az előregedés mellett igen intenzív a népességfogyás. Az idősödés, előregedés szakpolitikai kihívása hazánkban pedig egyértelműen az idősellátás infrastrukturális háttérének kiépítésében és intézményi működésének hatékonyabbá tételében körvonalazódik.

Az idősellátás intézményei és területi jellemzői Magyarországon

Az időskorúakat célzó szociális ellátási formák kiegészítik a korosztály-specifikus egészségügyi és ápolási szolgáltatásokat, illetve azokra épülve jellegzetes, speciális szolgáltatásokat nyújtanak a rászorulóknak. Ezen ellátások intézményesült formái a házi segítségnyújtás – illetve jelzőrendszeres házi segítségnyújtás –, a nappali ellátás és étkeztetés, az idősök otthona, valamint az időskorúak gondozóháza.

Törvény általi kötelezettség az önkormányzatok számára az otthonukban élő idősokról való gondoskodás. A területi gondozásba a házi segítségnyújtás és az étkeztetés tartozik bele, amelyet az 1993. évi III. törvény kötelezővé tesz a helyi önkormányzatok számára. Kistelepülések esetében, 600 fős lakosságszám alatt az ellátás a falugondnoki ellátás keretein belül is megoldható.

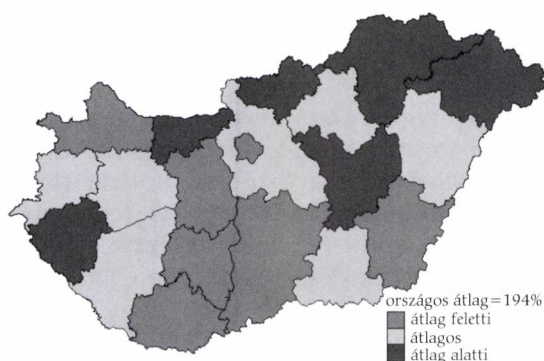
A házi segítségnyújtás az egyik legrégebbi ellátási forma. Az alapvető gondozás és az alapápolás körébe tartozó feladatokat látja el, segítséget nyújt az önálló életvitel fenntartásában, az ellátott és lakóköznyezete higiéniai körülményeinek megtartásában, valamint prevenciós szerepet tölt be, hiszen segítséget nyújt a veszélyhelyzetek kialakulásának megelőzésében. Magában foglalja többek között a bevásárlást, a háztartási munkák egy részét, pszichés és egészségügyi segítséget, a hivatalos ügyek intézését is. A házi segítségnyújtásban alapvető területi különbségek tapasztalhatók Magyarországon: Minél kisebb egy település, annál kisebb arányban biztosított ez az ellátási forma. A 10.000 fő feletti települések 2%-ában, az 5.000 főnél kisebb lélekszámú települések 2/3-ánál nem megoldott az ellátás. Az 1.000 fő alatti települések az átlagos ellátottsági szint alatt vannak, ezekben az idősök által nagyobb arányban lakott falvakban legkevésbé kiépített az ellátás. A házi segítségnyújtást szolgáltató te-

lepülések aránya legmagasabb (80% feletti) a Dél-Dunántúli, az Észak- és a Dél-Alföldi Régióban, míg legalacsonyabb (70% alatti) a Közép- és Nyugat-Dunántúli Régióban.

Az étkeztetés lényegesen elterjedtebb ellátási forma, mint a házi segítségnyújtás, hiszen az összes település 76%-ában van ilyen ellátás, ami a népesség 93%-át jelenti. Az egészségi állapotuk vagy a rokkantság okán étkeztetésre szorulóknak – köztük az időskorúak is – települési ellátása alapján igen kedvező helyzetben van a Dél-Alföldi Régió, ahol a települések több mint 80%-ában megoldott ez az ellátási forma.

Az ápolást, gondozást nyújtó intézmények egyike az idősök otthona, amelyben elsősorban azoknak az időskorúaknak az ápolását, gondozását végzik, akiknek egészségi állapota rendszeres gyógyintézeti kezelést nem igényel. Az idősök otthonában ellátott 60 éven felüliek aránya alapján (2. kép) az alföldi és a dél-dunántúli megyék a

2. kép: Az idősök otthonában ellátott 60 éven felüliek aránya a tízezer azonos korúra (%), 2008



(Forrás: www.ksh.hu)

legkedvezőbb helyzetűek, ahol a mutató értékei meghaladják az országos átlagot.

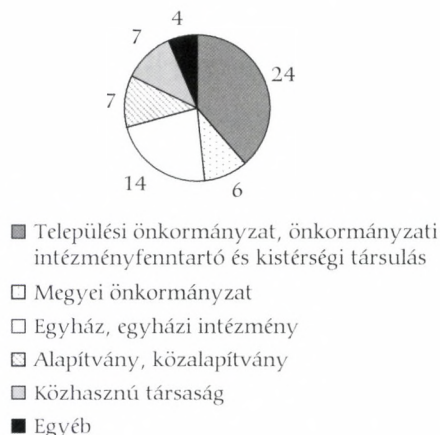
A modern társadalmakban szembe kell nézni azzal a ténnyel, hogy az idősödő népesség egyre dráguló költségeit egyre kevesebb aktív korú keresőnek kell fedeznie. Mindeközben a hosszú távú egészségfejlesztési prioritások között szerepel az életkilátások, s az életminőség feltételeinek javítása. Mindezek a törekvések a jóléti intézményrendszer állítja dilemma elé: milyen mérték-

ben vállaljon szerepet a finanszírozásban az állam, illetve hogyan lehet ösztönözni az öngondoskodás lehetőségét a lakosság körében? Az idős emberek ellátó-hálózatának, annak intézményi hátterének a jövőben több kihívással kell szembenéznie Magyarországon. Súlyos problémákat okoz a rossz egészségi állapotú idős emberek egészségügyi ellátása. A leginkább elesett, főként a 80–85 év feletti emberek szociális vagy egészségügyi intézményekben való elhelyezése az intézményi kapacitás-hiány miatt nehézkes, a magánszektorban pedig költséges. A nemzetközi tapasztalatok alapján prioritást és állami támogatást kell kapniuk azoknak az ellátási formáknak, amelyek lehetőséget ad a családoknak, rokonságnak az idősök otthoni gondoskodására.

Békés megye idősellátásának intézményi és területi kérdései

Az idősellátás egy speciális szegmensét képezi a rászoruló idősök otthonában, illetve gondozó házában történő ellátása. A megyén belül e célt szolgáló intézmények száma 64, melyből egy a fővárosi önkormányzat által fenntartott intézmény. Ezáltal összesen 3560 férőhely áll rendelkezésre. A fenntartók jellemzően a kistérségi társulások, városi önkormányzatok, illetve az egyházak (1. ábra). A kistérségi fenntartás mindössze

1. ábra: Békés megye idősellátásának intézményei fenntartók szerinti bontásban (db)



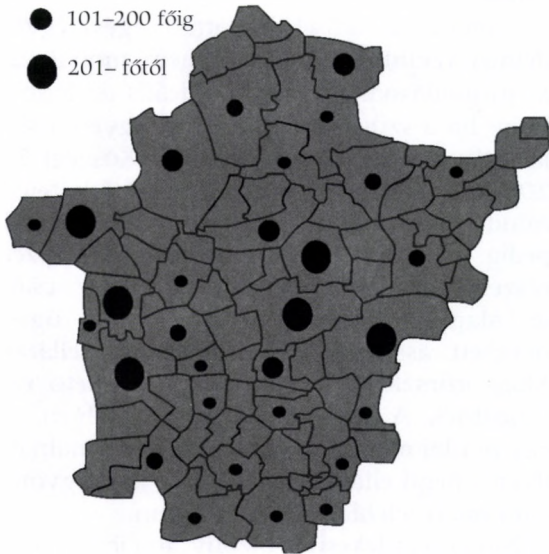
(Forrás: Békés Megyei Statisztikai Évkönyv CD-ROOM, 2007.)

néhány éve vált elterjedté, miután a normatív támogatás ezekre a formákra kedvezőbbé vált. Ugyanezen tényezők játszottak szerepet az otthonokban található férőhelyek átminősítésére is. Így az emeltszintű intézmények jelentős része visszaminősítésre került.

A lakossághoz történő viszonyítás alapján elmondható, hogy az egészségügyi intézményekkel ellentétben a szociális intézmények „könnyebben” hozzáférhetőek (3. kép).

3. kép. Tartós bentlakást biztosító intézmények területi elhelyezkedés és férőhely szerint Békés megyében

- 0–50 főig
- 51–100 főig
- 101–200 főig
- 201– főtől



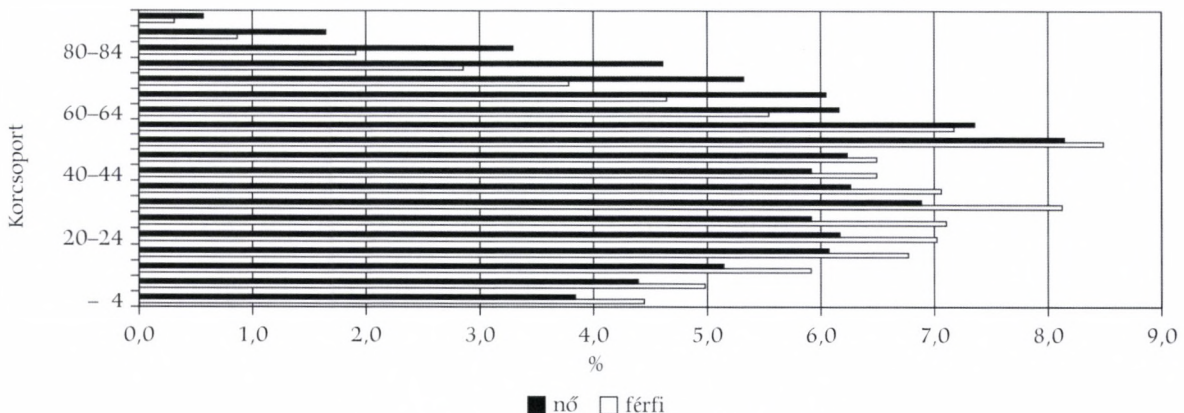
Az elhelyezkedés szempontjából a férőhelyek elsősorban a megye középső részére koncentrálódnak. A megye déli részén jobbra kisebb férőhely kapacitással rendelkező otthonok találhatóak (átlagosan 20–50 férőhellyel rendelkeznek). Ezeknek az otthonoknak mindeképpen előnye, hogy sokkal otthonosabb hangulatúak, azonban hátrányként jelentkezik, hogy humán erőforrás szempontjából ellátottságuk sokkal kedvezőtlenebb, illetve a várakozási idő sok esetben akár években is mérhető. Ahogy azt a bevezetőben is említettük a kisebb falvakban a házi segítségnyújtás hozzáférhetősége is korlátozott így a kis településeknek ezzel a problémával is szembe kell nézniük.

A több mint 3500 férőhely, első hallásra lehet, hogy egyeseknek még soknak is tűnik, de ha megnézzük a megye életkorstruktúráját, akkor jó látható, hogy az érintett korosztályoknak alig 5,13 százalékának biztosított ez a lehetőség, ha csak a 65 éven felüli korosztályt vesszük alapul (2. ábra).

Intézményekkel készült interjú eredménye

Vizsgálatunk alapvetően empirikus, valamint kérdőíves módszeren alapult. A megyében működő valamennyi intézmény számára küldtünk egy 12 kérdésből álló kérdőívet, mely 5 zárt és 7 nyitott kérdést tartalmazott, valamint az ellátást érintő kérdések kapcsán megkérdeztük a BMKT Pándy Kálmán

2. ábra: Békés megye népességének életkor és nem szerinti megoszlása (%)



(Forrás: Békés Megyei Statisztikai Évkönyv CD-ROOM, 2007.)

Kórház Szociális Munkacsoport tagjainak tapasztalatait.

Az intézményekkel készült interjúból az is kiderült, hogy az elmúlt időszakban bevezetett változtatások közül – a finanszírozást leszámítva – leginkább a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal (NRSZH) által bevezetett rendelkezés volt a legszámottevőbb. Ennek értelmében idősök otthonában azokat a személyeket lehet gondozni, akik legalább napi 4 óra ellátást igényelnek.

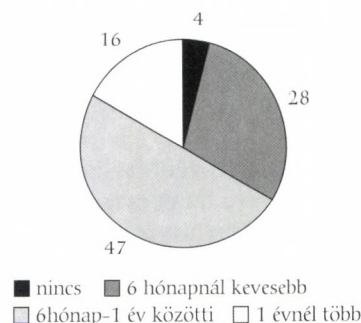
Az intézményekre nézve ez azzal a következménnyel járt, hogy a gondozásba bekerülő személyek állapota súlyosabb és sokszor idézve úgy érzik, hogy „mini kórházzá alakultak át”, melyhez azonban sem a humán erőforrás, sem az egyéb infrastrukturális háttér nem áll rendelkezésre. Az elmagányosodott egyedül maradt idősök ellátása – amennyiben többségében önellátásra képes – szinte megoldhatatlan, hiszen emeltszintű, illetve magán kézből levő otthonok bekerülési díjait nem tudják megfizetni, a nem emeltszintű ellátásra pedig önellátási képességük miatt nem jogosultak. Ezzel egyidőben a bekerülő idősök egyre kisebb százaléka képes költségtérítési díjat megfizetni (alacsony nyugellátási díjuknak köszönhetően), mely az intézményeket újabb pénzügyi problémák elé állítja.

A kórházakat érintő struktúra átalakítás és a krónikus ágyszámok növelésének „pozitív” hatását egyetlen intézmény sem érezte, illetve kórházi szociális munkásokkal történt interjúból kiderül, hogy ez a megoldás csak annyiban jelentett segítséget, hogy amíg a család nem talál valamilyen megoldást, addig az idős úgymond „kényszerpályán” a kórházban marad. Az átmenetileg jelentkező tehermentesítés napjainkra teljesen telítődik.

A valós megoldás, azonban sok esetben heteket, hónapokat jelent, mivel a várakozási idő intézményenként változik. Az interjú során vizsgált intézmények közül mindössze egy intézmény volt az ahol jelenleg nincs várólista (3. ábra).

Az otthonba való bekerülést követően a kapcsolattartás általában jó, azonban az ellátás során a legtöbb esetben egyre ritkábbá válnak a látogatások, először szinte mindennap jönnek a hozzátartozók, majd heti,

3. ábra: Várakozási idő megoszlása a vizsgált intézményekben, n=35 (%)



havi gyakoriság válik jellemzővé, egyes esetekben sajnálatosan a nagyobb ünnepek maradnak.

Mindez az idősök mentális egészségvédelmét tekintve egyáltalán nem mondható jó megoldásnak, hiszen az ideális az lenne, hogy ha a szükséges ellátást az egyén a saját otthonában vehetné igénybe (Kőszegi E., 2002) Ilyen jellegű gondozásnak a feltételei, mind finanszírozás szempontjából, mind pedig a rendelkezésre álló szakszemélyzet részéről annyira beszűkültek, hogy csak az alapszükségletekre elegendő. Az úgynevezett assisting living rendszerű ellátás Magyarországon korántsem tekinthető elterjedtnek. A megyén belül is egy helyen, – egy gyulai magán intézményben – kínálnak ilyen jellegű ellátást, azonban a költségvetés miatt jelenleg kihasználatlan.

Nagyon érdekesnek bizonyult a jövőre vonatkozó kérdésre adott válaszok megoszlása, mintegy 40%-ban jelezték az intézmények azt, hogy milyen finanszírozási, illetve strukturális változásokra lenne szükség. A javaslatok közül a legjelentősebb az idősotthonok normatíváinak emelése mellett az egyéni gondoskodás előtérbe juttatása volt, vagyis hogy az egyén aktív korában igyekezzon megfelelő háttérrel teremteni.

A válaszadók 60%-a ezzel szemben globálisan vette górcső alá a megye helyzetét, vagyis többek véleménye az volt, hogy lehetőséget kell teremteni a megye fiatalodására, a képzett fiatalok megyében tartására, mivel mindezek nélkül a megye végképp a leszakadó területek közé fog tartozni, s nem lesz aktív populáció, aki biztosítaná

az idősök ellátását Ennek érdekében mindenképpen jelentős infrastrukturális és gazdasági fejlődésre, valamint megfelelő humán erőforrás képzésre lenne szükség.

Mindezek tükrében Leonardo Da Vinci

idézetével szeretnénk tanulmányunkat zárni, melynek értelmezésének sokszínűségét a kedves olvasóra bízunk:

„Fiatalon tegyél szert olyasmire, ami kárpótol majd öregségedért.”

Irodalomjegyzék

1. Békés megye statisztikai évkönyve (2008) KSH Dél-Alföldi igazgatósága, Szeged CD-ROOM
2. Botos, K. (szerk.) (2009): Idősödés és globalizáció. Tarsoly Kiadó, Bp.
3. Bukodi, E., Hablicsek, L. (szerk.) (2004): Időskorúak Magyarországon. KSH, Bp. p: 222 (<http://mek.niif.hu/06200/06265/06265.pdf>)
4. Demográfiai Évkönyv 2008. KSH, Bp. 2009.
5. Hablicsek, L., Pákozdi, I. (2004): Az elöregedő társadalom szociális kihívásai. In: Gyulavári Tamás (szerk.): Az Európai szociális dimenziója. OFA Kht., Bp. pp. 271–294.
6. Klinger A. (szerk.) (1996): Demográfia. KSH, Bp.
7. Kőszegi, E. (2002): A területi idősellátás és szakellátás anomáliái p: 8 <http://www.freeweb.hu/tferi/szocmunka/Koszegi/idosella.doc>
8. Szónoky Ancsin, G. (2007): Népesedési helyzetjelentés. Öregedés vagy öregek fiatalodása? (www.sci.u-szeged.hu/eghajlattan/baba/Szonoky.pdf)
9. www.fago.hu

Opportunities and Challenges in Geriatric Care in Békés County

Szilvia Beke Ph.D., Annamária Uzzoli Ph.D.

Summary

A study of geriatric care in Hungary and in Békés County reveals that given the current state-of-health indicators, both the healthcare sector and the social services network face considerable challenges in the years ahead.

It is a fact that gaining access to retirement homes is now easier than it was, but the number of places significantly limits the opportunities for admission. Within Békés County, if we compare the proportion of over-65s with the number of places, it transpires that only 5.13% of the population has the opportunity to make use of the service.

In the course of the survey the institutions indicated, almost unanimously, that with regard to the changes of recent years, apart from those related to financing, the involvement of the National Bureau of Rehabilitation and Social Affairs (NRSZH) has led to the greatest problem, since it means that persons admitted to homes are in a far worse state of health than before. Unfortunately, both at national and local level, "assisting living" type services have yet to become widespread. The reasons for this are partly economic, and partly to do with infrastructure. In the face of all this, going forward major changes are needed both in terms of social policy and the current social and economic situation.

Key words: geriatric care, state of health, healthcare, epidemiology, social services

Hosszú idejű ellátás minőségének mérése az Európai Unióban

Dr. Balogh Zoltán

*tanszékvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék
elnök, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara*

Raskovicsné Csernus Mariann

*tanársegéd, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet, Ápolástan Tanszék*

Dr. Mészáros Judit

*intézetvezető, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar,
Alkalmazott Egészségtudományi Intézet*

Bevezetés

Az ellátások minőségének kérdése mind gyakrabban téma az Európai Unió országaiban. Ennek oka nemcsak a versengő, s egyre erőteljesebben előtérbe kerülő magánszférában keresendő, hanem az igénybe vevő lakosság elvárásainak növekedésében is. Az Unió országaiban igen eltérő módon fejlődött a hosszú idejű ellátást nyújtó szolgáltatások rendszere: van ahol a szociális, és van ahol inkább az ápolási vetülete került előtérbe a fejlődés folyamán. A közösségi tagállamok abban érdekeltek, hogy országaikban jó minőségű, egységes szabályozási és ellenőrzési rendszeren alapuló szolgáltatást nyújtsanak. Ennek megvalósítását nem feltétlenül uniós direktívák meghozatalában és azok betartatásában, hanem sokkal inkább szakmai alapon történő együttműködések fejlesztésében, a „jó gyakorlat” megismertetésében és átvételében kell keresni. Ennek érdekében került megrendezésre az a nemzetközi szakmai fórum, melynek központi témája a hosszú idejű ellátás minőségének mérése volt. A tanácskozást a londoni székhelyű Gazdasági és Politikai Tudományok Iskolája (London School of Economics and Political Sciences) szervezte az „Egészségi Állapot, Egészségügyi Ellátások, Hosszú Idejű Ellá-

tások Kutatási Projekt” keretében az Európai Közösség támogatásával (Leone, 2010). Írásunkban a rendezvényen ismertetett gyakorlat közül négy uniós példát adunk közre, mellyel hozzá kívánunk járulni a nemzetközi jó gyakorlat megismeréséhez, a hazai szakemberek ismereteinek bővítéséhez, új gondolatok, módszerek és technikák átvételéhez.

Indikátorfejlesztés Angliában

Az Egyesült Királyság egymást váltó kormányai az 1980-as évek óta mindig központi feladatként kezelik a hosszú idejű ellátás minőségének fejlesztését, melynek elérése érdekében számos szerkezeti változás történt. Angliában átfogó, törvénykezés által támogatott minőségbiztosítási rendszer működik. Ugyanakkor számos nemzeti szintű mérés támogatja a minőség összetevőit, így például a teljesítmény indikátorokat, melyeknek a vizsgálata az adminisztratív rendszer feltérképezésétől egészen a felhasználók véleményének felméréséig terjednek. (Boyne et al, 2010)

Az ellátás minőségének kérdése elsősorban a helyi önkormányzatok és a szolgáltatást nyújtók érdeklődési körébe tartozik, mintsem a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatéba

(NHS). Ennek magyarázata abban rejlik, hogy a hosszú idejű ellátást biztosító szolgáltatások többsége, mint például bentlakásos otthonok, ápolási otthonok, lakóhelyhez kötött ellátók, nappali klubok a szociális ellátás területéhez tartoznak. (Department for Health)

Két kormányzati hivatal hatáskörébe is tartozik a hosszú idejű ellátások minőségének mérése és követése. Az Egészségügyi Hivatal (Minisztérium) elsődleges felelőssége a szociálpolitika megalkotásában áll, mely szoros munkakapcsolatot mutat a helyi önkormányzatok Felnőtt Szociális Szolgáltatások Osztályai (ASSDs) között. Ennek feladata elsősorban a helyi közösségi ellátások, a helyi önkormányzati egészség- és szociálpolitika kialakításában rejlik. A szociális ellátás szabályozói kiemelt szerepet játszanak a hosszú idejű ellátások minőségének mérésében. Jelenleg az Ellátási Minőségügyi Bizottság (CQC) szabályozza az egészségügyi és szociális ellátásokat, melynek alapja a 2008-ban megjelent Egészségügyi és Szociális Törvény, valamint egy 2009-ben megjelent jogszabály. Ezek alapján e Bizottságnál kell a bentlakásos otthonok, ápolási otthonok, lakóhelyhez kötött ellátók, nappali klubok szolgáltatást nyújtókat regisztráltatni. Tehát Angliában a minőségbiztosítási (QA) rendszer nemzeti szinten van jelen, melyet jogszabályi környezet támogat. Az Ellátási Minőségügyi Bizottság teljes mértékben átfogja a szolgáltatást nyújtók vizsgálatát a regisztrációhoz szükséges vizsgálatról, egészen a minőség követéséig. (Department for Health, 2009)

A brit rendszerben az ellátás minőségének mérése két formában van jelen: teljesítmény indikátorok (PIs), melyek a szolgáltatók mutatóin alapulnak; és a szociális szolgáltatások igénybevevőinek felmérései (UES), melyek egy négyponos skála segítségével mérik az elégedettséget. Míg a múltban inkább a minőség strukturális és folyamat elemeinek meghatározására koncentráltak, addig a jelen kormányzat az eredmény (vagy kimeneti) mutatók fejlesztését célozza meg. Az Ellátási Minőségügyi Bizottság egy speciális szempontrendszerrel fejlesztett ki és alkalmaz helyi önkormányzati szinten feltárandó a szolgáltatást igénybevevők egészségi és

érzelmi jólétének alakulását, az életminőség fejlődését, a pozitív együttműködési szándékot, esélyegyenlőséget, a diszkriminációtól és zaklatástól való mentességet, a gazdasági függetlenséget, a személyes méltóságot és tiszteletben tartás alakulását. Az ellátás minősége szolgáltatás specifikusan meghatározásra került a Nemzeti Minimum Standardok (NMS) gyűjteményében, mely szintén számos kimeneti tényezőjét szabályozza az egyes szolgáltatásokat nyújtó szervezeteknek. (Malley, 2010)

A német ellátásfejlesztés különböző útjai

Németországban az 1995 óta működő biztosítási rendszer legfőbb eleme a hosszú idejű ellátás/gondozás minőségének biztosítása volt, melyet a biztosítók és a szolgáltatók közös megegyezéssel kötöttek. A létrehozott Orvosi Tanács (Medical Board) feladata az ellátás nyomon követése és minőségi ellenőrzése. Ennek eredményeként 2008-ban történtek reformintézkedések a minőség javítása érdekében. Ezek az ápolási protokollok létrehozása, nyilvánosság biztosítása, minőségi mutatók létrehozása voltak. (Büscher, 2010)

A Németországban működő kötelező társadalombiztosítási rendszer 5 alapelemének egyike az 1995. évi Hosszú Ellátást Biztosító Törvény. A további négy pillér: a betegség, a munkanélküliség, a nyugdíj- és a baleset-biztosítás. Tekintettel arra, hogy e törvény egy piaci helyzetet hozott létre a szolgáltatások piacán, a minőség biztosítása fontos elem volt a kezdetektől fogva. Azonban agályok merültek fel arra vonatkozóan, hogy ezt a minőséget hogyan ítélik meg, hogyan ellenőrizzék. A hosszú idejű ellátáshoz való hozzájárulás Németországban a munkavállalók havi bruttó jövedelmének 1,95%-a (gyermektelen felnőttek esetén 2,2%), mely fele-fele arányban oszlik meg a munkaadók és a munkavállalók között. A hosszú idejű ellátás keretében biztosított ellátók a napi tevékenység végzésének segítése (pl. személyi higiénia biztosítása, táplálkozás, mobilizálás és a házi segítségnyújtás), melyek a fizikai, vagy a mentális betegség/fogyatékoság

kapcsán merülnek fel. A jogosultság meghatározásában az Orvosi Tanácsok a felelősek. A kérelmező igényét az otthoni vagy ápolási otthonban történő ellátás igénybevételéhez orvosok és/vagy ápolók állapítják meg három szintnek megfelelően besorolva a betegeket (1. szint a legalacsonyabb). Ennek alapján az igénybevevő előtt álló lehetőségek: intézményi ellátás, pénzbeli juttatás, ápolást segítő eszközök, természetbeni szolgáltatások, átmeneti gondozási lehetőség, otthoni segítségnyújtás. (Büscher, 2010)

A házi ápolást igénybevevők és az ápolási otthonokban ellátottak aránya, illetve az, hogy ezek a rendszerek egy ún. „önszabályozó” rendszerek, igénynek megfelelően szerveződtek, jöttek létre, nem vonják maguk után egyértelműen a minőségi megfelelőséget. Ezért szükség van egy külső minőségellenőrző tevékenységre, mely egy belső minőségfejlesztést segít elő. Irányelveket fogalmaztak meg az otthon-ápolási szolgáltatásokra, ápolási otthonokra, rövid idejű ellátásra és a nappali/éjjeli ápolási intézményekre a minőség Donabedian-féle dimenziói szerint:

- ⇒ Struktúra (tárgyi, személyi feltételek),
- ⇒ Folyamat (eljárásleírás, ápolási folyamat, család bevonása),
- ⇒ Eredmény (elégedettség, értékelés a kitűzött célok, gondozási terv megvalósulása).

Ennek eredményeként a nyomon követés, valamint a minőség-ellenőrzés standardizált irányelvek alapján történik, mely összehasonlításra is lehetőséget ad, a nyilvánosság pedig versenyhelyzetet eredményez, mely tovább növeli az ellátás minőségét.

A Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDKs) által közzétett eredmények lehetőséget adnak az összehasonlításra. (Dängel, Korporal, 2002) Ezek az adatok azt mutatják, hogy ugyan már történtek előrelépések az ellátás minőségének javulása felé, azonban szükség van további minőségi vizsgálatra, melyben az eddigiektől eltérően nem Lassiez-faire alapú vizsgálati módszer alkalmazása történik. 2007-ben 8000 megfigyelés történt, melyekből összehasonlítva az otthonápolást és az ápolási otthonokat a következő eredmények születtek az ellátással kapcsolatosan felmerülő problémák tekintetében. (I. táblázat)

I. táblázat: Az felmerülő problémák területei és gyakoriságuk

Problémák körei	Otthon-ápolás	Ápolási otthon
Nyomási fekély megelőzése	42,4%	35,5%
Étel és folyadék bevétele	29,6%	34,4%
Inkontinencia ellátása	21,5%	15,5%
Gerontopszichés állapotok ellátása	26,1%	30,3%

Reformintézkedések hosszú idejű ellátás minőségének javítására

1. Szakértő testület által, szakmai gondossággal készített protokollok a szolgáltatások számára

A protokollok folyamatos fejlesztése történik evidenciák alapján, a minőségi dimenziók szerkezetében egy szakmai szakértő bizottság felügyelete mellett, melynek végleges formáját konszenzus konferencián fogadják el. A már meglévő protokollok:

- ⇒ Nyomási fekély megelőzése az ápolásban
- ⇒ Tehermentesítés menedzselése az ápolásban
- ⇒ A fájdalom menedzselése az ápolásban
- ⇒ Az elesés megelőzése az ápolásban
- ⇒ Vizeletürítés elősegítése az ápolásban
- ⇒ Krónikus sebekkel rendelkező beteg ápolása
- ⇒ A tápláltsági állapot fenntartása és előmozdítása az ápolásban

2. Külső minőség-ellenőrzés

A 3 évente történő előzetes bejelentés nélküli MDKs ellenőrzés során interjú készülhet az ellátottakkal, hozzátartozókkal, valamint az ápolói személyzettel. (Dängel, Korporal, 2002) A minőség-ellenőrzés során felmerülő hiányosságok pótlására meghatározott időkeret adnak. Nem megfelelőség esetén a szolgáltatás visszatéríthető, vagy nagyon súlyos esetben törölhetnek szerződéseket, s így az intézmény működését szüntetik meg.

3. Nyilvánosság

Az elvégzett minőségi ellenőrzések eredményeit, az életminőség mutatókat közzéteszik oly módon, hogy a nyilvánosság számára érthetőek és hozzáférhetőek legyenek. A minőség meghatározására kritériumokat alkalmaztak különböző témakörben. Az

egyes szempontok értékelésére egy 1-től 5-ig terjedő skálát alkalmaztak, ahol – a német iskolarendszer alapján – 1 = nagyon jó, 5 = rossz. Ezt követően egyszerű séma alapján átlagot számolnak. A II. táblázat tartalmazza a fő kritériumokat.

II. táblázat: A vizsgálat fő kritériumai

Ápolási otthon	Otthonápolás
Ápolás és orvosi ellátás (35 szempont)	Ápolás (17 szempont)
Demens lakók ellátása (10 szempont)	Az orvos által előírt tevékenységek (10 szempont)
Szociális és a mindennapi életben segítség (10 szempont)	A szervezet minősége és a szolgáltatás fokozata (10 szempont)
Lakás, étkezés, háztartás és személyi higiéné (9 szempont)	

2010 májusában több mint 7000 hosszú idejű ellátás vizsgálata történt. A 4715 közzétett eredményeként az otthonápolási szolgálatok átlaga 2,2, az ápolási otthonoké 2,0 volt. A 2010 végére befejeződő projekt ellen voltak támadások, melyek azzal érveltek, hogy hiányzik a pontos módszertani alapon történő meghatározás. A tanulmány a Németországban alkalmazott rendszer 15 éves tapasztalatait mutatja be. A minőségügyi rendszer megfelelősége, illetve az ehhez kapcsolódó nyilvános jelentési rendszer mutatható ki. (Büscher, 2010)

A finn intézményesített ellátások minőségének mérése

Az idős emberek hosszú idejű ellátásának számos formája fejlődött ki Finnországban. A rászorulóknak otthoni ellátása mellett jelen vannak a védett házak intézményei, az ápolási otthonok és a fekvőbeteg ellátáson belül működő krónikus ellátást biztosító osztályok. Ezen utóbbi két szolgáltatásforma tekinthető hagyományos intézményesített ellátásként. A 2008. évi felmérés szerint a finn 75 évnél idősebb emberek mintegy 10%-a kapott a lakóhelyétől eltérő helyen 24 órás szolgáltatást, valamint 6%-uk élt valamilyen otthonban. (Valtonen, 2008)

Egy, az Európai Unió által támogatott kutatási program közreműködésével kidolgozott mérőeszközt (Resident Assessment Instrument, RAI) vezettek be Finnországban az otthonok minőségének mérésére (European Union 7th framework, 2010). 2000-ben először három finn város – Helsinki, Kokkola és Porvoo – döntött úgy, hogy alkalmazza RAI-t a hosszú idejű ellátást nyújtó ellátások minőségének fejlesztéséhez. Ez az eszközrendszer eredetileg az Egyesült Államokban készült, ahol nemzeti elhatározás eredményeképpen jött létre 1990-ben a minőség, a kutatás és a fenntartható finanszírozás elérése érdekében. A rendszer közel 400 megfigyelési szempont figyelembevételével, a szolgáltatást nyújtó személyzet körében, önkitöltős technikát használó módszer segítségével vizsgálja az ellátást.

2000-óta számos intézmény csatlakozott a rendszerhez Finnországban. Kezdetben 16 ápolási otthon és 13 kórházi ellátó végzett ilyen önértékelő felmérést. Jelenleg már 62 ápolási otthon és 35 krónikus ellátó folytat összehasonlításra (benchmarking) is alkalmas adatgyűjtést és értékelést.

Zimmermann és munkatársai (1995) a kilencvenes években dolgozták ki azt a 26 teljesítmény-indikátort, melyek segítségével mérhetővé tették a szolgáltatás rendszerét. Az indikátorok között néhány a rizikóbecsléssel, a többség viszont konkrét teljesítmény-mutatókon keresztül vizsgálja a rendszer működését, így a balesetek és sérülések előfordulását, az ellátottak hangulati és személyiség jegyeit, a kognitív funkciók változásait, a kontinencia és az infekciókontroll kérdéskörét, valamint a bőr állapotának változását, a tápláltsági állapotot és a táplálkozási szokásokat, a gyógyszereszedési szokásokat és az életminőséget. A mérhető indikátorok eredményei alapján időről-időre összehasonlításokat végezhetnek a finn ellátó helyek.

Finnországoz hasonlóan Európa más országaiban, így például Hollandiában is a RAI rendszeren alapuló indikátorrendszert alkalmaznak, melyet egy nemzetközi kutatócsoport fejlesztett tovább (InterRAI). (Frijters, 2010)

A teljesítmények összehangolt gyűjtése és az intézmények közötti összehasonlítás

lehetősége nagyban hozzájárul a legjobb gyakorlat megismeréséhez, átvételéhez, az intézményfejlesztési stratégiák, szakmai protokollok, dokumentumok fejlődéséhez, s végeredményképpen az idős ellátottak életminőségének javulásához, az ellátottak, gondozottak elégedettségéhez. (Finne-Soveri H)

Jó minőségi garancia az osztrák krónikus ellátásban

A hosszú idejű ellátást, gondozást igénylő emberek a legveszélyeztetettebb társadalmi kategóriába tartoznak. Néhányuknál életük végéig szükség van segítségre. A krónikus ellátás minőségének megítélésében nem vesznek részt a családtagok, vagy informális csoportok által támogatott emberek, ezért nem lehet pontosan megítélni, hogy mennyi a krónikus ellátást igénylők száma, és mely szükségletek kielégítésében igényelnek segítséget. Ausztriában a jogi szabályozás kulcsfontosságú szerepet játszik a megfelelő minőség meghatározásában. Amíg a múltban a legtöbb szabályozás (jogi, szakmai) középpontjában a struktúra és folyamat minőségi dimenziói állnak, addig jelenleg az eredmény meghatározása, a minőségi mutatók mérése került az előtérbe Ausztriában. Ezen utóbbi elérésére két kezdeményezés szolgál:

az ausztriai Nemzeti Minőségi Tanúsítvány (NQZ), valamint

minőségbiztosítás a krónikus ellátást igénylő betegek otthonában (látogatási és tanácsadási program). (Trukeschitz, 2010)

Kezdeményezések a minőség eredményeinek mérésére

1. Nemzeti Minőségügyi Tanúsítvány (NQZ)

A tanúsítás választható, és lehetőséget teremt egy egységes minőségi megfelelésség eléréséhez. Céljai: a lakó- és ápolási otthonokban megfelelő minőség fenntartása, a folyamat és az eredmény minőségi dimenziókra helyezi a hangsúlyt, ösztönzi a folyamatos minőségfejlesztést és a gondozás átláthatóságának növelése. 2009-ben 14 lakó- és ápolási otthon kapott ilyen minősítést. A tanúsítást 3 évenként kell újítani. Remélik, hogy ezzel a tanúsítási rendszerrel egy egészséges versenyt indítanak meg az otthonok között.

2. Minőségbiztosítás a krónikus ellátást igénylő betegek otthonában

2. Minőségbiztosítás a krónikus ellátást igénylő betegek otthonában

Egyes tartományokban szakképzett, regisztrált ápolók, bizonyos díjazás ellenében látogatják a rászorulókat az otthonukban. Ezen látogatások legfőbb célja a tájékoztatás, valamint a tanácsadás nyújtása a betegeknek és a hozzátartozóknak egyaránt. Ez a forma Burgenlandban 1999 óta működik. 2008 óta betegenként évente 2 alkalommal van lehetőség ilyen jellegű látogatásra. Ehhez hasonló megközelítésű szabályozást hoztak létre szövetségi szinten is. A kezdetekkor (2001-ben) 950 látogatás történt, mely 2009-re már több mint 15 000-re növekedett. Tartományonként három fő különbség figyelhető meg:

A regisztrált ápolók látogatása a hozzátartozók kérésére történik-e, vagy sem. A rászoruló megtagadhatja a látogatást.

A szövetségi hosszú idejű ellátásra ápolási díj van meghatározva. Az ápolási díj mértéke függ attól, hogy a rászoruló nyugdíjat, vagy bármely nyugdíjszerű támogatást kap, illetve legalább 6 hónapig havonta több mint 50 látogatásra van szüksége.

Az otthoni látogatások célja a rászoruló ápolási szükségleteinek és életkörülményeinek a felmérése.

Ezeknek az információknak nemcsak az ápolási díj meghatározásában van szerepük. A regisztrált ápolók a rászoruló életkörülményeinek a megismerését követően a szükségletek kielégítésében segítséget, tanácsokat tudnak adni. Pl. a szőnyegek eltávolítása, mely csökkenti az elesés előfordulását; oktatják a nem hivatalos gondozókat, családtagokat arra, hogy hogyan mozgassák az ágyhoz kötött beteget, megtanítják a helyes betegmozgatási, betegemelési technikák alkalmazását.

Továbbá meghatároztak standardokat az ápolók szakmai képzésére, a piacra jutás követelményeiről, a szolgáltatások jellemzőiről, valamint a jelentéstétel követelményeiről. A szolgáltatók rendszeres nyomon követése kívánja biztosítani a jogi megfelelést. További intézkedéseket kö-

vetel a rendszer a hozzáférés javítására, a pénzügyi szabályozás (pl. visszatérítési mechanizmusok) tekintetében. A felülről alulra történő szabályozás mellett, alulról felfelé történő fejlesztésre (pl. szakmai gondosság figyelembevétele) is lehetőség van. Ezek a szabályozások egyaránt a minőség javítását célozzák. A minőség-tanúsítás nem kötelező, önkéntes alapon történik.

Ausztriában 4 féle krónikus ellátási forma működik: mobil, félintézeti (semi-industrialis), intézeti (industrialis), 24 órás készenléti ellátás. Szabályozásuk 4 szinten történik, melyet befolyásol, hogy Ausztria föderalista rendszer. (Trukeschitz, 2010)

Az **első (legfelső) szinten** a szövetségi állam és a 9 tartomány (Länder) között meglévő két megállapodás emelhető ki a krónikus ellátás kapcsán. Az első megállapodás 1993-ban jött létre, mely meghatározta a krónikus ellátás szabályait mindegyik tartományban. Ez minimumstandardokat állított fel, illetve azok felügyeletét.

A házi gondozás minőségi kritériumai:

- ⇒ a választás szabadsága a krónikus ellátást végző szolgáltatások közül;
- ⇒ hozzáférés az alapvető gondozási szolgáltatásokhoz szükség esetén akár vasárnap és ünnepnap is;
- ⇒ a különböző típusú szolgáltatások (különösen az intézményi és a házi gondozás) összehangolt munkája.

Minőségi kritériumok az ellátás struktúrája tekintetében:

- ⇒ az ellátó intézmények kapacitása (befogadóképessége);
- ⇒ a kiegészítő infrastruktúra („szobaterápia”, nappali vendégellátás) és a kiegészítő szolgáltatások (pl. fodrász);
- ⇒ a lakások elhelyezkedése (közösségbe való integráció);
- ⇒ a lakók korlátlan jogai, látogathatóság;
- ⇒ az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor szabad orvosválasztás;
- ⇒ a megfelelő számú szakképzett és szakértetlen személyzet.

A megállapodás részletesen foglalkozik az alkalmazottak képesítésével, továbbképzési lehetőségeivel. A második megállapodás

2008-ban jött létre, mely a 24 órás ellátást szabályozta, ahol az ellátó a beteggel és egy háztartásban, vagy egy ún. „szabadúszó-bázisban” dolgozik. Ennek feltétele a megfelelő szakmai képzettség.

A **második szint** a krónikus ellátások törvényi szabályozási keretét adja a 9 tartományban külön-külön. Ezek pl. a támogatásról, a magánháztartásokban történő ellátásról szóló törvények. A tartományokban lehetnek egyéb kiadott törvények is, melyek a krónikus ellátást biztosító szolgáltatókra – különösen az intézményi ellátásra – vonatkoznak. A mai napig csupán egy tartományban található egy átfogó törvény, amely a krónikus ellátásban működő minden típusú szolgáltatásra vonatkozik. Ezekben a jogi forrásokban nem mindig jelenik meg a minőségbiztosításhoz szükséges feltételrendszer szabályozottsága. A jogszabályok elsősorban a berendezésekre, az ellátó személyzet kompetenciájának meghatározására, készségeik fejlesztésére, valamint a folyamat megbízhatóságára vonatkoznak.

A **harmadik és a negyedik szinten** található a törvények értelmezéséről szóló folyamatleírások és irányelvek. Ezek minimumszabványok, melyek tartalmazzák az alkalmazottak jellemzőit (pl. a képesítési követelményeket, a lakók és alkalmazottak arányát), az infrastruktúrára vonatkozó szabályokat (pl. maximális lakásméret, legkisebb szoba mérete, egyéb szükséges létesítmények).

Összefoglalva tehát elmondható, hogy a krónikus ellátásra vonatkozóan az osztrák jogi szabályozás 4 szintű, melyek tartalmukban jelentős eltérést mutatnak tartományonként. A szabályozás jól dokumentált és könnyen hozzáférhető, azonban a minőség tekintetében korlátozottak az információhoz való hozzáférés lehetőségei. A jogi szabályozás a minőség dimenziói közül csupán a struktúra és a folyamat vizsgálatára vonatkozik, általános hosszú távú célok és eredmények kerülnek meghatározásra, mint pl. az emberi méltóság védelme, a képességek, mobilitás, önállóság fenntartása és javítása. (Trukeschitz, 2010)

Irodalomjegyzék

1. Boyne GA, Gould-Williams JS, Law J, Walker RM.: Best value – total quality management for local government? *Public Money and Management* 2002;22(3):9-16.
2. Büscher A.: Public reporting, expert standards and indicators – Different routes to improve the quality of German long-term care. *Eurohealth* 2010;16(2): 4-7.
3. Dangel B, Korporal J.: Approches to quality assurance within the framework of the LTC insurance. (In: *Quality in Nursing Care. Care of Dependent Older People in Institutional and Home-based Elderly Care.*) Stuttgart: Schattauer, 2002:35-63.
4. Department for Health. Making Policy Count: Developing Performance Indicators for Health and Social Care Partnerships. Position Paper Social Care. London: Department for Health, 2009.
5. European Union 7th framework. The interlinks project: Quality in long term care. <http://www.euro.centre.org/interlinks>
6. Finne-Soveri H, Hammar T, Noro A.: Measuring the quality of long-term institutional care in Finland. *Eurohealth* 2010;16(2):8-10.
7. Frijters DHN. Quality of care assessment in long-term care in the Netherlands. *Eurohealth* 2010;16(2):11-13.
8. Leone T.: Measuring the quality of long-term care: an introduction. *Eurohealth* 2010;16(2):1.
9. Malley J.: Measuring the quality of long-term care in England. *Eurohealth* 2010;16(2):21-24.
10. Trukeschitz B.: Safeguarding good quality in long-term care: the Austrian approach. *Eurohealth* 2010;16(2):17-20.
11. Valtonen H.: The Finnish welfare state meets the consumer society. *Eurohealth* 2008;48(14):12-13.
12. Zimmermann DR, Karon SL.: Developing and testing of nursing home quality indicators. *Health Care Financing Review* 1995;16:107-28.

FELHÍVÁS ELŐADÁS TARTÁSÁRA

Kedves Kollégák, Kolléganők!



**A MESZK Közösségi és Hospice Szakápolási Tagozata
Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Továbbképző Napja c. rendezvényét
2011. június 4-én (szombaton) tervezi megrendezni.**

A rendezvény helyszíne: Aesculap Akadémia
1115 Budapest, Halmi út 20-22.

A rendezvény témái:

- Munkahelyi egészségfejlesztés
- Idősödő munkavállalók
- Védőoltási tanácsadás a gyakorlatban
- Mindenkit érhet baleset!
- Én így csinálom...

Az előadások tervezett időtartama 15 perc. Elsősorban a fenti témákhoz kapcsolódó előadásokat várunk, de örömmel fogadunk más, a foglalkozás-egészségügyi szakterülethez kapcsolódó előadásokat is.

A tervezett előadás 200-300 szavas absztraktját legkésőbb **2011. március 28-ig** kérjük e-mailben elküldeni a meszk@meszk.hu e-mail címre. Az absztrakton fel kell tüntetni az előadás címét, a pályázó nevét, beosztását, munkahelyét és e-mail címét. Az előadások elfogadásáról a pályázók legkésőbb április 10-ig kapnak értesítést. Ezek után, várhatóan április végéig meghirdetjük a rendezvény részletes programját.

Szeretettel várjuk a lelkes előadókat!

Bemutatkozik a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete

Deák Gyuláné

Sztómaterápiás szakasszisztens, Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete

Magyarországon az elmúlt években mintegy 78000 új rosszindulatú daganat került felismerésre és közel 34000 a daganat miatt elhalt betegek száma évente. A férfiak és a nők körében együttesen – a tüdőrák előfordulása mögött – a kolorektális daganatok 8600 esettel a második helyet foglalják el. A végbél kiirtással és a záróizom megtartással végzett műtéti beavatkozások aránya rektum karcinomáknál országos adat szerint 38,5%-61,5%. Évente általában 1500-1600 sztómaképzéssel járó műtetet végeznek és körülbelül 13 ezren élnek sztómával. (Sebész Szakmai Kollégium)

A különböző okok miatt növekvő sztóma képző műtéten átesettek megfelelő ellátása megkövetelte az itthoni szakdolgozók szakmai elméleti és gyakorlati ismereteinek bővítését. Az 1980-ban Kaposváron alakult Magyar ILCO Szövetség is szorgalmazta a képzést. A társadalom szempontjából is fontos, hogy a sztómások ne szoruljanak a társadalom gondoskodására, önellátóak legyenek, ne legyenek kiszolgáltatottak. Egyre nagyobb figyelmet kell szentelni a sztómások rehabilitációjára. Ehhez azonban megfelelően képzett szakemberek szükségesek.

A különböző továbbképzések, képzések elvégzése alapokat adott a sztómaterápiában, melyek elvégzése a cégek támogatása nélkül nem valósulhatott volna meg. A sebészeti szakápolás speciális területét a megfigyelés, a tapasztalatok összegyűjtése, a problémák kreatív megoldása, a jó döntések előtti rossz döntések, a kitaposatlan ösvény göröngyös útján való egyensúly megtalálása, a néha „magad uram, ha szolgád nincs” jellemez-

te és jellemzi ma is. Ezek a saját tapasztalatok tudományos keretek között kerülnek átadásra.

Külföldi minta alapján 2000. június 14-én megalakult a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete (MASZNE, Association of Hungarian Enterostomal Therapists).

Az Egyesület azon egészségügyi szakdolgozók (ápolók) független szervezete, akik az egészségügyi és szociális ellátás területén tevékenykedve sztómaviseelőket ápolnak, gondoznak, illetve rehabilitálnak, munkájuk kapcsán krónikus sebek ellátásával, inkontinens betegek ápolásával és rehabilitációjával foglalkoznak.

Az Egyesület bírósági nyilvántartásba vett, közhasznú tevékenységet folytat. Az Egyesület tevékenységével kapcsolatban, tagjai érdekében érdekképviselőt lát el. A MASZNE létszáma a teljes jogú tagokból, pártoló tagokból és a tiszteletbeli tagokból áll. A pártoló tagságot a Vezetőség javaslatára a közgyűlés hagyja jóvá, a tiszteletbeli tag címet a Vezetőség javaslatára a Közgyűlés adományozza.

Az Egyesület jó kapcsolatban áll a Magyar Sebésztársaság Coloproctológiai Szekciójával és a Magyar Koloproktológus Társasággal, szorosan együttműködik a SEBINKO Szövetséggel és tagjai aktívan részt vesznek a Magyar Sebkezelő Társaság tudományos konferenciáin is. Számos alkalommal szakmai véleményt adott az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az Egészségügyi Minisztérium által szervezett gyógyászati segédeszköz ártárgyalások során.

Szervezetünk képviselteti magát a Sztómaterápiás Nővérek Világszövetségében is. A különböző hazai és nemzetközi konferenciákon evidencia alapú kutatások eredményeiről hangzanak el előadásaink.

A MASZNE a Magyarországon élő és tevékenykedő sztómaterápiával foglalkozó ápolók szakmai szervezete, amely úgy működik, hogy a magyar egészségügyi ellátó rendszerben egyelőre nincs meghatározott helye. Mindezek ellenére a MASZNE célkitűzései:

- ⇒ A sztómaviselők, inkontinensek életminőségének javítása.
- ⇒ Betegségmegelőzés, a lakosság egészségi állapotának megőrzése az egészséges -, illetve aktuális állapotnak megfelelő szokások kialakítása, illetve pozitív befolyásolás útján.
- ⇒ A sztómaviselők teljes rehabilitációjának elősegítése.
- ⇒ A sztómaterápiás munka és gyakorlat társadalmi szintű hasznosítása, ismeretterjesztés, többirányú és komplex hasznosítási stratégiák kidolgozása és megvalósítása az egészségtudományi eredményekre vonatkozóan.
- ⇒ A krónikus sebellátás fejlesztése.
- ⇒ A sztómaterápiás munka társadalmi megismertetése és elismertetése.
- ⇒ A sztómaterápia, mint szakma elismeretése.
- ⇒ A sztómaterápiás munka szakmai színvonalának emelése, kutatások, képzések, továbbképzések szervezése és támogatása ebben a körben.
- ⇒ Tagjaink szakmai ismereteinek elmélyítése, hazai és nemzetközi szakmai eredmények követése, egységes szakmai szemlélet kialakítása.

⇒ A sztómaterapeuták szakmai, etikai érdekeinek érvényesítése.

⇒ Országos szintű tanácsadó iroda létrehozása és működtetése, amely az egészségügyi alap- és szakellátásra támaszkodva a MASZNE által kidolgozott egységes protokollok alapján végzi tevékenységét, s minden rászorultnak, érdeklődőnek segítséget nyújt.

⇒ Együttműködés a sztómaviselőket, krónikus sebbel élőket, valamint az inkontinenseket érintő egyéb érdekképviselői szervezetekkel és szakmai társaságokkal és ennek kapcsán ezen betegségek megelőzésének és korszerű terápiájának szakmai támogatása és minél szélesebb körű megismertetése céljából.

⇒ Nemzetközi szakmai kapcsolatok kiépítése és ápolása.

Hazánkban jelenleg is a sztómaterápiában dolgozók a sztómaterápia, mint szakma elismertetésén, valamint a magyar sztómaterápiás ápolási gyakorlat szakmai elismeréséért küzdenek. A MASZNE tagok fontosnak tartják bemutatni, hogy képesek olyan színvonalú szakmai munkát végezni, mely nemcsak Magyarországon, de nemzetközi szinten is elismerhető. Hisszük azt, hogy munkánkat magas színvonalon és a lehető legjobb tudásunk szerint végezzük. Ez magában foglal minden tevékenységet, beleértve a klinikai kutatást, gazdálkodást, az oktatási és adminisztratív feladatokat. Arra törekszünk, hogy mindent, amit végzünk, kiválóan tegyük, ezáltal elősegítve hivatásunk előmenetelét.

Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete

Honlap: <http://sites.google.com/site/sztomanoverek/home>



FELHÍVÁS

Egészségügyi Szakdolgozók XLII. Országos Kongresszusa

2011 május 26-27.

Várgesztes, Villapark

A konferencia szervezői (Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza, Ápolási Igazgatósága, Tatabánya) lehetőséget kívánnak adni fontos és érdekes szakmai kérdések megvitatásához. A Kongresszus fő célkitűzése annak biztosítása, hogy a résztvevő szakdolgozók bemutatthassák saját eredményeiket és megismerhessék másokét, továbbá megoszthassák, megvitathassák egymással tapasztalataikat, véleményüket, valamint megoldási javaslataikat. Elsősorban az egészségügyi alapellátó, járó- és fekvőbeteg ellátó rendszerében foglalkoztatott szakdolgozók pályamunkáit várják, akik a meghirdetett témák iránt érdeklődve szeretnének részt venni a rendezvényen.

A Kongresszus témakörei:

Az egészségügy jelene:

- Válság, válságkezelés, konszolidáció a betegellátók szemszögéből
- Az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának javítása a jövőben
- Az egészségügyi dolgozók életpálya modellje MOST a JÖVŐNEK
- A szakképzés helyzete hazánkban
- A szabad munkaerő áramlás az európai egészségügyben
- Az ápolás művészete
- Az egészségügyi szakdolgozók motiválása
- Egészséges munkahelyi légkör biztosítása
- „Túl az anyagi ösztönzésen” milyen lehetőségek maradnak?
- Önismeret-önbecsülés jelentősége a minőségi betegellátásban
- Az ápolás menedzselése

Az egészségügyi ellátás színvonala szakdolgozói szemmel:

- Alapellátásban
- Járó beteg ellátásban
- Fekvőbeteg ellátásban
- Diagnosztikában
- Önkéntesek a betegágy mellett
- Sürgősségi ellátás fejlődése:
 - „Egy kapus” modell előnyei és hátrányai
 - A szakdolgozók szakmai kihívásai ügyeletben
 - A betegszállítás szépségei, nehézségei
- Az ápolási folyamat megvalósulása a személyre szóló ápolásban:
 - Az új műtéti technikák hatása az ápolási folyamatra
 - Diplomás ápolók helyzete, szerepe, kompetenciája
 - Iatrogen ártalmak, infekciókontroll, nosocomiális fertőzések, surveillance

- Ápoláskutatás, tudományos munka:
 - A bizonyítékokon alapuló ápolás kiválasztásának lehetőségei (spórolás, pazarlás)
- A minőségbiztosítás lehetőségei

Egészségmegőrzés, az egészség visszaállítása:

- Szűrővizsgálatok jelentősége, ösztönzési technikák
- Egészségnevelés, egészséges életmódra ösztönzés:
 - a betegeknél
 - az egészségügyi dolgozóknál
- A rehabilitáció lehetőségei, jelene és jövője
- Alternatív gyógyítási lehetőségek szükségessége, „ártalmassága”

A kongresszus résztvevői előadás tartására és poszter bemutatására egyaránt jelentkezhetnek. Az absztrakt elektronikus feltöltése és beküldésének határideje: **2011. március 20.** Részletes tájékoztatás a Kongresszus Szervező Bizottságától kérhető: e-mail: kongresszus2011@tatabanyakorhaz.hu



FELHÍVÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Közösségi és Hospice Szakápolás Tagozata

2011. március 5. (szombat) 10.00–14.30
kezdettel rendezi meg

Szakmai Napját

A továbbképzés helyszíne: **Aesculap Akadémia**

1115. Budapest, Halmi út 20-22.
(Megközelítés: 7-es busszal a Szent Imre Kórház megállóig)

Regisztrációs díj: Kamarai tagoknak: ingyenes, Nem tagoknak: 5.000.-Ft
A regisztrációs díjról átutalási számlát küldünk!

A jelentkezések beküldési határideje: 2011. március 1.

Beküldési cím: **Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,**
1450. Budapest, Pf.: 214.

Jelentkezési lap (letölthető formában) elérhető: www.meszk.hu honlapon



Kamarai e-továbbképzés eredmények, tapasztalatok

2008. október 1-én indult a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elektronikus online oldalának működése. Az elektronikus felület kizárólag kamara tagok számára érhető el. Ezen vizsgafelület minden vizsgázónak térítésmentes. 2010. december 31.-ig bezárólag összesen: 12 544 fő vizsgázott elektronikus weboldalunkon.

Megjelent a 18/2009. (V. 20.) EüM rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól szóló 28/1998. (VI. 17.) NM rendelet módosításáról 3.§ (1) g), mely alapján minősített és vizsgával záruló távoktatási programon történő részvétel, az elérhető pontok száma legalább 20, legfeljebb 40 pont lehet. Kamaránk az induló új ciklusokban már ezen minősítés szellemében tűzi ki programjait.

Egy kurzusban három továbbképzési anyag található, amelyek egyenként 20-40 továbbképzési pontot ér. A három továbbképzés sikeres elvégzésével összesen 60-120 továbbképzési pontra tehet szert, amely elegendő az 5 év alatt megszerzendő elméleti pont gyűjtéséhez.

Jelen ciklusban az alábbi három továbbképzés található: **Szemléletváltás az inkontinenciában** (33 pont), **Kis- és középvállalkozás ösztönzése** (32 pont), **Radiológiában alkalmazott kontrasztanyagok** (bírálat alatt)

Fejlesztés alatt álló további programjaink: Szülésznői tk., Természetgyógyászati tk., Fizioterápia-Gyógytorna tk., Sebkezelés; Szepszis; Alternatív lehetőségek az egészségügyben; A minimál invazív sebészet kihívásai a műtőszolgálat számára; Sürgősségi gyermekellátás; Diabetesek kezelése.

Itt szeretnénk felhívni a figyelmét, hogy a továbbképzési pontokat csak érvényes Kamarai tagsággal rendelkezők számára tudjuk igazolni! Amennyiben lejárt a kártya érvényessége, kérjük forduljon a Kamara Területi Szervezetéhez!

Várunk minden érdeklődőt továbbképzéseinken!
<http://www.meszk.etovabbkepzes.hu>

