

Dr. Blaskovich Erzsébet

Az EU-konform komplex idősgyógyászati modell hazai tapasztalatai

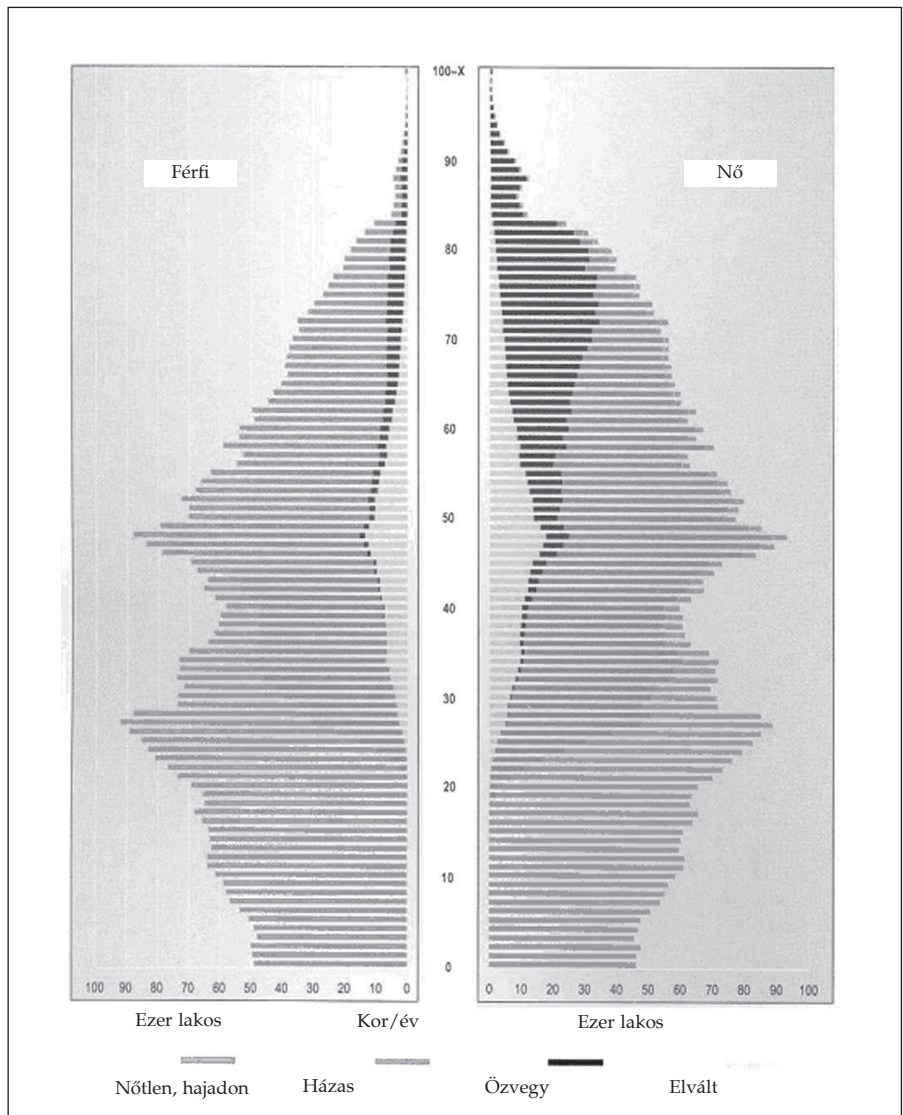
Összefoglalás

Az idős kor morfológiai és funkcionális elváltozásai az önállóság fokozatos elvesztését, végül teljes önellátási képtelenséget okozhatnak. Ez a problémakör egészségügyi, szociális, szervezési és finansziális kérdéseket egyaránt felvet. Az Európai Unió ajánlásainak figyelembe vételével a MÁV Kórházban 2003. július 1-jével elkezdődött egy modell-kísérlet, melynek lényege: a már meglévő kórházi illetve rendelőintézeti kapacitásra épülő, az uniós elvárásokhoz igazított komplex idősgyógyászati rendszer működtetése, mely a megelőzéstől a gyógykezelésen és rehabilitáción át az idősellátás minden területét felfoedi az élettartam és az életminőség javítása érdekében.

Bevezetés

A demográfiai változások (1. ábra²) hazánkban is a geriátriára irányítják a figyelmet, mivel az idősgyógyászat foglalkozik azokkal a szociál-egészségügyi kérdésekkel, melyek az idősök élettartamát és életminőségét döntően befolyásolják. Bár a szociálpolitika és az egészségügy a szubszidiaritás értelmében² minden ország saját feladatát képezi, az Unió ajánlásokat fogalmazott meg **komplex**

1. ábra



A népesség száma nem, életkor és családi állapot szerint, 2003. január 1.

Dr. Blaskovich Erzsébet
MÁV Kórház

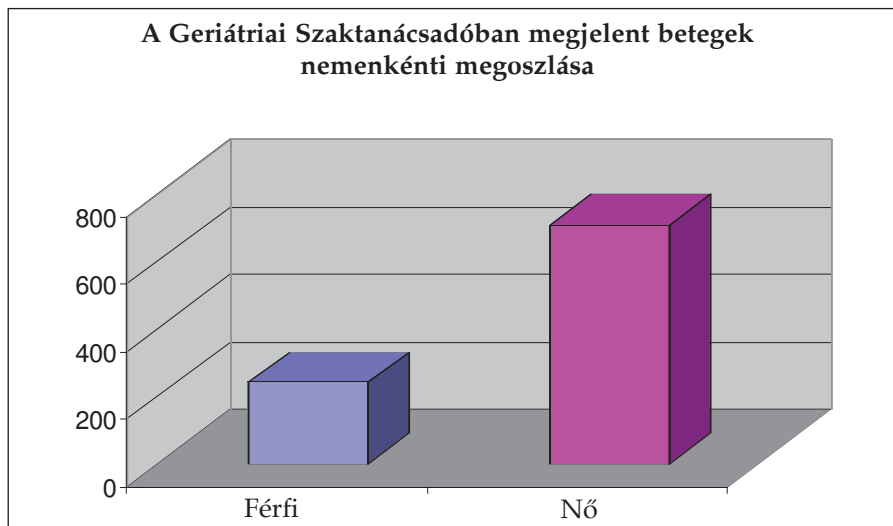
II. Krónikus Belgyógyászati Osztály és
Geronto-Kardiológiai Rehabilitáció
1062 Budapest, Podmaniczky u. 109-111.

1. táblázat

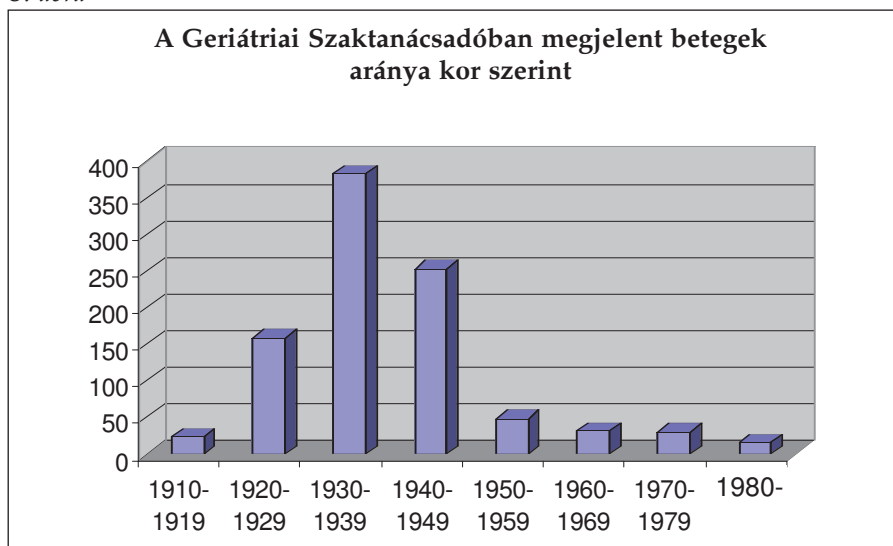
Az EU- tagállamoknak fel kell ismerniük, hogy az idősök ellátása és jóléte leginkább a geriátria fejlesztésével segíthető elő.
Az EU-n belül minden kórháznak rendelkeznie kell geriátriái részleggel, képzett geriáterrel és szakszeméllyzettel.
Európában minden orvosi egyetemnek geriátriái tanszékkal kell rendelkeznie a hatékony graduális és post-graduális képzés és kutatás elősegítésére.
A geriátriái képzést kötelezővé kell tenni az orvostanhallgatók, és preferálni kell a szakorvosok számára.

Idősgyógyászat az EU-ban¹

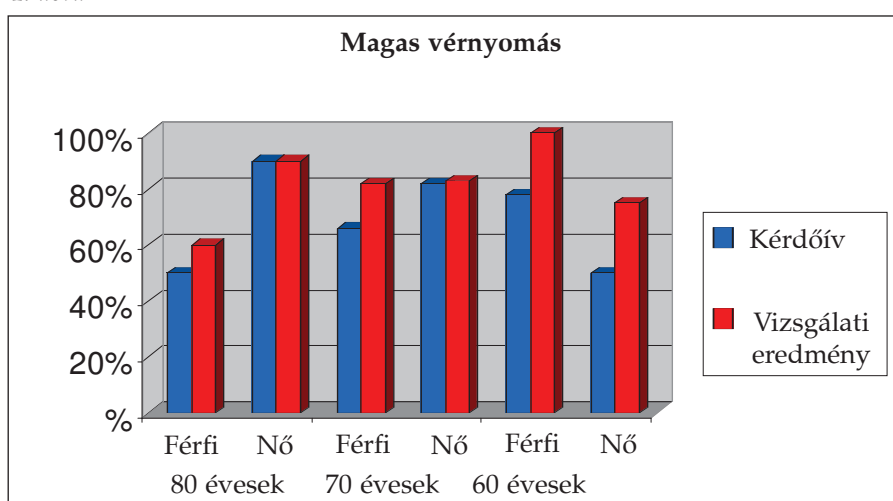
2. ábra



3. ábra



4. ábra



lex geriatríai ellátásra vonatkozóan mind a tagállamok, mind a csatlakozó országok számára. Ezek közül néhányat kiemelve (1. táblázat) láthatjuk, hogy határozott szándék van a geriatría

mint önálló orvostudományi szakterület fejlesztésére, és a komplex geriatríai ellátás kialakítására.

A Budapesti MÁV Kórházban – az

Idősgyógyi Tanács és az ESZCSM támogatásával – kidolgozásra került egy komplex geriatríai modell, mely felöleli a járóképes idős emberek állapotfelmérését, szakellátását, valamint a kórházi gyógykezelést az aktív beavatkozásoktól a krónikus ellátást igénylő rehabilitáción és ápolás-gondozáson át a terminális gero-thanatológiai⁴ módszerekig.

A komplex geriatría modellje (a betegellátás folyamata szerint)

1. Idősgyógyászati járóbeteg ellátás:

- **Geriatríai Szaktanácsadó:** Prevenciósi funkciót is ellátó nyitott rendelés, ahova a páciens beutaló nélkül, bármely egészségi problémával jelentkezhet. Az állapotfelmérés megtörténik, a továbbiakat ez dönti el.

- **Geriatríai Szakrendelés:** Belgyógyászati jellegű, geriatríai szakorvosi ellátás, mely a járóképes beteg emberekkel foglalkozik, szoros együttműködésben a szaktanácsadóval. (A szakrendelés hatékonyságához a MÁV Kórház és Rendelőintézet minden diagnosztikus és terápiás lehetősége biztosított).

- **Geronto-kardiológiai Szakambulancia:** Szív és érrendszeri megbetegedésben szenvedő járóképes idős emberek emelt szintű kardiológiai ellátása a primer prevenciótól a gyógykezelésen és rehabilitáción keresztül a szekunder prevencióig, a legmodernebb nemzetközi szakmai guidelineok alapján (különös tekintettel arra, hogy a kardiovaszkuláris betegcsoport a vezető morbiditási és mortalitási tényező idős korban is⁵).

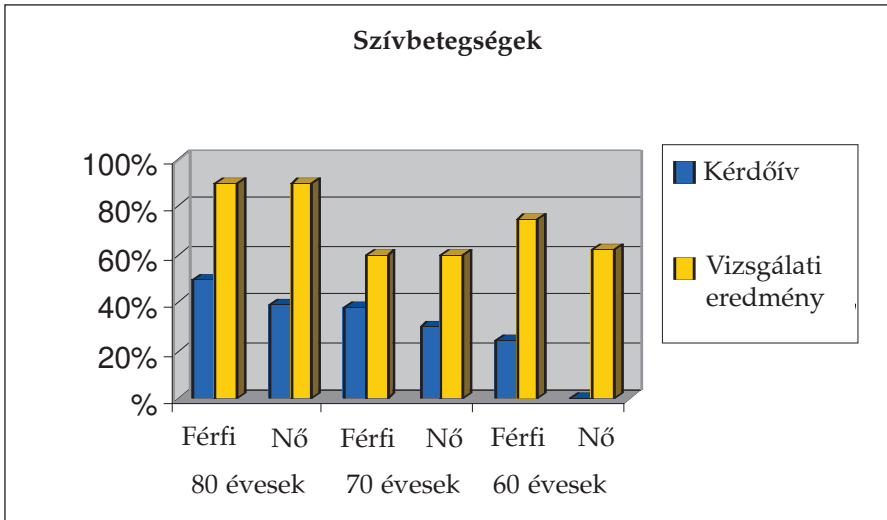
2. Nappali geriatríai kórház: kivizsgálás, gyógykezelés, rehabilitáció (Időseknél ehhez speciális feltételrendszer megléte szükséges: napi bejáráshoz megfelelő távolság, utazási, illetve szállítási feltételek, magas önellátási fok vagy éjszakai felügyelet otthon, stb.).

3. Idősgyógyászati fekvőbeteg ellátás:

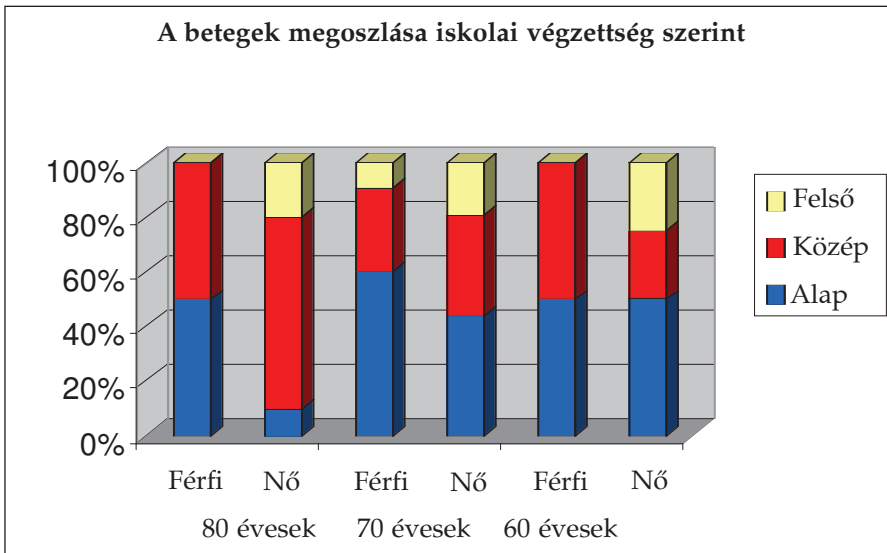
- **Geriatríai belgyógyászat** (aktív ágy: kivizsgálás, magas költségigényű kezelési protokollok, stb., szükség esetén továbbítás krónikus részlegre).

- **Krónikus geriatríai részleg** (krónikus ágy: tartós belgyógyászati gyógykezelés, komplex idősgyógy-

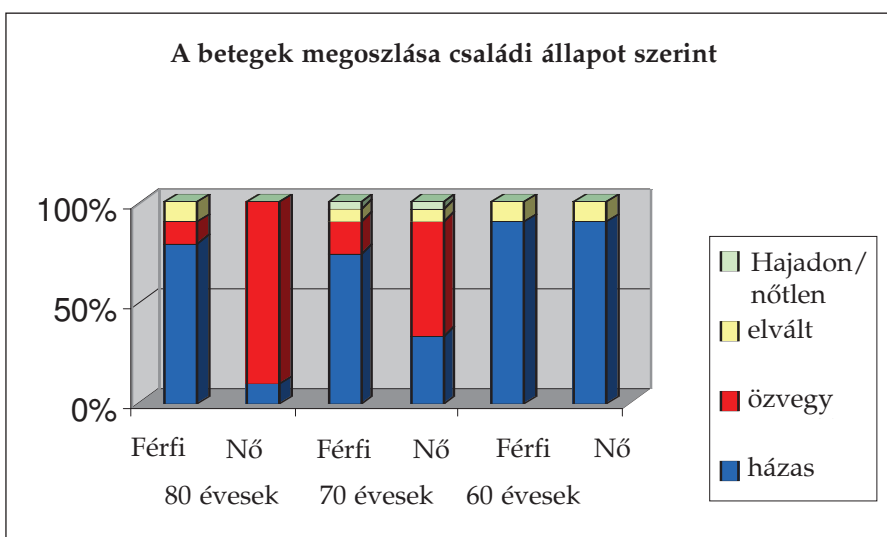
5. ábra



6. ábra



7. ábra



ászati rehabilitáció).

• **Geriatríai demencia részleg** (krónikus ág: Alzheimer, vaszkuláris, post-stroke és kevert demenciák

gyógykezelése, rehabilitáció).

4. Geriatríai Mobil Egység: (tagjai: geriáter szakorvos, szakápoló,

gyógytornász és szociális munkás).

- Más osztályon fekvő idős beteg gyógykezeléséhez konzíliumot,
- szükség esetén helyszíni ellátást,
- vagy egyéni independent living programhoz tanácsadást biztosít.

(Az independent living azt jelenti, hogy mindenkinek lehetősége van ahhoz, hogy olyan életmódot válasszon, amelyet szeretne. Az idősgyógyászat szempontjából ehhez megfelelő szociális környezet és kielégítő egészségi állapot szükséges, ez utóbbira irányul a komplex geriatríai rehabilitáció.)

5. Kapcsolat a szociális ellátási formákkal: folyamatos, a szociális munkatársak végzik (tanácsadás illetve ügyintézés segélyezésre, szociális intézeti elhelyezésre, gyógyászati segédeszköz beszerzésre vonatkozóan, stb.).

6. Képzés, továbbképzés: (népegészségügyi és szakellátási szinteken egyaránt).

- **Primer prevenciós** programok szervezése Népegészségügyi Akciók formájában (felvilágosító előadások, rekreációs programok, stb.).
- **Szekunder prevenció** a gondozott betegek *klubszerű foglalkoztatásával*.
- Az idős-egészségügyben dolgozó bármely szintű szakemberek **graduális és postgraduális** képzésébe való bekapcsolódás.

Ezen a modellen belül az Idős-gyógyászati Szaktanácsadónak mint új szolgáltatásnak és ellátási formának a kipróbálása történt 2003. július 1-től december 31-ig. Egy olyan szakrendelés került kialakításra, melyre beutaló nélkül, bármely időskori egészségügyi és az ehhez kapcsolódó szociál-egészségügyi kérdéssel fordulhatnak az idősödő és idős emberek. Ebben az ellátási formában a személyes tanácsadason (felvilágosítás, életmód-kérdések, stb.) túl idős-gyógyászati állapotfelmérés is történt, mely során feltáruló bármely szervi probléma orvosolhatóvá vált a már működő Geriatríai Szakrendelésen illetve Geronto-kardiológiai Szakambulancián át, a kórház teljes járó vagy fekvőbeteg rendszerét is – szükség szerint – igénybe véve. Az ugyanekkor feltáruló szociális problémák a gyakorlott szociális munkatársak hatáskörébe kerültek. (Első részeredm-

nyekről az Életöröm és életmód 2003 Konferencián³ számoltunk be.)

A rendszer kialakításának és működtetésének

• **szakmapolitikai alapja**, hogy az általános belgyógyászati szakrendelések és az aktív illetve krónikus belgyógyászati részlegek/osztályok működtetése geriátriai profillal történik. Modellezhető, hogy adott kórházi kapacitás hogyan tud a **geriátriai szakmai ismeret** birtokában a leghatékonyabban működni az elidősödött lakosság érdekében.

• **orvos-szakmai alapja** egy prevenciós szemlélet, mely az áthajlás korától (55–65 év) kezdődően állapotfelméréssel segíti az idősödő (65–75 év) és az idős (75 év felett) betegek szervezetében az elhasználódási folyamatok részeként jelentkező elváltozások és az egyidejű betegségek megállapítását, illetve a kétféle folyamat differenciálását. Ezzel megakadályozható, hogy a természetes öregezési folyamatok során lassan kialakuló funkciócsökkenés (pl. degeneratív mozgásszervi elváltozás) egy lapangva kezdődő és krónikussá váló betegség (pl. osteoporosis) miatt felgyorsuljon.

• **szervezési alapja** a *Geriatríai Szaktanácsadó*, (melynek feltétele egy geriáter szakorvos, egy szociális munkás és egy asszisztens együttes munkája) és a *Geriatríai Szakrendelés* (hagyományos szakorvosi ellátás geriátriai profillal) *kapcsolt működésének kialakítása*.

Módszer

A pácienseket meghatározott óraszám (heti 20 óra: 4 nap /5 óra rendelés), előre megszervezeten – Együttműködési Szerződés a Vasutas Nyugdíjas Klubok Országos Szövetségével – a MÁV-nyugdíjasok és családtagjaik köréből, az egész ország területéről fogadták. (A Média érdeklődésének köszönhetően egyéb spontán jelentkezés is volt, senkit nem utasítottak el.) Önkéntes jelentkezőkről kérdőívet töltöttek ki, mely a páciensek szociális és egészségi állapotáról bemondás szerint készült. A felmérésbe a tanácsadóban megjelentek kerültek, feltétel az önkéntesség és a „legkevesebb 300 személy bevonása” volt.

A betegeket a korábban már működő, de kapacitásában kihasználat-

lan geriátriai profilú Belgyógyászati Szakrendelésre irányították. A további betegirányítás a Szakrendelől keresztül történt.

Eredmények

2003. július 1-től december 31-ig a **tanácsadáson 947 megjelenést** regisztráltak, a **rendelői ellátás** során: **3157 beavatkozás** történt (orvosi vizsgálat, EKG, indokolt esetben ECHO, vér- és vizeletvizsgálat, gyógyszerfelírás). **Más szakrendelésre** irányítás **470 alkalommal** (RTG, osteoporosis szűrés, reumatológia, ortopédia, stb.), **kórházi felvétel 9 esetben** történt.

A 2. és 3. ábra a Szaktanácsadó Szakrendelésen megjelent betegek nemek és kor szerinti csoportosítását mutatja. Látható, hogy a nők aktivitása lényegesen magasabb, valamint, hogy a 80 éves korúak érdeklődése is jelentős.

A felmérés egyes részeredményei: (egyelőre 50 férfi és 50 nő kérdőíveit dolgoztuk fel, a teljes kiértékelés eredményeit az Orvosi Hetilapban közöljük).

I. típus felmérés: kérdőív és vizsgálati eredmény összehasonlítása a beteg által ismert betegségei (kérdőív) és az állapotfelmérés (szakorvosi vizsgálat) során megállapított betegségek összevetésével.

1: magas vérnyomás (4. ábra: oszlopdiagram korcsoportonként és nemeként az ismert és talált hipertóniás betegek számarányának feltüntetésével)

2: szívbetegségek (5. ábra: oszlopdiagram korcsoportonként és nemeként az ismert és talált szívbetegségek számarányának feltüntetésével)

Megállapítható, hogy mindkét betegségcsoportban a 60-as éveikben járók ismerete saját betegségükről a legrosszabb.

II. típusú felmérés: szociális tényezők kérdőív alapján

1: iskolai végzettség (6. ábra)
A diagramokból látható, hogy a vizsgálatra önként jelentkezők között a közepes és magasabb végzettségűek száma (60%) több, mint az alapfokon képzettké (40%), a nők képzettsége kifejezetten magasabb a férfiakénál (felső fokú végzettségi arány nő: 75%, ffi: 10%).

2: családi állapot (7. ábra)

Feltűnő, hogy a megjelent nők, különösen a 70–80 évesek zöme özvegy és egyedül is él, ugyanezen korú férfiakat azonban párkapcsolat jellemzi.

Következtetések:

A Modell első szakaszának részeredményei alapján megállapítható:

- a 60–80 éves korú lakosság kifejezetten érdeklődik a geriátriai ellátás iránt, és igényli ezt a komplex egészségügyi szolgáltatást;

- a betegek önismerete egészségi állapotukról nem megfelelő, a felvilágosító-előadásokra és a szűrő-programokra különösen az 50–60 éveseknek nagy szükségük van;

- az idős ember egészségi állapotát az őt körülvevő szociális tényezőkkel (anyagi helyzet, családi kapcsolatok, stb.) összefüggésben kell értékelni;

- szükséges, hogy az ESZCSM és az OEP hozzon a geriátriát, mint új szakterületet preferáló intézkedéseket (kevés a geriáter szakorvos, nem ösztönzi a kórházakat a jelenlegi finanszírozás eléggé geriátriai szakellátás megszervezésére, a komplex geriátriai rehabilitáció alapelvei nincsenek kidolgozva, stb.).

Befejezés

A komplex geriátriai ellátás új, szociális elemeket is tartalmazó egészségügyi szakterület, melynek helyét és szerepét a demográfiai változások iránya jelölte ki. Szükséges, hogy egységes rendszerben, egységes elvek alapján megfelelő szakmapolitikai háttérrel és szakmai vezetés segítségével országos gyakorlattá válhasson. Ehhez nyújt segítséget a MÁV Kórházi Modell.

Irodalomjegyzék:

1. Ageing and Health in Europe EUGMS 2002.08.02
2. Horváth Zoltán: *Kézikönyv az Európai Unióról*, Magyar Országgyűlés, 2001.
3. Dr. Blaskovich Erzsébet: *Az időskori rehabilitáció aktuális kérdései* Életöröm és életmód 2003 Konferencia – kiadványa 2004.
4. Dr. Blaskovich Erzsébet, Prof. Dr. Iván László: *Idős betegek és haldoklók ellátása... – gero-theratológiai szakkönyv*, Egészségügyi Minisztérium, 2002.
5. Dr. Paksy András: *Az időskorúak egészségi állapotának jellemzői*, Központi Statisztikai Hivatal, 2004.