

MAGYAR GERONTOLÓGIA

Szerkesztőbizottság:

Főszerkesztő: Dr. Semsei Imre, MTA doktor

Rovatvezetők:

Szociális gerontológia:	Prof. Iván László
Kísérletes gerontológia:	Prof. Székely Miklós
Geriátria:	Prof. Székács Béla
Oktatás:	Prof. Bakó Gyula
Gerontopszichológia:	Prof. Molnár Péter
Életmód:	Prof. Figler Mária
Prevenció:	Prof. Kiss István
Társadalomgerontológia:	Dr. Fábíán Gergely

Szerkesztőbizottság tagjai:

Dr. Vértes László, Budapest, a szerkesztőbizottság elnöke
Dr. Boga Bálint, Budapest
Csernáthné Kárándi Erzsébet, Hajdúböszörmény
Dr. Dobos László, Miskolc
Dr. Halmos Béla, Eger
Dr. Hazafi Klára, Pécs
Dr. Németh Károly, Verőce
Dr. Pék Győző, Debrecen
Dr. Patyán László, Nyíregyháza
Dr. Ruszwurm Andrea, Nagykanizsa
Dr. Szilagyi, S. Jean, Nyíregyháza
Dr. Telkes Zoltán, Visegrád
Dr. Tóth István, Miskolc
Dr. Zöllei Magdolna, Szeged

Kiadó: Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Nyíregyháza Sóstói u. 2-4.

Felelős kiadó: Dr. Semsei Imre, Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar, Gerontológiai Tudományos Koordinációs Központ

Megjelenés: negyedévente

On-line verzió:

ISSN: 2062-3690

Technikai adatok: A 'MAGYAR GERONTOLÓGIA' tagja a Debreceni Egyetem Egyetemi és Nemzeti Könyvtár saját fejlesztésű elektronikus folyóirat rendszerének.

(<http://magyargerontologia.lib.unideb.hu>)

Nyomtatott verzió:

ISSN: 2062-3682

Kiadó: Debreceni Egyetemi Kiadó, 4032 Debrecen, Egyetem tér 1.

Felelős Kiadó: Dr. Virágos Márta

MAGYAR GERONTOLÓGIA

TARTALOMJEGYZÉK 3. évfolyam 12. szám (2011)

	oldal
Szerkesztői levél (Dr. Semsei Imre)	1
AZ IDŐSÜGYI NEMZETI STRATÉGIÁRÓL	
Hangsúlyok az Idősügyi Nemzeti Stratégia cselekvési programjában <i>Dr. Semsei Imre</i>	3
Oktatási kérdések az Idősügyi Nemzeti Stratégia keretében <i>Dr. Zöllei Magdolna, Dr. Bakó Gyula, Dr. Semsei Imre</i>	14
Az egészséges, aktív öregedés gyakorlata az Idősügyi Nemzeti Stratégiában <i>Dr. Dobos László, Dr. Szalkai Iván</i>	23
Idősorvoslás hiánya az Idősügyi Nemzeti Stratégiában <i>dr. Székács Béla, dr. Kiss István, Regius Ottó, dr. Bakó Gyula</i>	34
Az Idősügyi Nemzeti Stratégia szociális vonatkozásairól. Szociális szolgáltatások és az ehhez kapcsolódó Stratégia Terv <i>Csernáthné Kárándi Erzsébet</i>	50
MELLÉKLET	
Idősügyi Nemzeti Stratégia	54
HÍREK	
Gerontológia a médiában	98
Megrendelés	100
Útmutató a szerzőknek	101
Angol tartalomjegyzék	105

IDŐSORVOSLÁS HIÁNYA AZ IDŐSÜGYI NEMZETI STRATÉGIÁBAN

dr. Székács Béla, dr. Kiss István, Regius Ottó, dr. Bakó Gyula

2008-2009 időszakban, kezdetben izgalmas lehetőség látszott kibontakozni az idősügyi szociális és egészségügyi stratégiák *integrált kimunkálására*. Az akkori koncepcionális tervező munkák igen sok szálon indultak el, sok friss elemmel és gondolattal. A politikai-gazdasági és az ezektől függő szakmapolitikai realitások végül az általánosságok szintjén mozgó koncepcióra szorították vissza a kezdetben igen ígéretesnek és nagy előrelépési lehetőségnek tűnő stratégia kimunkálását. A „puhított” stratégia végül kihagyta az idős populáció szekunder, kor specifikus medicinális védelmét összegezõ, alapvetõen az egészségügyi tárcát érintõ feladatok általános összevezését.

Részben talán azért, mert ez a feladat-együttes még általános megfogalmazás szintjén is óhatatlanul konkrétabb és végrehajtási dinamikájában is jobban definiálandó lépések számbavételét, világos szerkezeti elemeknek a meghagyását, vagy kicserélését, módosításait igényelte volna. Ezt pedig az akkori gazdasági-politikai helyzet végül is megbízható alap nélkül hagyta volna.

E szaklapunk hasábjain belül *historikusan* érdemes talán mégis betekinteni egy *akkori, MGGT szakemberekbõl álló „rész-munkacsoport”* (idősügyi tanács/szociális tárca felkérésére) *összetett szakmai ajánlásainak* az idősügyi medicinális *szekunder prevencióra* vonatkozó részeibe, *hogyan is láttuk annak idején a lehetséges előrelépéseket*. Talán azért is, mert vitaanyagként esetleg a Semmelweis Terv fő irányú akcióinak mellék-sodrában a jövőben újra elő lehet majd venni ezt a hosszú évek óta nyitva maradt, lebegtetett ellátási problémakört és modell-csomagot, amelynek Nyugat-Európában és tőlünk északabbra is már a gyakorlatba átültetett változatai viszonylag eredményesen működnek.

Szakmailag igen fontos ráadásként, a dolgozat utolsó részében bemutatjuk azt is, a főhatóságunk felé a megfelelő felkérésekre a szakmai-szakmapolitikai állásfoglalásainkat közvetítő szervezetünk milyenek látja az idõsek korspecifikus egészségügyi ellátási rendszerének lehetséges szerkezetét.

Részletek a korabeli munkaanyagból:

1. prioritás. Időskori betegeket ellátó egészségügyi rendszer fejlesztése (másodlagos prevenció)

Az idős és agykori betegeket a többszörös társbetegségek jellemzik, amelyeknek ellátása nem tudja teljes mértékben követni az egyes betegségekre kidolgozott diagnosztikus és módszertani irányelveket, a szakmai ajánlások egymással való jelentős ütközése miatt. Ezeknek az ajánlásoknak az adott idős betegre történő „egyénre szabott” alkalmazását a társbetegségek speciális összetétele, intenzitása és a beteg általános állapota szabja meg. Ezek integrálása speciális geriátriai, szakorvosi felkészültséget és tapasztalatot igényel, amit hatékonyan egészít ki a rendszerben működő szakápolók tevékenysége is.

A) Alapellátásban történő orvosi komplex szűrővizsgálatok (másodlagos prevenció)

A program egyik legfontosabb eleme a rendszeres háziorvosi vizsgálat legalább félévenként, vérnyomás, metabolikus laboratóriumi paraméter-együttes ellenőrzéssel. Az alapellátó szakember által is részben végrehajtható szűrésen túlmenően kiemelt szereppel bír az időskorúaknak az esetenkénti profilírozott szűrővizsgálatokon való részvétele (elsősorban az emlő-, méhnyak-, prosztatata-, vastagbél-tumor kiszűrése érdekében), valamint a minél szélesebb körű figyelemfelhívás az influenza és pneumococcus elleni védőoltások fontosságára. Az „egészséges idősödésbe” történő befektetés hozzájárul a munkaerő kínálathoz és csökkenti a korengedményes nyugállományba vonulás valószínűségét, egyben az egészségügyi problémák megelőzésében is fontos szerepet kap.

B) A fekvőbeteg szakellátás optimális szervezeti formája

Geriátriai kórházi centrum akut és readaptációs-rehabilitációs fekvőbeteg részleggel, geriátriai mobil egységgel, nappali kórházzal és szakambulanciával, amely

- amely egységes szakmai irányelvek alapján, rugalmas átmenetekkel komplex ellátást nyújt az idős, számos társbetegségben szenvedő betegek részére,
- amely társbetegségek jórészt idültek, különböző mértékben előrehaladottak, esetenként akut fellángolásokkal, vagy új heveny kórfolyamattal súlyosbítottak;

E szervezeti rendszer költség-hatékony, a beteg ellátásában rugalmas átmeneteket biztosít, anélkül, hogy akár az egyént, akár ellátórendszert indokolatlan terhelésnek tenné ki és ezen túlmenően a mobil konzultációs és intervenciós egység révén képes a beteg nyomon

követésére nem geriátriai profilú egységeknél és támogatja az alapellátást is. A 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet 2. számú melléklet által meghatározott, geriátriai osztályon végezhető tevékenységek felsorolását, valamint a geriátriai kódú fekvőbeteg osztály minimum feltételeit lásd a mellékletben.

Geriátriai akut osztály

Idős és különösen az igen idős multimorbid súlyosan elesett betegek esetében idült társbetegség fellángolásának, vagy társuló új heveny kórfolyamatnak hatékony leküzdése érdekében multidiszciplináris felkészültségű orvos csapat munkájára támaszkodó fekvőbeteg egység. Az osztályt geriáter-belgyógyász szakorvos vezeti, a munkatársak között a mentális kihívások gyakori társulása miatt geriátriai képesítéssel is rendelkező pszichiáter szakorvos jelenléte is kívánatos. Biztosítani kell neurológiai és reumatológiai szakorvos folyamatos elérhetőségét is az osztály működéséhez.

Geriátriai rehabilitációs-readaptációs osztály

Az osztály szakmai feladata az idős és több társbetegségben is szenvedő beteg akut kórtörténének terápiás visszazorítása után a hosszabb lábadozás, a normális napi élethez readaptáció biztosítása, az önellátás újra elérése, vagy annak megközelítése. Geriáter szakorvos vezeti az egységet, az osztály orvos csoportjában rehabilitációs szakorvos léte ugyancsak a minimális feltételrendszer része.

Gerontopszichiátriai részleg a rehabilitációs osztály elkülönített része, de a személyzet részben közös. Elsősorban a demencia különböző formáinak a leromlott általános állapot miatt fekvőbeteg háttért és elnyújtottabb megfigyelést igénylő vizsgálata, kezelése, hosszabb távú ellátása történik ezen az osztályon/részlegen.

Itt pszichiáter (pszichiátriai rehabilitációs kiegészítő képesítéssel is bíró) szakorvos a minimális követelményrendszer része, egyéb geriátriai szakmai profilt a párhuzamosan meglévő és a mentális státuszt is befolyásoló társbetegségek ellátásában a rehabilitációs osztály szakmai összetétele eleve biztosítja. A részleg biztosítja az akut osztályon megkezdett, vagy módosított, többnyire kumulatív jellegű gyógyszeres beavatkozások hatásainak kontrollált bevárását, és a gyógyszer adagok szükséges finomabb titrálását a beteg (pszichiátriai) gondozóotthonba, vagy otthonába való kibocsáthatóságának eléréséig.

Geriátriai szakambulancia --geriátriai szakrendelés (kórházon kívül)

Az alapellátás orvosainak, valamint a nem geriátriai profilú fekvőbeteg egységeknek ad szakmai segítséget, véleményt-javaslatot

- az idős beteg multimorbid státuszának, teljesítőképességének és személyfüggő életmódbeli lehetőségeinek megítélésében,
- a váltakozóan felerősödő idült társbetegségek gyakran egymásnak ellentmondó terápiás irányelveinek a beteg általános állapotának és funkcionális teljesítőképességének, együttműködési képességének és készségének megfelelő optimális integrálására.

Nappali geriátriai betegellátó egység

Geriátriai fekvőbeteg egységhez csatlakozva readaptációs-rehabilitációs célkitűzésű, szakmailag programozott ellátást biztosít az otthonukból naponta beszállított idős betegek számára. Elsősorban rehabilitációs feladatot lát el, sokszor a fekvőbeteg részleg elhagyása után az ott megkezdett kezelés folytatásaként, az ottani teljes gyógyító kapacitásra támaszkodva. Ugyanakkor megnyújtott észlelést igénylő diagnosztikus feladatok elvégzését is biztosítja.

Geriátriai mobil konzultációs és intervenciós egység („geriátriai mobil team”)

Kórházon belül nem geriátriai profilú osztályon fekvő idős, súlyosan elesett multimorbid betegek esetében diagnosztikus-terápiás tanácsadás, sajátos beavatkozások megtervezésének segítése az idős szervezet komplex működőképességének, az egyén (részleges) önellátásának fenntartására, javítására. Ugyanilyen szolgáltatásokkal a területi idős betegek ellátásának segítése, illetve az idősotthonokban folyó ellátás minőségbiztosításában regionális geriátriai szakfőorvosi irányelvek alapján ciklikusan segítő-ellenőrző részvétel.

Ez az egység végzi konzultációs kérés esetén az alapellátás részére is az idős beteg teljes értékű állapotfelmérését (GU geriatric assesment), az önellátó képesség fokának megállapításán túlmenően törekszik az állapot-romlás okainak kiderítésére, és feladata a javítás irányának, módjainak meghatározása.

Krónikus és ápolási (nem életkor-specifikus) részlegek

Ezekben az egységekben (krónikus: orvos ellátás folyamatos — ápolási osztály: sz.e. orvosi vizsgálat elérhető) az ellátott betegek számában az idősellátás meghatározó arányú, de a betegek állapotromlása már súlyosan előrehaladott, önellátó képességének teljes elvesztése

definitív, így csupán a kritikus hanyatlás fékezése a **nem életkor-specifikus betegellátás** célkitűzése. A mobil konzultációs és intervenciós egység a regionális szakmai vezetés irányelvei alapján ciklikusan segítheti az itt folyó ápolási munka eredményességét. Az itt folyó tevékenység meghatározása és e tekintetben az egészségügyi, illetve szociális tárca munkamegosztása az „Ápolás” fejezet alatt részletezett.

2. prioritás Időskorúak ápolásának fejlesztése a szociális és egészségügyi rendszer kereteiben

A népesség idősödésével az ápolási feladatok exponenciális növekedésére lehet számítani. A napi elemi tevékenységeikben korlátozott személyek várható nagy száma miatt a gondoskodás megszervezése egyre inkább társadalmi problémává válik. Az önellátási képesség gyengülésének, elvesztésének esetére való egyéni és társadalmi felkészülés komplex intézményrendszer kiépítésével oldható meg. Ugyanakkor a **növekvő ápolási feladattömeg nem látható el megfelelően a korábbi struktúrában**, hiszen az egészségügyet nagymértékben terhelték medikalizált szociális problémák, az egészségügyi és a szociális ellátórendszer ápolási–gondozási tevékenysége között sok értelmetlen párhuzamosság van, kommunikáció és koordináció hiány jellemzi a kapcsolatot.

A két ágazat ápolási tevékenységének ágazati logikába ágyazottsága **olyan mértékű eltéréseket** idéz elő a lényegét tekintve hasonló funkciók között, hogy a hosszabb távon megnyugtató (fenntartható finanszírozást ígérő) önállóan elkülönült konkrét „biztosítási” (előtakarékosági) konstrukciók mérlegelése, kidolgozása előtt **először a rendszerek összehasonlíthatóan átláthatóvá tételének az előfeltételeit kell megteremteni**. Az EU-s pályázatokkal meg fognak jelenni olyan komplex profilú intézmények, amelyek vegyes finanszírozást igényelnek. Ezek működésének elindulásához közös minimum feltételekre, összehangolt kritériumokra és ellenőrzési rendszerre van szükség, amelyeket addigra ki kell dolgoznunk. Ennek keretében rendezni kell az egészségügyi szolgáltatást elrendelők jogállását, jelentési kötelezettségét, szakmai felügyeleti rendszerét. Koordinálttá kell tenni térségi szinten a betegutakat és az intézményfejlesztést. Átjárhatóvá kell tenni a hasonló tevékenységet végzők mozgását az eltérő szervezetek között.

Mind az egészségügyben nyújtott ápolás-gondozás, mind a szociális gondozás egy más-más szerveződési módban, eltérő szakmai és szervezeti hierarchiában, az ágazat tágabb feladatához illeszkedő logikával működő szegmens, amely ugyan tartalmaz tartalmilag nagyon közeli elemeket, az eltérő ágazati logika miatt azonban nem kapcsolódik egymáshoz. Az egészségügyben ápolási feladatok ellátását végzi az alapellátásban a körzeti - közösségi ápoló, az otthoni szakápolási szolgáltatásban dolgozó szakápoló, (hozzá kapcsolódóan a hospice szakápoló), és a fekvőbeteg ellátás valamennyi szakterületéhez kapcsolódik ápolási feladat is. A szociális területen megjelenő ápolás/gondozás is alapellátási és szakellátási szintre tagolódik, de más metszetben kötődik a beteg otthonához, illetve a bennlakásos intézményben fekvésének tényéhez. A feladatot mind a két területen tovább bonyolítja, hogy eltérő súlyosságú betegségek húzódnak meg a beteg problémája mögött, eltérő lehet a funkcióvesztés mértéke, továbbá más az a segítő/támogató családi közeg, amibe a beteg illeszkedik, vagy éppen, ami hiányzik az otthonában történő ellátáshoz. Eltérő anyagi feltételek állhatnak rendelkezésére a támogató tárgyi környezet kialakítására, eszközök, szolgáltatások vásárlására.

A két rendszer összefoglaló összehasonlítását az alábbi táblázat tartalmazza:

Mutatók	Egészségügyi	Szociális
Kapacitásbővülés	31%	15,4%
Finanszírozás növekedés	72,9%	11,2%
Kiadások növekedése	21,9%	26,7%
	Egy ápolási nap központi támogatása 16 százalékponttal növekedett (inflációt meghaladó mértékben)	1 napra eső ellátási költség átl. 40%-al kisebb ráfordítást igényelt Egy gondozási nap központi támogatása 11 százalékponttal csökkent
	Szakápolás 30% alapápolás 70%	- Szakápolás 40% - alapápolás 60%

A két terület fejlesztésének lehetséges irányai

- A szociális ellátással közösen rögzíteni az egészségügyi és szociális intézményekben folyó ápolás, gondozás szakmai tartalmának elhatárolását, összehangolni a minimumfeltételeket az azonos tevékenységek végzéséhez, kialakítani a működési engedélyezési eljárás és az ápolási szakfelügyelet egyértelmű rendjét.

- Elkészíteni a két ágazat együttes ápolási kapacitásának térképét és azt alkalmazni a szociális és egészségügyi fejlesztésekkel, kapacitásbefogadásokkal kapcsolatos követelmények kialakításánál. A kidolgozott kritériumokat érvényesíteni kell az ÚMFT pályázatok kiírásánál, értékelésénél.
- Modell kísérletek indítása az ápolási szolgáltatást egyaránt nyújtó szociális és egészségügyi intézmények működési feltételeinek, vegyes finanszírozásának lehetőségének kidolgozásához.
- Elindítani a szociális otthoni ellátásban részesülők egészségügyi ellátásának rendszeres monitorozását, az ápolásra szorulóknak súlyossági fokozatba sorolását, e kör statisztikai felmérését és monitorizálását.
- A fent megfogalmazott feladatok során a szociális szolgáltatások rendszerének újragondolása és szakmailag megalapozott új szolgáltatási koncepció kidolgozása.
- Ápolási-gondozási szükséglet fogalomrendszerének és eljárásrendjének áttekintése a tapasztalatok alapján.
- a Regionális Egészségügyi Tanácsoknak és a Regionális Fejlesztési Tanácsoknak nagyobb hangsúlyt kapjon az idősellátás az egészségügyi és szociális ellátások térségi tervezése és összehangolása terén.
- A fejlesztési programokban (az Új Magyarország Fejlesztési Tervhez kapcsolódóan) fontos a geriátria és az ápolási ellátás, a komplex feladatot vállaló vegyes profilú intézmények fejlesztésének támogatása.

A mentálisan hanyatló idősök ellátása

Gondozási szempontból azt is fel kell ismernünk, hogy a szokásos ápolási-gondozási megközelítéstől alapvetően eltérő feladatot jelent. Tekintsük át, milyen szempontok vetődnek fel:

- A demencia egy progresszív leépülési folyamat mentén a leépülés különböző fázisaiban eltérő ellátási feladatokat követel meg és egy korszerű demens ellátást csak egy olyan széles spektrumú, átfogó keretben lehet megvalósítani, amely végig kíséri az ellátási igények változásmozgását.
- A demenciával foglalkozás multidiszciplináris megközelítést kíván, amely négy alappilléren nyugszik: a korszerű diagnosztika és terápiás lehetőségek alkalmazásán, egy átalakuló gondozási kultúrán, a készségmegőrző, készségmegerősítő programok alkalmazásán, valamint a pszichoszociális szolgáltatások és támogató hátterek biztosításán. Az ellátás valamennyi eleme egyaránt fontos.

- A demencia nem csak az érintett beteg nehézsége hanem, a gondozó hozzátartozóé is és a hozzátartozóknak nyújtott támogatás az ellátás szerves része.
- A demens gondozás személyi és tárgyi feltételrendszere speciális, eltér a megszokott gondozási keretektől – a demenciával foglalkozás igényes és költséges minőségi ellátást követel meg.

Az ellátás lényeges elemei

- *Korai felismerést szolgáló diagnosztikai hátterek* (a nemzetközi gyakorlathoz illeszkedő és a hazai szakmai kollégiumok által is elfogadott kivizsgálási protokollok alkalmazása az időskori demenciák kivizsgálása során a szükséges kapacitások, és diagnosztikai eszközháttér biztosításával)
- *A demencia centrumok fejlesztése* valódi gondozás, tanácsadás és a gyógyszeres terápia lehetőségei elérhetőségével
- *A gondozó családtagok támogatása* (pszichoedukációs programok, hozzátartozói támogató csoport, a gondozó hozzátartozónak nyújtott kedvezmények – munkaidő kedvezmény, kiegészítő anyagi támogatás, tehermentesítő támogató szolgálat, érdekképviselet, önszerveződések létrejöttének facilitálása)
- *Kiterjesztett házi segítségnyújtást biztosító közösségi gondozás* (a korábban már vázolt több forrású közösségi gondozási modell alkalmazása a középsúlyos demenciában szenvedő családban megtartását segítve)
- *Speciális nappali ellátás szállító szolgálattal* (az idősek klubjához hasonló nappali intézmény megerősített stábbal komplex programmal – készség megerősítő csoportprogramok, kreatív foglalkozás, zene és mozgásterápia, aktivitási és közösségi programok)
- *Támogató szolgálat* a gondozó családtagok gondozási kapacitásának átmeneti kiváltására
- *Terminális állapotú demens otthon gondozásának támogatás mobil hospice team segítségével* (hospice nővér és szociális munkás, akik a praktikus gondozási tanácsadáson túl foglalkoznak az anticipált gyász és veszteség élmények feldolgozásával is). Az otthoni szakápolói szolgálatok nyújtanak hospice ellátást.

A demenciában szenvedők bentlakásos otthoni ellátása

A bentlakásos otthonok egyre inkább szembesülnek azzal, hogy az intézményben növekvő arányban jelenlévő demensek számára adekvát ellátási keretek között a szokványos

gondozási feladatoktól eltérő ellátást kell biztosítani. Ez csak olyan gondozási egységben valósítható meg, amely messzemenően képes figyelembe venni a demenciában szenvedők speciális szükségleteit, és nehézségeit. Az időnként fellángoló viták a „demens részleg” létrehozásának szükségessége körül gyakran azon a félreértésen alapulnak, hogy egy ilyen részleg létrehozásának fő oka a demens biztonságos őrzése. Valójában ennek a gondozási egységnek létjogosultságát az a célzott szakmai program igazolja, amely optimális gondozási környezet kialakítására törekszik egy sokszínű személyközpontú ellátásban.

Ennek megvalósítása csak igényes feltételrendszerben képzelhető el – ennek elemei:

- kis létszámú (20-25 fős) gondozási egység
- adekvát gondozói kapacitás (gondozó-gondozott arány 1: 5, 1-2 kisegítő gondozó)
- képzett multidiszciplináris team (mentálhigiénés munkatárs, készségfejlesztési feladatokat ellátó pszichopedagógus, részidős pszichiáter, mozgásterapeuta)
- az ápolási otthonokban geriáter szakorvos és geriátriai szakápoló szükséges (lásd a minőségbiztosítás az idősellátásban című prioritásban)
- adekvát intézményi környezet (földszinti pavilonos elrendezés biztonsági kerttel, „védett szabadságot” biztosító mozgásterekkel, átlátható belső struktúra megfelelő kiszolgáló helységek, a demens kognitív deficitjeit figyelembe vevő belső elrendezés, stabilitás és védettség)
- a stábok stabilitása, terhelésük figyelemmel kísérése, megerősítésük, támogató hátterek fokozott jelentősége
- szakmai továbbképzések, innováció, a stáb motivációjának fenntartása
- differenciált szakmai program

A bentlakásos intézményen belül is meg kell jelennie annak a törekvésnek, hogy az ellátás adekvátan illeszkedjen a demens állapotához és szükségleteihez. Sokszor tapasztalható az, hogy a demens részleg létrehozásával a markáns, legalább középsúlyos demenciát tükröző leépülésre koncentrálnak, miközben figyelmünket elkerülik az otthonban már hosszabb ideje élő lakók állapotváltozásai – különös tekintettel az induló, enyhe mentális romlás folyamatára.

Ebből a szempontból igen fontos az intézményi programokba beépülő mentálhigiénés preventív tevékenység, és a romlás korai fázisában alkalmazott skillfejlesztő és szocioterápiás programok. Ezek csak akkor valósíthatók meg, ha jól képzett mentálhigiénés stáb van jelen az intézményben.

3. prioritás. A minőségbiztosítás fejlesztése az idősellátásban

Az általános minőségbiztosítás elemei az időkori ellátásban is érvényesek:

- Szakmai irányelvek- protokollok-módszertani levelek
- Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES)
- Módszertani segédanyagok
- Minőségmenedzsment
- Betegbiztonság
- Indikátorok
- Országos betegelégedettségi vizsgálatok
- Élelmiszerbiztonság

Kiemelendő kiegészítő kritériumok az idős, többnyire több társbetegségben is szenvedő betegeket ellátó egységek minőségbiztosítására

Az idősellátás jelenlegi eleve hiányos rendszere miatt és a meglévő ellátó szervezeti elemeknél is felhalmozódott ellentmondásokra, hiányosságokra való tekintettel a betegellátók adekvát szakmai képzettsége kiemelt jelentőségű a felállítandó ellátó egységek szakmai hatékonyságának biztosításában és az eddig is működő egységek szakmai hiányosságainak felszámolásában.

Az egészségügyi tárca által felügyelt felállítandó megyei-regionális geriátriai centrumok, és egységeik, a geriátriai akut osztály, a geriátriai rehabilitációs osztály az eddigi ÁNTSZ kód alapján is minimálisan 2 geriátriai szakképzettségű orvossal kell, hogy működjön; az osztály vezetését a beteganyag jellege alapján geriátria és belgyógyász geriáter szakorvosnak kell végeznie. A második geriáter szakorvostól (türelmi átvezető időszakkal) pszichiátriai szakorvosi képzettséget célszerű második szakvizsgaként megkövetelni. A geriátriai rehabilitációs osztályon természetesen szükséges a rehabilitációs szakorvosi képesítéssel bíró szakorvos jelenléte is, optimálisan kettős szakvizsgával (rehabilitációs pszichiátria szakképesítés, vagy rehabilitációs reumatológiai szakképesítés). A geriátria szakambulancia és szakrendelésben kritérium a geriáter szakorvosi végzettség. A geriátria mobil team-ben az eddigi koncepciók alapján egy geriáter belgyógyász kettős szakorvosi képesítésű, valamint geriáter pszichiáter és egy főiskolai végzettségű, geriátria kiegészítő képzettséggel is bíró szakápoló részvétele látszik optimálisnak.

Mind az egészségügyi, mind a szociális és munkaügyi tárca alá tartozó ápolási egységekben az ápolási igazgatóknak mindenképpen geriátriai szakápoló képesítéssel kell rendelkezniük. Azt, hogy 50, vagy 100 betegre nézve pontosan hány további geriátria szakápolói címmel rendelkező betegellátó ápoló szükséges, további egyeztetések tárgya, minimumként 50 betegre 1 ilyen szakápoló személye feltétlenül szükségesnek látszik. Egyelőre vitatható, hogy a szociális tárca alá tartozó intézményekben ugyanezen minőségbiztosítási személyi kritériumok érvényesüljenek, vagy más arányok lesznek a helyesek. Ezt akkor lehet eldönteni, ha egyeztetésekkel sikerül definiálni a kétfajta ápolási rendben a szakápolás/alapápolási arányokat, amelyek már a rugalmas idős betegáramlás indikációit is megalapozzák majd.

Az ápolási osztályokon a geriátria szakorvosi segítséget adhat a geriátria centrumból rendszeresen a „terepre” is kiszálló geriátria mobil team. Kellő hosszúságú átvezető idővel szükségesnek látszik, hogy valamennyi 50 főnél nagyobb számú idős beteget ellátó ápolási otthonban az orvosi vizsgálatot csak geriátria szakorvosi képesítéssel is rendelkező szakorvos biztosíthassa.

Az idősellátó szakmai egységek valóban hatékony minőségbiztosításának kialakításához területi, regionális felügyeleti rend meghatározása szükséges. Személyi biztosítékának a regionális geriáter szakfőorvosi tisztség és feladatkör létrehozása látszik.

4. prioritás Geriátriai szakember képzés fejlesztése

A geriátria az évtizedek folyamán egyre jelentősebb orvosi szakággá vált. A fogalom az 1940-es években Angliában született; az idősök orvoslásának fogalma a geriátria. A geriátria kor specifikus, horizontális, interdiszciplináris orvosi szak, a szerv-specifikus orvoslással ellentétben az egyén globális megközelítésére épül. Az Európai Szakorvosi Unió (UEMS) külön szakként jegyzi annak ellenére, hogy az Európai Unió tagországaiban általában nem alapszakma (ráépített).

Hazánkban 1999-ben kidolgozásra került a „Geriátriai Curriculum”, úgy graduális mint posztgraduális szinten, melyet 2000-től oktatnak az orvosi egyetemeken, a SE-n kötelező szigorló kurzus keretében. A legutóbbi jogszabály-változások eltörölték a ráépített

szakképzés lehetőségét, ami akadályozza a hiányszakmának számító geriáter szakorvosok képzését. A jelenlegi kedvezőtlen helyzet megszüntetése érdekében a geriáter szakemberképzés átalakítása és fejlesztése szükséges.

A szakemberképzés fejlesztésének elemei

- A graduális orvostudományi egyetemen, ill. centrumban a geriátriai oktatás első lépésben egy szemeszter legyen, kötelező szigorlattal az eddigi divergáló gyakorlathoz képest.
- A szakorvosképzésben a rezidens rendszer mellett a már meglévő szakvizsgára (belgyógyászat, háziorvos, pszichiátria, neurológia, reumatológia) ráépíthető szakvizsga lehetőség megalapozatlanul felfüggesztett lehetőségének újra indítása.
- A geriátria szakorvosképzésben a geriátria már a belgyógyászati dominanciájú törzsképzésben is szerepeljen geriátriai belgyógyászati gyakorlat néven, a speciális képzési időszakban a geriátriai osztályos gyakorlat 1 évre növelendő.
- Fokozott figyelem fordítása a geriátriai szakápoló képzésre és átgondolt "piacteremtés" a magasabb képzettségű ápolók elhelyezkedésére. Az egészségügyi főiskolai karokon a geriátria tantárgyának sokkal súlyozottabb, nagyobb volumenű és elmélyültebb oktatása.
- 2007-ben Magyarországon elsőként Nyíregyházán, a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán akkreditáltatták az „Egészségügyi Szociális Munka” elnevezésű mesterképzést. A képzés fontosságának elismerése mellett szükséges, hogy további egyetemek is előkészüljenek az alkalmazott gerontológiai mesterképzés akkreditálására.

Mit tartalmaz 2011-ben a szakma képviselőinek rendszerszintű javaslata a geriátriai ellátásra?

A geriátriai és krónikus ellátás komplex terve

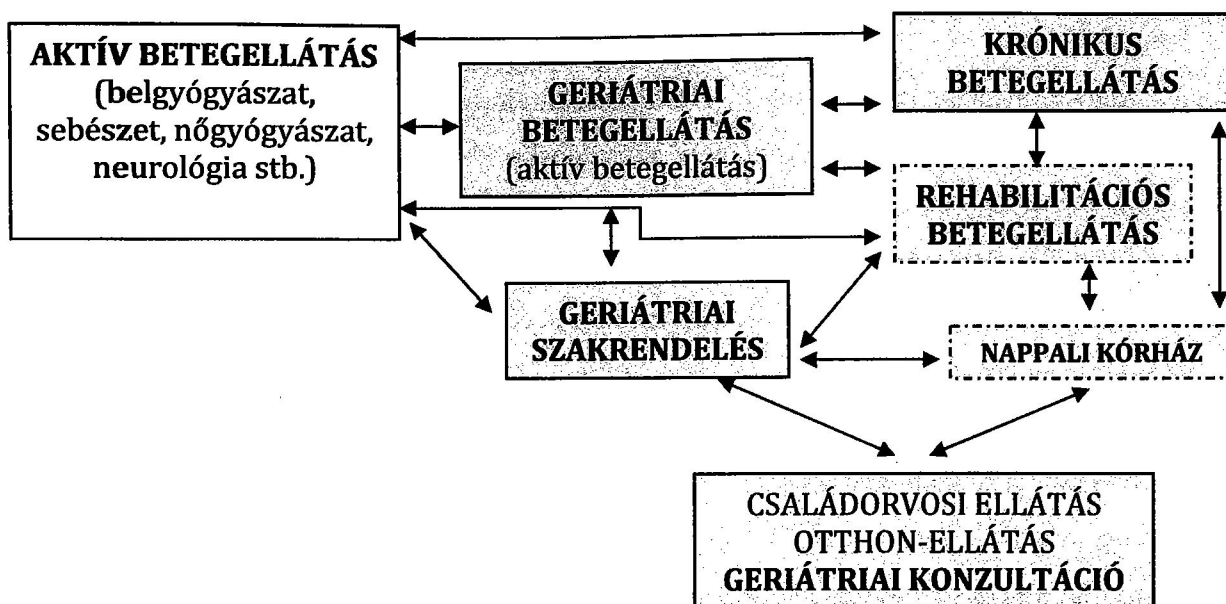
A Geriátriai és krónikus ellátás Szakmai Kollégiumi Tanácsának és Tagozatának javaslata

Magyarországon aktív geriátriai ellátás-rendszer nincs, aktív geriátriai osztály alig van, ennek megfelelően a térségi rendszer keretén belül, de minden vezető megyei intézményben is létre kell hozni. A hiány egy része azért van, mert a finanszírozási szerződésekben nem történt nevesítés az aktív geriátriára vonatkozóan, más részről nincs elégséges számban a korábbi minimumfeltételben megfogalmazott geriáter szakorvos. A szakorvos hiánya nélkül a kórházak természetesen nem üzemeltetnek osztály, nem létező osztályra pedig nem lehet életpályát építeni/ígérni ezért nem megy senki geriáternek. Kétségtelen tény, hogy az oktatási rendszer sem támogatta/támogatja a perifériára szorult geriáter szakember képzést, mivel (uniós harmonizációként) a ráépített képzés megszűnt. Rendkívül hátrányos az a helyzet, hogy számos egészségügyi intézmény nem ismerte fel azt a szükségletet, illetőleg azt a fajta megoldást, amely az aktív ellátás (belgyógyászat, sebészet, nőgyógyászat, neurológia stb.) – aktív geriáttria – krónikus ellátás folyamatát, egymáshoz kapcsolódását és teljes átjárhatóságát jelenti (1. ábra). Nincs geriátriai szakrendelés, nincs geriátriai nappali kórház rendszer, előfordulásuk, működtetésük esetleges. Nincs geriátriai (mobil, térségi-területi) konzulensi rendszer.

Krónikus ellátás sok hely, sokféleképpen van jelen, de számos intézményben a hiányzó geriáttria feladatait is át akarja/kénytelen átvenni, ami a jelen rendszer számára értelmezhetetlen „aktív” krónikus ellátást eredményez.

A rehabilitáció szakma specifikus elsősorban (neurológiai, pszichiátriai, kardiológiai, mozgásszervi stb.), általános rehabilitáció nincs és valószínűleg nem is lesz. Ezért az alrendszerhez az éppen meglévő rehabilitáció kapcsolható, a rendszer szintjén nem szervezhető.

1. ábra



A Geriátriai és krónikus ellátás Szakmai Kollégiumi Tanácsának (GKSZK_TAN) és Tagozatának (GKSZK_TAG) javaslata rendszerbe foglalja a jelen helyzetet és a jövőbeli kívánt ellátást, illetve illeszteni próbálja a jelenlegi létező lehetőségeket és a szükséges változtatásokat.

Jelenleg kitűzött cél a minimum-feltételrendszer, a humán erőforrás, a kompetencia/progresszivitási szintek és az ehhez tartozó finanszírozott HBCs/OENO ellátás/tevékenység meghatározása. Ehhez egy jelenleg nem létező rendszerben kell integrálni a jelenlegi szereplőket és a létrehozandó ellátó helyeket. Ennek vázlatát mutatja a 1. táblázat.

		AKTÍV GERIÁTRIA	GERIÁTRIAI SZAKRENDELÉS	KRÓNIKUS ELLÁTÁS	NAPPALI KÓRHÁZI ELLÁTÁS
IV.	PROGRESSZIVITÁSI SZINT	egyetemi intézmények (PG_4)	PGSZ_4		
III.	PROGRESSZIVITÁSI SZINT	megyei, térsvégi intézmények (PG_3)	PGSZ_3	PKE_1	
II.	PROGRESSZIVITÁSI SZINT	PG_2	PGSZ_2	PKE_1	PNK_1
I.	PROGRESSZIVITÁSI SZINT		PGSZ_1	PKE_1	PNK_1
	JÁRÓBETEG ELLÁTÁSI SZINT		PGSZ_1		PNK_1

A rövidítések feloldása a következő szövegrészben van. A szürkével jelzett rész adott szinten nem értelmezhető/nem javasolt.

A GERIÁTRIAI ELLÁTÁS PROGRESSZIVITÁSA

Magyarországon ma Geriátriai Kórházak létrehozása nem időszerű és nincs is rá lehetőség/szükség(?). A geriátriai osztályok aktív időskori betegellátását végzik az időskori specialitások figyelembe vételével. Számos helyen ez most az aktív belgyógyászati, sebészeti, nőgyógyászati, neurológiai, pszichiátriai, intenzív osztályokon valósul meg, ahol nem kellő mértékben, vagy nincs figyelembe véve az időskor sajátossága (ellátási igény, ápolási igény, gyógyszerelés-interakció stb.). Ennek figyelembe vételével a IV. szint geriátriai ellátás szempontjából nem, de a társszakmák „jelenlétében és minősítésükben” különbözik. Ezért a IV. progresszivitási szintű geriátriai ellátó helynek a négy orvostudományi egyetemet jelöltük meg (progresszivitás_geriátria (PG); PG_4 pont), amelyek teljesítik a Semmelweis Tervben foglalt kritériumokat a tudományos és oktatási tevékenység, illetve a nemzetközi szakmai integráció szempontjából. A III.-as progresszivitási szint egyébként a legmagasabb szintű aktív geriátriai ellátó hely, amely nem csak a minimumfeltételeknek tesz eleget, hanem szakrendelést és konziliáriusi rendszert is biztosító szakember számmal rendelkezik és a szakemberképzésre is akkreditált. A mai viszonyok között ez elvárt lenne minden megyei (térégi vezető) intézményben (PG_3 pont). A II. progresszivitási szint azt az aktív geriátriai ellátást jelenti, amely kiegészíti és kiegészíti elsősorban a belgyógyászat vonatkozásában a tervezetten krónikus elhelyezésre kerülő, már nem aktív, de még terápiás ellátást igénylő betegek kezelését. Ez megfelelne a mostani krónikus betegellátó osztályok „aktív” ellátási igényének, csatolt osztályként vagy részlegként lehetne működtetni (PG_2 pont). A geriátriai (aktív) ellátás szempontjából a négy szintű rendszerben az I. progresszivitási szint nem értelmezhető (PG_1 pont). A geriátriai szakrendelés „progresszivitása” csak az ellátott terület nagyságában különbözik, önmagában a progresszivitás nem értelmezhető, progresszivitását az a geriátriai osztály határozza meg, amelynek része a szakrendelés (progresszivitás_geriátria-szakrendelés (PGSZ); PGSZ_1).

Mindezek után a végső kérdés nem kerülhető ki: lesz-e belátható időn belül előrelépés egy jól definiálható rendszerbe foglalt előrelépésre az idősök kor-specifikus, és az eddigieknél hatékonyabb, racionálisabb ellátására? Minden rendszer átalakítása sajnos óhatatlanul pénzigényes is. A súlyosbodó gazdasági helyzetünkben a befejezésül feltett kérdés egyelőre nagy valószínűséggel nyitva, megválaszolatlanul maradó kérdésnek jósolható. Feltehetően legalább a leglényegesebb koncepcionális elemeknek a Semmelweis tervben való utólagos helykeresése is jó ideig késlekedhet. Marad így a