

Az ápoló szerepe emlőrákos betegek pszichés gondozásában

Mészáros Ferencné diplomás ápoló hallgató

(Széchenyi István Főiskola Egészségügyi és Szociális Intézet)

A vizsgálat célja: az emlőműtéten átesett betegek pszichés problémáinak felmérése beleértve az életkorbeli sajátosságokat, az élet minőségét negatívan befolyásoló tényezőket, illetve az ápolói segítségnyújtást.

Vizsgálati módszerek és minta: a kutatás vizsgálati módszere zárt kérdőív volt. A mintavétel rétegzett és rando-mizált módon, az életkor alapján (50 év alatti és feletti betegek) történt. A felmérés Győr-Moson-Sopron és Vas megye 158 emlőrákos betegének véleménye és az emlőrákos betegek klubjában szerzett tapasztalat alapján készült.

Eredmények: az 50 év alatti betegek több mint felének a betegség és a kezelések okozta testséma zavar pszichés hatásait nehéz feldolgozni. A betegség a munkahelyi- és párkapcsolatokat is próbára teszi. A fiatalabb korosztály esetében erősebben jelentkezik a kiszolgáltatottság, stigmatizáció érzése.

Következtetések, javaslatok: a válaszok igazolták, hogy a pszichés problémák nem oldódnak meg a beteg test gyógyításával. A hozzátartozók féltő gondoskodása elengedhetetlen, de a háttérben ott kell/kellene lenni olyan segítő szakembernek akihez a beteg mindig bizalommal fordulhat.

A kutatási probléma aktualitását az a tény indokolja, hogy az emlőrák már nemcsak az idősebb korosztályban, hanem a fiatalabb nők körében is növekvő tendenciát mutat. Hazánkban a 35-54 éves nők leggyakoribb daganatos halál oka az emlőrák. (1) A betegek számának emelkedése ugyanakkor nem vonta maga után a lelki nehézségekkel küszködő betegek problémáinak megoldását, ami betegséghez való adaptáció és az életminőség szempontjából fontos lenne. A korai felismerés és a modern kezelési eljárások ma már 10-15 éves túlélést is lehetővé tesznek, ezért nem közömbös, hogy ezt az időszakot a betegek és családtagjaik az életminőség tekintetében hogyan élik meg.

Hipotézis

Amennyiben az emlőrákos betegek már az onkológiai kezelés megkezdése előtt pszichés rehabilitációban részesülnének, és ez a támogató tevékenység végigkísérné őket a betegség változó periódusaiban, akkor hatékonyabban és rövid idő alatt sikerülne a problémák enyhítése, a mindennapi életbe való visszavezetés segítése, és a betegség okozta negatív hatások csökkentése.

A kutatás célja

Az emlőműtéten átesett betegek pszichés problémáinak felmérése beleértve az életkorbeli sajátosságokat, az élet minőségét negatívan befolyásoló tényezőket, illetve az ápolói segítségnyújtást.

Vizsgálati módszer és minta

A felmérésben alkalmazott vizsgálati módszer zárt kérdőív volt. A minta kiválasztása rétegzett, randomizált módon történt. Összehasonlításhoz két célcsoportot vizsgáltam az életkor alapján (50 év alatti és feletti személyek). A kutatás helyszíne a győri Petz Aladár Megyei Kórház, a szombathelyi Markusovszky Kórház onko-radiológiai osztálya, valamint a soproni Erzsébet Kórház onkológiai gondozója volt. Összesen 158 betegől visszaérkezett kérdőív került feldolgozásra.

A két célcsoportot az 50 év alatti (41%) és az 50 év feletti (59%) emlőrákos betegek alkották. Ennek oka, hogy:

1. Más terápiás protokollokat alkalmaznak praee-, ill. postmenopausában;
2. A betegség kórjólata is eltér e két korcsoportban;
3. A betegek életminősége, pszichés és szociális magatartása is eltérő lehet fiatalabb és idősebb korban.

A korábbi kutatások eredményei szerint a nők első sorban emocionális reakciókkal válaszolnak betegségükre és a pozitív adaptáció kialakításában a házastársi kapcsolat, az életkor és a betegség kihívásként való értékelése játsszák a domináns szerepet. (2)

Kutatásomat összevetve ezen eredményekkel hasonló következtetésekre jutottam, bár én az emlőműtött betegek pszichés nehézségeit és az ápolói segítségnyújtást helyeztem előtérbe.

Eredmények

A lelki állapot mint befolyásoló tényező a betegség alakulásában.

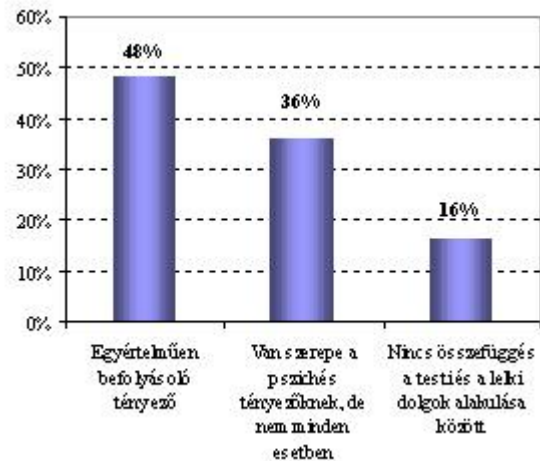
A megkérdezett betegek 48%-a szerint *egyértelmű az összefüggés a testi és lelki tényezők egymásra hatásában*. Közel 1/3-aduk (36%) úgy nyilatkozott, hogy bár van szerepe a pszichés tényezőknek, de nem minden esetben gyakorolnak befolyást. Mindössze 16% érezte úgy, hogy nincs összefüggés a testi és lelki tényezők alakulása között (1. ábra).

Érdekes azonban, hogy az idősebb korosztály 68%-a nem igényli a pszichológus segítségét. Ebben az életkorban a nagyobb tolerancia, belenyugvás , a múltnak élés a betegek számára megnyugvást jelenthet. Ők inkább a családot, az unokák jelenlétét igénylik, szívesen fogadják az ápolói segítséget is, ami lehetőséget ad ápoló és beteg közötti bizalmas kapcsolat kialakítására.

Az 50 év alatti betegek problémái viszont megsokszorozódnak. A családban (ahol még a gyermek is ellátásra szorul), munkahelyi és párkapcsolatban bekövetkező esetleges változásokat, valamint a betegség és a kezelések okozta pszichés hatásokat nehéz feldolgozni. A problémák kezeléséhez az 50 év alatti korcsoport 57%-a, az 50 év felettek 32%-a igényelné onkopszichológus segítségét.

Az emlőrák okozta testséma-változás nagymértékben befolyásolja a beteg önmagáról kialakított képét. A megkérdezett páciensek 31%-a testi-lelki változásként éli meg betegségét, ezzel szemben 29% úgy érzi, hogy önértékelése nem változott. Véleményem szerint ebben nagy szerepe van az emlő megtartó - és rekonstrukciós műtétek jótékony hatásának. Az így elért pozitív énképet kellene javítani a bizonytalanság, kiszolgáltatottság érzésével szemben, melyet a nők 40%-a érez betegségé során.

A betegség okozta megrázkódtatás feldolgozása nem minden betegnek sikerül szakember segítsége nélkül. Az ápolónak döntő szerepe van a nonverbális jelek, úgymint a mimikátlan arc, a tompa hangszín, a tekintet fixáció felismerésében és szakember felé történő jelzésben. Néhány esetben a betegség okozta félelem szorongásos gondolattá és fóbiává fejlődhet, a szomorúság depresszióvá válhat. (3) Az ilyen lelki állapot elesettséget, gyors állapotromlást idézhet elő. Ilyenkor leghatásosabb az onkopszichológus segítsége lenne, de sajnos a növekvő betegszám ellenére a legtöbb onkológiai osztályon, gondozóban nem, vagy csak nagyon kevés helyen működik a pszichés támogatás ezen formája.



1. ábra A lelki állapot szerepe a betegség kialakulásában

Küzelem a betegségel

Felmérésben a fiatalabb korcsoport 13%-a, míg az idősebbek 7%-a érzi azt, hogy teljesen magába zárkózott és nem tudja elfogadni betegségét. Ez a negatív hozzáállás inkább a diagnózis kimondását követő krízishelyzetben figyelhető meg. Az 50 év alatti és feletti korcsoportban jelentős különbségek adódnak a betegség elfogadásának és a betegséggel való együttélés tekintetében (2. ábra). Amíg a betegséget elsősorban az 50 év feletti korosztály fogadja el jobban, addig az együttélés tekintetében az 50 év alatti korosztály bizonyul alkalmazkodóbbnak.

Ebben a szakaszban az ápoló részéről elsőrendű feladat, hogy a krízisben lévő, önmagát halálos veszélyben érző, passzív betegből én-erejét birtokló, aktív és együttműködő partner váljon. Az adaptív megküzdő stratégia kialakítása a cél, amiben az ápolónak segítséget jelenthet az Orem (1980) által megfogalmazott ápolási - önellátási modell.(4) Ebben a modellben Orem a beteget, mint önmagára támaszkodó, gyógyulásáért felelős egyént mutatja be, aki az öngondozáson keresztül veszi fel a küzdelmet betegségével szemben.

Mindig szem előtt kell tartani, hogy az emlőrákos páciensek a diagnózis közlésének időpontjától kezdve a gyógyulás vagy a terminális állapot bekövetkeztéig pszichés támogatásra szorulhatnak. Ez az igény fokozottan jelentkezhet az orvosi beavatkozások és kezeléseik szakaszában, illetve a visszaesés és a végstádium állapota idején. Az ápoló - beteg kapcsolat kedvező alakulása szempontjából fontos az empátia, a beteg aktuális testi-lelki állapotnak figyelembe vétele, és elengedhetetlen feltételnek tartom a kommunikációt is, melynek mindig a megfelelő emberi és környezeti feltételek között kell érvényesülnie.

A kezelés okozta nehézségek

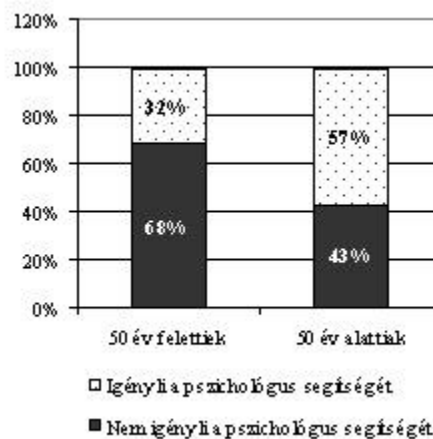
Az emlőműtét, a sugár-és kemothériás eljárások, a hormonkezelés mind olyan beavatkozások, amelyek félelmet, kétkedést, bizonytalanságot válthatnak ki a betegből. A kezeléseik elviselésében sokat számít az egyén személyisége és aktuális érzelmi állapota.

A kérdőívet kitöltött 50 év alatti betegek fele a kezeléseik mellékhatásait (hányinger, hányás, hajhullás stb.) viseli a legnehezebben, majd ezt követi a kezelésekre való visszajárás problémaköre (28%).

Az 50 év feletti csoport 36%-a szerint elsősorban a gyengeség és a fájdalom érzése okoz nehézséget, második helyen náluk is a kezeléseken való megjelenés áll, az idősebb nőbetegek 17%-a pedig a magára utaltság érzésével tud legnehezebben szembesülni (3. ábra).

Fontos, hogy a beteg ne kívülállóként figyelje betegségé lefolyását, hanem aktív részese legyen a kezelésnek. Erre utal, hogy a fiatalabbak 19%-a, az idősebbek 4%-a érzi úgy, hogy róla döntenek, de nélküle. Itt az orvos-beteg viszony a szülő-gyermek kapcsolathoz hasonlít, és a hagyományos paternalisztikus orvoslást mutatja, ahol a beteg csak mint passzív elfogadó működhet közre.

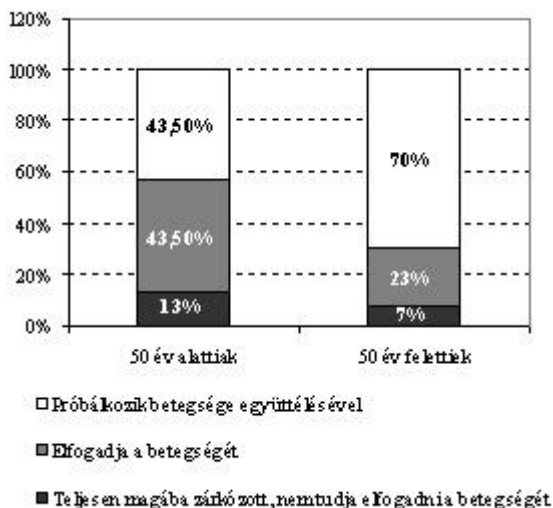
Pozitívumként értékelhető, hogy a betegek mintegy harmada azt nyilatkozta, hogy orvosa maximálisan figyelembe veszi észrevételeit. Ez az ideális orvos - beteg kapcsolat felé előrelépést jelenthet, amelyben egymást - a közös cél érdekében □ a résztvevők partnerként tisztelik. A kérdezettek többsége azonban nem szól bele kezelésébe, orvosára bizza azt. Ez egyaránt jelentheti a bizalmat és az orvos tudásába vetett hitet, de akár a sztoikus, beletörődött magatartást is (4. ábra).



2. ábra A betegség okozta változások elfogadása



3. ábra A terápiás eljárás okozta leggyakoribb problémák



4. ábra Kezelésben való aktív részvétel

A betegség nehéz szakaszaiban a család (19%), a család és az egészségügyi team (57%), és a vallás gyakorlása (8%) nyújt segítséget, de 16% úgy érzi, senki nem támogatja, és csak magára számíthat. Fontos lenne, hogy több figyelmet fordítsunk ezekre a betegekre, hiszen segítséget csak tőlünk, ápolóktól vagy az orvosoktól várhatnak.

Párkapcsolati problémák

Az emlőrák diagnózisa a betegek családi és társas kapcsolataiban is változást idézhet elő. A mindennapi életbe való visszavezetést jelentősen befolyásolja a környezet hozzáállása, mely azt is meghatározhatja, hogy a beteg mennyire lesz képes úrrá lenni a daganatos elváltozás okozta érzelmi nehézségeken. A betegség a család számára is kihívást jelent, hiszen az egyébként jól kommunikáló családokban is gátolhatja a helyzet tisztázását a szeretett családtag esetleg elvesztése feletti félelem. (5)

Főleg az emlő eltávolítása esetén gyakori a kisebbségi érzés, de tudni kell, hogy a társnak is lehetnek féltelmei, ő is elbizonytalanodhat. Az ilyen kölcsönösen bizalmatlan magatartás fokozatos elidegenedéshez vezethet. (6)

A férjjel/élettársal való kapcsolatról kérdezett nők 50 év alatti csoportjából 34% kismértékű, 16% pedig teljes változásról számolt be. Mindössze 20% érezte úgy, hogy betegsége ellenére sem változott partnerkapcsolata. *Biztató eredmény* azon betegek vallomása, akik szerint kapcsolatuk bensőségesebb lett, sőt jobban féltik egymást (21%). Ez nagyszerű példa annak bizonyítására, hogy a bizalomra épülő kapcsolatban a betegség szorosabb, féltőbb, harmonikusabb kapcsolatot eredményezhet, és a megfontoltság, óvatos tapintat csodákra lehet képes. Ezzel szemben szomorú, hogy a negatív párkapcsolati hatást átéltek nőknek a betegség okozta testi és lelki megterhelések mellett még ezt a megrázó élményt is hordozni kell tudatukban, erősítve ezzel kisebbségi érzésüket, kiszolgáltatottságukat. Az 50 év feletti 38%-a nem válaszolt erre a kérdésre. Feltételezem, hogy az idősebb korosztály egy része ma is tabuként kezeli a szexualitással, párkapcsolattal foglalkozó témát. Márpedig ebben az életkorban is előfordulhatnak nehézségek. Ezt a feltevést igazolja azon idősebb válaszadók véleménye, akik közül 10% kismértékű, míg 24% egyértelműen negatív változást tapasztalt párkapcsolata terén (5. ábra).

Fontos, hogy a betegek merjenek segítséget kérni és problémájuk meghallgatásra is találjon. Sokan folyamatos megerősítést igényelnek abban, hogy nőiességüket, önbecsülésüket pozitív életszemlélettel és harmonikus párkapcsolattal a betegség ellenére is fenntarthatassák, de ennek eléréséhez a családtól és az egészségügyi személyzettől is támogatást kell kapniuk. A felmerülő problémák megbeszélése a szégyenérzet leküzdése közelebb hozhatja a társakat, mert az egymás iránt érzett felelősség és szeretet erőt adhat a betegnek a problémákkal való közös megküzdéshez.

Összegzés, javaslat

Az emlőrák jelenléte nemcsak az egészségben bekövetkezett változást jelenti, hanem a beteg nőiességébe vetett önbizalmának megrendülését is, amit kiegészítenek a terápiás eljárások testi-lelki megterhelései. A betegek válasza igazolták a feltevést, mely szerint a pszichés és párkapcsolati problémák nem oldódnak meg a beteg test gyógyításával. Az esetek többségében az ún.

□mindennapi krízis□ oldása magára a betegre és a családjára hárul. A hozzátartozók féltő gondoskodása elengedhetetlen, de nem mindig elég. A háttérben ott kell/kellene lenni olyan segítő szakembernek, akihez mindig bizalommal lehet fordulni. Ennek megvalósításához olyan ápolói koordinátorra lenne szükség, aki a betegekkel igény szerint már a műtét, illetve a terápia megkezdése előtt felveszi a kapcsolatot, felméri a betegség különböző stádiumaiban bekövetkező ápolási szükségleteket, előtérbe helyezi az önellátási deficit csökkentését, és kapcsolatban áll társszervezetekkel, multidiszciplináris csoportokkal. Minden onkológiai centrumban szükség lenne ilyen jellegű ápolói tevékenységre. Csak bízni lehet abban, hogy a rákbetegek ilyen irányú szükséglete megértésre talál és a közeljövőben kielégítő megoldás születik a probléma kezelésére.

Irodalom:

1. Juhász, L. (1993). Az emlőrák epidemiológiája. *Lego Artis Medicinæ*, 3 (3) :204-208.
2. Zrínyi, M., Modly, D.M., Moore, Sh.M. (1999). Emlőrákban szenvedő nők értékelése betegségükről, betegséggel való megküzdés és adaptáció. *Nővér*, 12 (3): 3-7.
3. Williams T.R., O Sullivan, M., Snodgrass, S.E. et al. (1996). Pszichoszociális kérdések emlőrákban. *Orvostovábbképző Szemle* 3 (2) : 35-42.
4. Shamian, J. , Edgar, L (1994). Az ápolók mint a változás ügynökei az emlő önvizsgálatának tanításában. *Nővér*, 7 (2) : 42.
5. Fókuszban az emlőrák. (1999). *Nővér*, 12 (1) : 3-24
6. Dr. Hübner, F. (1995). *Mellrákkal élni*. Golden Book Kiadó: Budapest.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a főoldalra](#)

Az eutanázia megítélése aneszteziológusok, intenzív szakdolgozók és orvosok körében

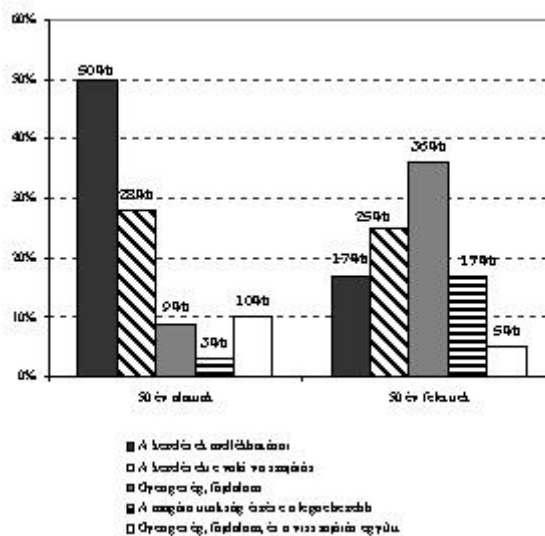
Fábián Katalin aneszteziológus szakasszisztens

(POTE Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika)

A vizsgálat célja: orvosok és egészségügyi szakdolgozók véleményét, tapasztalatát megismerni az eutanázia hazai alkalmazhatósága, gyakorlata tekintetében.

Módszerek és minta: 11 aneszteziológiai és intenzív terápiás intézet dolgozóit kértük fel egy 44 kérdésből álló kérdőív kitöltésére és személyes interjúban való részvételre. 100 orvos és 100 szakdolgozó válaszai kerültek kiértékelésre.

Eredmények: a válaszadók egyetértettek abban, hogy sem a passzív, sem az aktív eutanázia-felfogás nem idegen



5. ábra A párkapcsolat alakulása a betegség kezdete óta

a hazai gyakorlattól. A vélemények azonban eltérők annak tekintetében, hogy milyen körülmények között alkalmazná egyik vagy másik módszert orvos és egészségügyi szakdolgozó.

Következtetések: a minta nagysága nem tette lehetővé az eredmények széleskörű alkalmazhatóságát. A válaszok azonban jelzésértékűek az egészségpolitikát és jogi szabályozást alakító számára.

A vesztesség az emberi lét általános és mégis egyedi tapasztalata. A halált kultúránkban a haldokló családja, barátai és az ápoló személyzet is nehezen dolgozza fel. A modern orvostudomány fejlődése lehetővé teszi a hosszabb túlélést, és ezzel a haldoklás időszaka is megnyúlik. A haldoklók sok esetben számos fájdalmas beavatkozást kénytelenek elviselni. Különböző technikai megoldásokkal éveket, sőt évtizedekig életben lehet tartani a tudatukat vesztett embereket. A mesterséges életben tartás alternatívájaként bontakoztak ki az eutanázia mozgalmak.

A szakemberek többsége szerint a mai orvostudomány képes csillapítani a fájdalmakat, s ha egy beteg mégis fájdalomtól szenved, akkor annak a szakszerűtlen fájdalomcsillapítás az oka, s alternatívája nem az eutanázia. Azonban nem szabad megfeledkezni arról, hogy a lelki szenvedés gyakran sokkal nagyobb a fizikai fájdalomnál. Az új egészségügyi törvény¹ megalkotása során ismét előtérbe került az eutanázia kérdése. Számos kiváló orvos, bioetikus nyilatkozott e témában, de alig van feljegyzés a beteggel legtöbb időt töltő szakdolgozók véleményéről. Sokan bizonyosan felháborodnak: mi köze van a szakdolgozónak az eutanáziához? Hiszen ez orvosi kompetencia körébe tartozik! Magam is azon a véleményen vagyok, hogy a szakdolgozók az eutanázia kérdésében nem lehetnek döntéshozók. Azonban úgy gondolom, azoknak a véleményét is meg kell ismernünk, akiktől a kórházban haldoklók a legtöbb gondoskodást kapják, akik a leginkább átérzik a szenvedő beteg problémáit.

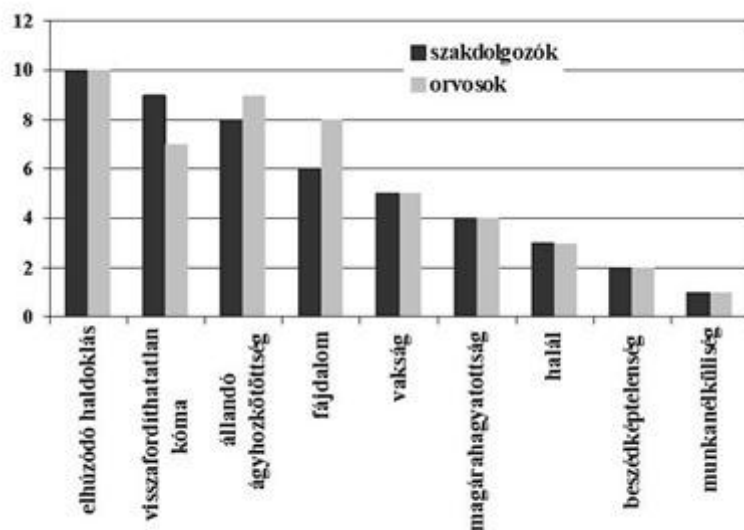
Írásomban elsősorban azokra a kérdésekre keresek választ, hogy a szakdolgozók (és a munkájukat felügyelő orvosok) hogyan vélekednek az eutanázia legitimitásáról, a hazai gyakorlatról, valamint az élő végakarat ról?

Módszerek és minta

1998-99 során 11 aneszteziológiai és intenzív terápiás intézetben² tevékenykedő szakdolgozót és orvost kerestünk meg 44 (részben zárt, részben nyitott) kérdést tartalmazó, önkitöltős kérdőívvel. 100 fő szakdolgozótól és 100 fő orvostól kaptunk értékelhető válaszokat. A kérdőív elején a következő eutanázia meghatározást adtuk meg: Különbséget kell tenni az eutanázia két formája között. Az aktív formája olyan szándékos cselekedetet jelent, amely a fájdalmas, gyógyíthatatlan és többnyire végstádiumban lévő beteg életét könnyűlethez, kegyelemből vagy szánalomból kioltja. A passzív formája általában olyan beavatkozások és cselekedetek szándékos elmulasztását vagy abbahagyását jelenti, amelyek a végstádiumba jutott személy életét meghosszabbítanák. ³

Eredmények

Mielőtt az eredményeket részletesen ismertetném, érdemes megismerni a válaszadók értékrendjét. A válaszadókat arra kértük, hogy rangsorolják a megadott tíz korlátozó vagy elviselhetőséget befolyásoló állapotot aszerint, hogy számukra mi lenne elviselhetlenebb (1. ábra). Jól látható, hogy sem a szakdolgozók, sem az orvosok nem a halált tartják a legfőbb rossznak, sokkal inkább félnek az elhúzó haldoklástól és az állandó ágyhoz kötöttségtől. A szakdolgozók a visszafordíthatatlan kómát a második helyre



1. ábra Ön mit tart a legrosszabbnak?

	Passzív	Aktív és	Egyik
--	---------	----------	-------

rangsorolták, az orvosok a negyedik helyre. A fájdalomtól az orvosok jobban tartanak, mint a szakdolgozók, ők ezt a harmadik helyre, míg a szakdolgozók a negyedik helyre sorolták.

Összegezve elmondható, hogy mind a szakdolgozók, mind az orvosok jobban tartanak a súlyos szenvedéstől és a kiszolgáltatottságot eredményező korlátozó fizikai állapottól, mint a haláltól.⁴

Az eutanáziára vonatkozó első kérdésünk a hazai gyakorlat megítélése volt. A válaszadók mindkét csoportja úgy gondolja, hogy hazánkban a passzív eutanázia gyakorlata elterjedt (1. táblázat). A szakdolgozók fele, az orvosok 62%-a úgy tudja, hogy saját munkahelyén is végeztek passzív eutanáziát. A szakdolgozók 34%-a, az orvosok 28%-a nem tud munkahelyén történt eutanázia esetről. Figyelemre méltó, hogy a szakdolgozók közül tizenhatan tudnak munkahelyükön történt aktív eutanázia esetről, ezzel szemben az orvosok közül csak négyen említették ezt. E különbség oka - a további kérdésekre adott válaszokból következtethetően - az lehet, hogy bizonyos beavatkozásokat illetve beavatkozások elhagyását másként ítélik meg (pl. a minimáalterápiát az orvosok közül senki sem, a szakdolgozók közül négyen tartották aktív eutanáziának; a reanimálás elmaradását pedig tizennégy szakdolgozó sorolta az aktív eutanázia körébe, míg az orvosok közül csak ketten.)

	forma	passzív forma	sem
Szakdolgozók	70%	12%	18%
Orvosok	66%	22%	12%

1. táblázat Ön szerint végeznek ma eutanáziát Magyarországon?

Az eutanázia jogi szabályozásával kapcsolatban eltérően vélekedtek az aktív és a passzív formát illetően. A passzív eutanáziát igen magas százalékban engedélyeznék⁵ szakdolgozók: 84%, orvosok: 86%. Az igen válaszok indoklásában az önrendelkezéshez való jog, valamint a szenvedés lerövidítése szerepel. A nem válaszok esetében a visszaélésektől tartanak, illetve úgy érzik, ezzel még tovább fokoznák a beteg szenvedéseit. Az aktív forma esetében azok vannak többségben, akik nem engedélyeznék, de jelentősnek mondható azoknak a száma is, akik megengednék (szakdolgozók: 38%, orvosok: 16%). Az igen válaszok indoklásában itt is megtalálható volt az önrendelkezési jogra való hivatkozás és a szenvedés lerövidítése. A nem válaszok esetében ismét a visszaélésektől tartanak a legtöbben, illetve úgy érzik, hogy társadalmunk és jogrendszerünk még nincs felkészülve erre. Az orvosok továbbá attól is tartanak, hogy a paraszolvencia-rendszer miatt fizetett gyilkosságok is előfordulhatnak.

Ha lehetőségük lenne rá, nagy szenvedéssel járó halálos betegség esetén a szakdolgozók 66%-a, az orvosoknak mindössze 24%-a kérne aktív eutanáziát.

A következő kérdéscsoportban zárt kérdések formájában tettük fel a leggyakoribb eutanázia ellenes érveket (2. táblázat).

	Szakdolgozók			Orvosok		
	igen	nem	nem válaszolt	igen	nem	nem válaszolt
	%			%		
Az eutanázia legalizálásával számtalan visszaélésre nyílna lehetőség.	80	20	0	76	20	4
Az eutanázia csak a szegényekre terjedne ki, akik nem tudnák megfizetni a kezelést.	8	92	0	0	90	10
Az idős emberek közül sokan kötelességüknek éreznék, hogy eutanáziát kérjenek.	20	80	0	12	80	8
Az egészségügyi dolgozónak a gyógyítása feladata nem a halálbasegítés.	56	44	0	60	30	10
Az eutanázia visszavetné az orvosi kutatásokat.	6	94	0	4	88	8
Ön szerint megrendülne a betegeknek az orvosokba vetett bizalma, ha a passzív eutanáziát törvényesen engedélyeznék hazánkban?	22	78	0	14	78	8
Ön szerint megrendülne a betegeknek az orvosokba vetett bizalma, ha az aktív eutanáziát törvényesen engedélyeznék hazánkban?	38	62	0	52	38	10

2. táblázat Vélemények az eutanázia-ellenes érvekről

Amint az a táblázatból látható, a szakdolgozók és az orvosok között lényegesnek mondható véleménykülönbség a betegek bizalmának megrendülése kapcsán mutatkozik.⁶ Olyan eljárásokra kérdeztünk rá, amelyek nevükben nem, de tényleges gyakorlatukban passzív eutanáziát takarhatnak.⁷

A minimálterápia kifejezés a megkérdezettek többségének nem volt ismeretlen: az orvosok 78%-a, a szakdolgozók 76%-a ismerte ezt a zsargont. A szakdolgozók közül az aktív eutanázia körébe 4%, míg a passzív eutanáziához 62% sorolta a minimálterápiát. Az orvosok közül senki sem tartotta aktív eutanáziának, passzív formának 64-en tartják, míg 24-en egyik formához sem sorolják. Alkalmazásával, jelentősen eltérő arányban, a megkérdezettek többsége (szakdolgozók: 68%, orvosok: 80%) egyetért. Az indokok között szinte minden válaszadó említi a szenvedések meghosszabbításának erkölcsileg helytelen, viszont költséges voltát. A minimálterápiát elutasító szakdolgozók (20 fő) elsősorban a szakmai tévedéstől tartanak (sokszor nem kellően magas beosztású és tapasztalt az az orvos, aki elrendeli), illetve úgy gondolják, hogy ezzel a betegek a

szenvedéseit fokozzák. Az elutasító orvosok (8 fő) az élet-halál döntést kompetenciakörükön kívülnek gondolják (□nem érzem úgy, hogy ilyen nagyságrendű döntést hozhatunk, az eskü sem erről szól□). Nyitott kérdésben rákérdeztünk a minimálterápia □szakmai tartalmára□ is. A legtöbben csak a folyadék, és ritkábban a táplálék pótlását említették. A fájdalomcsillapítást a szakdolgozók közül 8%, az orvosok közül pedig 20% nevezte meg a minimálterápia részeként. Ennek egyik meghatározó oka valószínűleg az, hogy a fájdalomcsillapítás hazai gyakorlatáról meglehetősen lesújtó a megkérdezettek véleménye.

Arra a kérdésünkre, hogy: □*Ön szerint ma Magyarországon milyen a betegek fájdalomcsillapítása?*□, négy zárt és egy nyitott válaszlehetőséget adtunk meg. □*Kiváló, minden esetben megfelelően csillapítják a betegek fájdalmait*□, megállapítást a szakdolgozók közül ketten, az orvosok közül négyen fogadták el helytállóan. Azzal a véleménnyel, hogy □*Általában megfelelő, ha nem csillapítják a fájdalmat, annak szakmai okai vannak*□ a szakdolgozók 28%-a értett egyet, az orvosoknak csak a 10%-a. Számunkra a legmeglepőbb válaszarányt a nem megfelelő gondosságra utaló kijelentésre kaptuk: □*Lehetne jobb is, gyakran előfordul, hogy nemtörődomségből elmulasztják a fájdalom csillapítását*□ kijelentéssel a szakdolgozók 46%-a értett egyet, az orvosok közül pedig 56% tartotta az ellátásra jellemzőnek. Azt, hogy □*Rossz, az egészségügyi dolgozók nem tartják eléggé fontosnak a fájdalomcsillapítást*□, a szakdolgozók közül tizen, az orvosok közül huszonnyolcan jelölték meg igaz állításként. Összességében a megkérdezett szakdolgozók 56%-a, az orvosoknak 84%-a (!) véli úgy, hogy Magyarországon a betegek fájdalmait nem csillapítják kellőképpen.⁸ Az általunk megadott lehetőségeken kívül az elégtelen fájdalomcsillapítás okául a nem megfelelő szakképzést és a beteg iránti empátia hiányát említették a válaszadóink.

A □*nem reanimálni*□ utasítással is sokan találkoztak már (szakdolgozók: 78%, orvosok: 80%). Igen magas volt azok aránya mindkét csoportban (szakdolgozók: 36%, orvosok: 42%) akik nem sorolták az eutanázia egyik formájához sem. A legtöbben azok voltak, akik szerint ez az utasítás megfelel a passzív eutanáziának (44% illetve 46%). Aktív eutanáziának a szakdolgozók közül tizennégyen, az orvosok közül csak ketten tartják a reanimálás kísérletének elhagyását. Az indoklások a kezelés elmulasztására helyezik a hangsúlyt, mivel véleményük szerint a reanimáció is kezelés. Kimutatható volt a gyógyíthatatlan betegek iránti együttérzés, empátia is.

A végstádiumban lévő betegek mesterséges táplálásának megszüntetését illetve el sem kezdését egyértelműen elutasítják, ha azt a beteg nem kérte (3. táblázat). Igen elgondolkodtató a válaszok megoszlása abban az esetben, ha a beszámítható beteg elutasítja a mesterséges táplálást (4. táblázat). Amint ez a válaszokból kitűnik, mind a szakdolgozók, mind az orvosok jelentős része hivatáserkölcükkel ellentétesnek (és felülbírálandónak?) tartja a beteg kívánságának teljesítését.⁹ A mesterséges táplálás elhagyását nem beszámítható beteg esetében a válaszadók többsége elfogadhatatlannak tartja.

	Igen	Nem	Nem válaszolt
Szakdolgozók	12%	88%	0%
Orvosok	8%	90%	2%

3. táblázat *Ön erkölcsileg elfogadhatónak tartja-e a mesterséges táplálás abbahagyását, illetve el sem kezdését végstádiumban lévő beszámítható betegnél, ha ezt a beteg nem kéri?*

	Igen	Nem	Nem válaszolt
Szakdolgozók	50%	50%	0%
Orvosok	56%	42%	2%

4. táblázat *Ön erkölcsileg elfogadhatónak tartja-e a mesterséges táplálás abbahagyását, illetve el sem kezdését végstádiumban lévő beszámítható betegnél, ha ezt a beteg kéri?*

□*Kérte már Önt betege arra, hogy segítsen neki meghalni?*□ kérdésünkre a szakdolgozók 36%-a, az orvosok 28%-a válaszolt igennel. Amikor viszont azt kérdeztük, van-e tudomásuk olyan esetről, hogy kollégájukat kérték meg a halálbasegítésre, a szakdolgozók 66%-a, az orvosok 48%-a válaszolt igennel. (A válaszok jól mutatják, hogy a betegeknek szorosabb és bensőségebb a kapcsolatuk a róluk gondoskodó szakdolgozókkal, mint az őket kezelő orvosokkal.) A szakdolgozók közül minden válaszadó úgy tudja, hogy a kérés nem teljesült, viszont az orvosok közül hatan azt jelezték, hogy tudnak teljesített kérésről is.

A megkérdezett szakdolgozók 28%-a, az orvosok 36%-a kérés ellenére sem segítene meghalni a betegének. Ezzel szemben a szakdolgozók 34%-a, az orvosok 24%-a betegsége végstádiumában, nagyon szenvedő beteg esetében megfontolná ezt a lehetőséget is. Igen figyelemre méltó a

bizonytalanok aránya: a szakdolgozók közül 34, az orvosok közül 30 fő szerint: Nem tudom, mit tennék ilyen helyzetben.

A vizsgálat korlátai

Tekintettel az alacsony elemszámra és a kérdésünk korlátaira, a kapott válaszokból messzemenő következtetést nem vonhatunk le, de az bizonyosnak látszik, hogy interjúalanyaink kétharmada legalábbis megfontolná, hogy egy esetleges eutanázia kérést teljesítsen-e?¹⁰

Következtetések, javaslatok

A fenti eredmények arra utalnak, hogy szükséges lenne egy szélesebb körben felvett és más egészségügyi szakmákat és képviselőiket is érintő megismételt vizsgálat. Az itt bemutatott eredmények általánosíthatósága csak ezt követően valósítható meg. Egy ilyen kiterjesztett vizsgálat egyúttal útmutatást is jelenthetne az eutanáziával kapcsolatos egészségpolitikai álláspontok kiértékeléséhez.

Összefoglalás

A szakdolgozók az eutanázia kérdésében nem lehetnek döntéshozók, azonban azoknak a véleményét is szenvedő beteg problémáit. Írásomban elsősorban azokra a kérdésekre keresek választ, hogy vajon a szakdolgozók (és az őket irányító orvosok) hogyan vélekednek az eutanázia legitimitásáról, a hazai gyakorlatáról valamint az élő végakaratról.

Irodalom:

1. Dr. Blasszauer Béla: Eutanázia. Medicina, Budapest, 1997.
2. Dr. Blasszauer Béla: Orvosi etika. Medicina, Budapest, 1995.
3. Dr. Jakab Tibor Dr. Martin Zoltán: Egyes egészségügyi ellátások visszautasításának jogszabályi feltételei. I-II. LAM 1999.
4. Dr. Jakab Tibor Dr. Csanaky András Dr. Blasszauer Béla: Ki döntsön az élet végén? Valóság, 1997/6.
5. Dr. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Medicina, Budapest, 1997.
6. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Magyar Közlöny, 1997.

Jegyzetek:

- 1 - 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
- 2 - A megkérdezettek többsége pécsi intézetekben dolgozott.
- 3 - *Vö. Dr. Blasszauer Béla: Eutanázia. Medicina, Budapest, 1997. 36. o. A kétféle eutanázia elmélet melletti döntésünknek nem csak módszertani oka volt. Napi tapasztalatunk, hogy az egészségügyben dolgozók (de nem csak ők) mindennapi erkölcsi ítéleteikben különbséget tesznek a két forma között.*
- 4 - *Hasonló vizsgálatot végeztek Angliában, ahol 1000 embert kérdeztek meg arról, hogy vajon a halált tartják-e a legfőbb rossznak? A vizsgálat eredménye szerint értékhierarchiájukban a halált megelőzte az állandó ágyhoz kötöttség és a visszafordíthatatlan kóma. *Vö.: Blasszauer Béla: Orvosi etika. Medicina, Budapest, 1995. 163. o.**
- 5 - *Jóllehet kérdésünk időpontjában az új Egészségügyi törvény már hatályban volt, a vonatkozó szakaszokat érzékelhetően nem ismerték, vagy nem tudták értelmezni, ami a rendelkezések bonyolultságára tekintettel nem is csoda. *Vö.: Jakab Tibor - Martin Zoltán: Egyes egészségügyi ellátások visszautasításának jogszabályi feltételei. I-II. LAM 1999;9(3):212-217 o., 1999;9(4):328-330. o.**
- 6 - *Az orvosok a passzív eutanázia esetén kevésbé tartanak a bizalom elvesztésétől, mint a szakdolgozók, viszont az aktív eutanázia kapcsán az orvosok fele bizalomvesztéssel számol. Nincsen rá konkrét adatunk, de a 3. ábra adataival összevetve arra következtettünk, hogy a megkérdezett orvosok többsége tapasztalatból állította, hogy a passzív eutanázia nem befolyásolja lényegesen a betegek bizalmát (nem derül ki, háttérben maradhatnak).*
- 7 - *Azért fogalmazok feltételes módban, mert a szándék döntő módon meghatározza, hogy pl. a minimálterápia passzív eutanázia-e, vagy terápiás nihilizmus, esetleg eszközhiány?*
- 8 - *Egy USA-ban végzett vizsgálat szerint a terminális állapotú rákos betegek 50%-ának a fájdalomcsillapítása nem megfelelő. *Vö.: Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Medicina, Budapest, 1997. 417. o.**
- 9 - *Hasonló válaszokat kaptak Jakab T. és szerzőtársai 1997-ben végzett vizsgálatuk során. *Vö.: Jakab Tibor - Csanaky András - Blasszauer Béla: Ki döntsön az élet végén? Valóság, 1997/6. 78-80. o.**
- 10 - *A Remmelink-jelentés (1991) szerint a holland orvosok 88%-a fontolná meg azt, hogy betegének segítsen-e meghalni. *Vö.: Kovács i.m. 422.o.**

Infekciókontroll a Zala Megyei Kórházban

Csitos Józsefné osztályvezető főnővér

1. Bevezetés

Kórházakban szerzett fertőzések természetesen azóta vannak, amióta egyáltalán kórházak léteznek. Az ismétlődő fertőzések végtelen tevékenység eredményességét nem kis mértékben éppen ezek a fertőzések tették tönkre.

Semmelweis, Lister, Pasteur, Koch és mások munkássága nyomán a kórházi sepsis és antisepsis szabályait megteremtve az előfordulás ma sporadikusnak mondható.

A nosocomialis fertőzésekkel szembeni érdeklődés az elmúlt évtizedekben jelentősen felgyorsult az egész világon, Magyarországon az elmúlt években. Jelentőségét az adja, hogy a nosocomialis fertőzések jelentősen befolyásolják a gyógyító munka eredményességét.

Ezért tartom fontosnak, hogy minden egészségügyben dolgozó személy tisztában legyen a nosocomialis fertőzések fogalmával. Fontos ismerniük az esetleges fertőző forrásokat, a terjedési módot és ezen keresztül a lehetséges megelőzési technikákat. Az orvosok és szakdolgozók ilyen irányú továbbképzésével és e szemlélet kialakításával elérhetjük azt a célt, hogy jelentősen csökkenjen a kórházi eredetű fertőzések száma, és ennek segítségével hozzájárulunk a betegek mielőbbi gyógyulásához, ezen keresztül pedig a kórház anyagi költségeinek csökkentéséhez.

2. Történelmi visszatekintés

A XIX. század közepétől egyre több helyen ismerték fel, hogy a túrhetetlen kórházi állapotokon változtatni kell. Angliában Florence Nightingale követelte meg először az általa vezetett kórházakban az alapvető tisztaságot, rendet. A betegeknek tiszta ágyat és szakszerű ápolást biztosított.

Az asepsia első tudatos alkalmazója Semmelweis Ignác volt. A gyermekágyi láz leküzdésére vezette be 1847-ben a klórmeszes kézmosást. Ő ismerte fel elsőként, hogy a fertőző anyagot az orvos a saját kezével, a fertőzőttestel érintkezve viszi át egyik betegről a másikra. Ez éles ellentétben állt az akkori közhittel, hogy a fertőzés a levegővel terjed, és nem lehet megakadályozni.

Az antiszepszis bevezetője Jozeph Lister híres angol sebész volt. A sebeket karbol oldattal öblítette ki, karbolban áztatott kötéseket használt. Jó tapasztalatai nyomán módszere egész Európában elterjedt. A karbol túlzott használata azonban mérgezést okozott, így a század utolsó éveiben korszerűbb módszerekre tértek át. Amikor Pasteur és munkatársai egyik mikrobát a másik után fedezték fel, a sebészek, de maga Lister is az antiszepszisről áttértek az aszepszisre, vagyis a steril körülmények között végzett sebészeti munkára. Az aszepszis felhasználta az antiszepszis addigi kidolgozott módszereit és tapasztalatait. Ügyeltek a tisztaságra, fertőtlenítték a műtéti területet és a sebész is megmosta a kezét fertőtlenítő oldattal. Bevezették a műszerek és kötszerek sterilizálását. A francia Redard 1886-ban javasolta a gőzzel való sterilizálást, az amerikai Halsted gumikesztyűt készített, amely megoldotta a sebész kezének tökéletes dezinficiálását. A századfordulóra tehát bevezetésre kerültek a ma is szem előtt tartott irányelvek.

Az Egyesült Államokban a 60-as években kórházi bizottságokat hoztak létre a kórházi fertőzések nyomon követésére. A bizottságok függetlenített, fertőző kontrollra kiképzett nővérekkel működtek, akik aktív surveillance tevékenységet folytattak. Az osztályokon észlelt fertőzésekről jelentést készítettek, előírták a szükséges mikrobiológiai vizsgálatokat és szükség szerint a betegeket elkülönítették. Megalakultak a kórházi fertőző kontroll bizottságok. Ennek a szervezett munkának az eredményeként elérték, hogy a nosocomialis fertőzések prevalenciája az átlag 5%-ról 3%-ra csökkent.

Magyarországon 1967-ben építették ki a kórházhygiénés szervezetet, ez a rendszer azonban nem megfelelően működött az orvostársadalom érdektelensége miatt. Hatékony fertőző kontrollt nem tudott végezni, gyakorlatilag a kórházi járványokat regisztrálta, amely az összkórházi fertőzések néhány százalékát adta. A kórházi fertőzések elleni hatékonyabb küzdelem csirái a 90-es évek közepén szerveződtek. 1991-ben eltörölték a kötelező bejelentésről szóló intézkedést. 1993-ban a magyar kórházakban szükségességét látták a nosocomialis surveillance beindításának.

A nosocomialis surveillance - információs szisztéma: lényege a betegségek előfordulásának folyamatos és részletekbe menő vizsgálata minden olyan tényező vonatkozásában, amely e betegségek leküzdése szempontjából fontos lehet. Komplex tevékenység - lényege a fertőzésre vonatkozó adatok önkéntes és aktív kórházi gyűjtése különféle módszerekkel, az adatok elemzése, kórházon belüli közlése és az elemzések felhasználása az fertőzőkontroll munkában. A nosocomialis fertőzések mind az orvosi, ápolói és egyéb

egészségügyi szakdolgozói tevékenységből eredhetnek, tehát valamilyen beavatkozás, kezelés során alakulnak ki.

Infekció kontroll Zala Megyei Kórházban 1995-1998 között

A nosocomiális surveillance-ot 1994-ben vezettük be az infektológia osztályon. Infektológus szakorvos lett megbízva azzal, hogy figyelemmel kísérje az osztályon kialakult kórházi fertőzéseket, azokat regisztrálja és jelentse. 1995-ben két ápolónőt jelöltek ki hogy a kórház kiemelten magas rizikójú osztályait látogassák és a fertőzéseket regisztrálják. A nővérek munkáját segítik az osztályvezető főorvos által nosocomiális tevékenységgel megbízott orvos, valamint az osztályvezető főnővér. A nővérek figyelemmel kísérik a beteg lázmenetét, a vénába behelyezett kanülöket, decubitusokat, a műtéti területeket, és a kézmosási szokásokat. Az észleltekről beszámolnak az adott osztály megbízott nosocomiális szakorvosának, illetve az osztályvezető főorvosnak és adott időpontban a Klinikai Epidemiológiai Bizottság vezetőjének. A Klinikai Epidemiológiai Bizottság negyedévenként összeül és értékeli az eredményeket.

A surveillance tevékenység bevezetése sok nehézségbe ütközött. Oka egyrészt az volt, hogy a nővérek ilyen irányú tevékenységre nem voltak kiképezve, másrészt pedig az osztályok orvosai nem fogadták őket el, az osztály belügyeibe való beavatkozásnak tartották a munkájukat. Ezt a helyzetet áthidalva az Epidemiológiai Bizottság Elnöke továbbképzést szervezett 1996 tavaszán az intézet valamennyi osztályvezető főorvosa és nosocomiális tevékenységgel megbízott orvosa részére □Kórházi fertőző kontroll és antibiotikum politika□ címmel. A továbbképzés olyan sikeres volt, hogy még abban az évben egy újabb továbbképzést is tartottak, a főnővéreket és a nosocomiális nővéreket is meghívták. Azóta évente egy alkalommal van ilyen jellegű továbbképzés.

A nosocomiális surveillance tevékenységet kezdetben két nővér végezte, jelenleg egy klinikai epidemiológiai szakápoló és jómagam végezzük ezt a tevékenységet. 1997 óta infektológus szakorvosok látogatják a kiemelten magas rizikójú osztályokat (sebészet, septikus osztály, ITO, traumatológia, ortopédia, urológia, szülészet-nőgyógyászat) hetente egy alkalommal.

Kórházunk fertőző surveillance módszere aktív. Az osztálylátogatást infektológus szakorvos és nosocomiális nővér végzi. Tevékenységük kiindulópont szerint: ágymelletti, lázlap és kórlapközpontú. Figyelemmel kísérik a lázat, terápiát, mintavételeket, mikrobiológiai leleteket, antibiotikus profilaxist.

A fertőzéseket mintegy 80%-ban a vizitát végző orvos vagy nővér regisztrálja, néhány osztályon a nosocomiális tevékenységgel megbízott osztályos orvos regisztrálja és küldi az infektológiai osztályra. Az adatokat a Klinikai Epidemiológiai Bizottság elnöke (az infektológia osztály vezető főorvosa) összesíti és elemzi, majd megküldi a kórház vezetésének és minden klinikai osztály vezető főorvosának és a nosocomiális orvosnak.

Nosocomiális fertőzések a Zala Megyei Kórházban

A kórházakban ápolott betegek 2-10%-ánál (átlag 5%) lép fel nosocomiális fertőzés. Természetesen a kórházi eredetű fertőzések gyakorisága osztályonként változik. Klinikai szempontból a négy leggyakoribb fertőzés a következő:

- húgyúti fertőzések 41-53%;
- postoperatív sebfertőzések 23-28%;
- alsó légúti fertőzések 13-15%;
- sepsis 4-7%;
- bőr- és lágyrész fertőzések 5-6%.

Az összes többi nosocomiális fertőzés 10-11%-ot tesz ki.

A nosocomiális húgyúti fertőzések 80%-a katéterezés után alakul ki, 5%-a urológiai beavatkozást követően kezdődik, míg az esetek 1/5-ben a rizikófaktor nem állapítható meg. Az egyszeri katéterezést követően 3%-ban alakul ki húgyúti fertőzés. Míg fiatal egyénekben elenyésző (1-2%), addig az idősekben ez akár a 20%-ot is elérheti.

Postoperatív sebfertőzés: minden sebészeti beavatkozás utáni sebet, amelyből genny ürül (a mikrobiológiai tenyésztés eredményétől függetlenül) nosocomiális sebfertőzésnek kell tekinteni.

Nosocomiális alsó légúti fertőzések: azokat az alsó légúti fertőzéseket tekintik kórházi eredetűnek, amelyek csak 72 órás kórházi tartózkodás után jelentkeznek. Ezek leggyakrabban pneumóniák.

Nosocomiális sepsisek: primer és secunder kórházi eredetű sepsiseket különítenek el. A primer nosocomiális sepsisben a fertőzés góciát nem sikerül kideríteni (koraszülöttek, újszülöttek, neutropeniások), de akkor is elsődleges kórházi eredetű sepsisről beszélünk, ha a kórokozó iv. kanülálás, ill. katéterezés kapcsán kerül be a véráramba. Másodlagos nosocomiális sepsis esetén már

ismert gócból indul ki a fertőzés.

Az egyéb nosocomiális infekciók:

Bőr és lágyrész infekciók kb. 35%

Enteritis 15%

Felső légúti infekciók 12%

Neutropeniás láz 7%

Oralis candidiasis 6%

Kerato-uveitis 5%

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	148	78	72	19	235	552
1996	183	131	89	36	201	640
1997	200	249	133	36	463	1081
1998	190	227	123	27	420	987

1. táblázat A nosocomiális infekciók a Zala Megyei Kórházban

1995-96-ban az infekciók közül a pneumónia fordult elő legnagyobb számban. Az egyéb infekciók közül decubitus, kanül phlebitis és légúti fertőzés adta az esetek zömét.

1997-től a sebfertőzés került az első helyre, a húgyúti fertőzés a harmadik helyen található. Külföldi irodalmi adatok alapján a húgyúti fertőzés áll az első helyen. A bejelentett száma 97-ben jelentős mértékben nőtt, majd 98-ban egy mérsékelt csökkenés tapasztalható.

Nosocomiális infekciók a magas rizikójú osztályokon

Általános sebészet

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	18	38	9	2	26	93
1996	21	70	3	-	31	125
1997	29	139	25	7	60	260
1998	31	104	17	2	66	220

A táblázatból kitűnik, hogy a jelentett kórházi fertőzések száma folyamatosan emelkedett, 1997-ben 100%-kal volt több az előző évhez viszonyítva. Mivel műtétes osztály, ezért a sebfertőzés áll az első helyen, ezt követi a pneumónia, majd a húgyúti fertőzés. Az osztályon bevezették a műtéti terület műtét napján történő borotválását. A kórtermekben kézfertőtlenítőket helyeztek el, így biztosították a sebkötözések közötti higiénés kézfertőtlenítést. 1997 óta infektológus szakorvos látogatja az osztályt, a vizitek során figyelemmel kíséri az intézet által kidolgozott antibiotikus profilaxist, az alkalmazott antibiotikus terápiát. Infekciók esetén javaslatot tesz mintavételekre, alkalmazott antibiotikus terápiára. Az osztály évente átlagosan 300-350 mintavételt küld bakteriológiai vizsgálatra. A mintavételek 70%-a sebváladék, 30%-a haemokultura, vizelet, drenázs. Kórokozók: 42% Gram pozitív: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, S. béta haemolizáló, S. alfa haemolizáló, a Gram negatív 42%: Escherichia coli, P.aeruginosa, Acinetobacter, Enterobacter spp., Klebsiella, Citrobacter, Protea. 1% Candidia albicans, 15% Anaerobok (Clostridium spp. Pertococcus spp. Bacteroides spp.).

Traumatológiai osztály

Év	Nosocomiális infekciók
----	------------------------

	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	6	11	5	□	21	42
1996	16	36	24	□	44	120
1997	17	40	31	1	7	96
1998	19	64	18	2	46	149

A táblázatból kitűnik, hogy 1996-ban mintegy a háromszorosára emelkedett a jelentett kórházi fertőzések száma. 1997-ben kismértékben csökkent a jelentett esetek száma, majd 98-ban ismét növekedés tapasztalható. 1995-96-ban a sebfertőzés után a húgyúti infekció következik és a pneumónia a harmadik helyen található. 1998-ban a sebfertőzést a pneumónia követi és a húgyúti infekció a harmadik helyen van. Az egyéb infekciók közül a felső légúti fertőzés és a decubitus a számottevő. Az infekciós ráta 5-7%. A decubitus kivédésére - mivel ápolási segédeszközök (decubitor matrac-ágy) nem állnak rendelkezésre - az infektológiai osztály kidolgozta a decubitus megelőzésének és kezelésének protokollját. Ezt a szisztémát vette át az intézet valamennyi osztálya, ahol decubitus előfordul. A protokoll alapján egyénre szóló forgatási szisztémát biztosítanak, és a beteg állapotától függően 2-3 óránként forgatják a beteget és ezt dokumentálják. Az osztályról évente átlagosan 160-210 mintavétel történt. A mintavétel 80%- a sebváladék, 20%- a haemokultura, és vizelet. Kórokozók 64% Gram pozitív: S. aureus,- (Oxa.R MRSA) 2 esetben a beteg elkülönítése megtörtént, Streptococcus pyogenes, S.agalactiae, S. alfa haemolizáló, S. béta haemolizáló. Gram negatív: 31% Pseud.aeruginosa, Serratia marcescens, Enterobacter spp.,Escherichia coli, Klebsiella spp. Protae, Staphylococcus aureus, és 5% Anaerobok.

Szülészet-nőgyógyászati osztály

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	□	6	5	□	20	31
1996	4	7	25	□	17	53
1997	□	37	31	□	26	94
1998	□	25	24	□	14	63

A táblázat alapján látható, hogy a jelentett fertőzések száma alacsony. 1997-ben háromszorosára nőtt a regisztrált infekciók száma az 1995. évihez viszonyítva. A sebfertőzés és a húgyúti infekción kívül az egyéb fertőzés zömét az endometritis alkotja. Infekciós ráta 3-4%. Mintavételek száma 950-1000, amely cervixváladék, genny, nőgyógyászati punktatumok, sebváladék; 44% Gram negatív: Acinetobacter lwoffii, P.eaeruginosa, Escherichia, Enterobacter, Klebsiella, Proteus. 49% Gram pozitív: Enterococcus faecalis, Streptococcusok: béta haemolizáló, pyogenes, alfa haemolizáló, Staphylococcus aureus, és 7% gombák.

Intenzív osztály

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	14	1	11	6	13	42
1996	10	3	12	4	20	49
1997	9	3	10	8	7	37

1998	17	7	20	8	37	89
------	----	---	----	---	----	----

A táblázatból kitűnik, hogy a kórházi fertőzések közül a húgyúti fertőzés áll az első helyen, ezt követi a pneumónia és a sepsis. 1996 tavaszán *Serratia marcescens* járvány volt az osztályon. Az ÁNTSZ mikrobiológiai laboratórium jelzése alapján a kórházhygiénes szolgálat tenyésztéseket végzett az osztályon. A kórokozót kimutatták felületről vett mintákból, tracheából, subklavia kanülből, vizeletből, haemokulturából és steril Salsol A infúziós oldatból, amelyet az injekciók oldására használtak fel. A járvány kialakulásában szerepet játszott az alacsony nővérlétszám, ami miatt nem volt biztosított, hogy az elkülönített beteget külön nővér lássa el, az ápolási eszközök - védőruházat hiánya, valamint a nem megfelelő higiénés kézfertőtlenítés. A megyei epidemiológus, a kórházi hygienikus, valamint az epidemiológiai bizottság elnöke együttesen kivizsgálta az esetet és a helyzet megoldására ajánlásokat tettek az intézet vezetésének. A kórházi fertőzések jelentése nagyon korrekt, az infekciós ráta 21-22%.

Mintavételek száma 120-140 tracheából, haemokulturából, vizeletből, sebváladékból, kanülből történt a leoltás. Kórokozók: 50% Gram negatív: *P. aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Enterobacter*. 49% Gram pozitív: *Enterococcus*, *Streptococcus pyogenes*, -agalactiae, -alfa haemolizáló. *Staphylococcus aureus*, 1% gomba.

Urológia

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	□	1	□	□	□	1
1996	1	1	1	□	2	5
1997	3	5	□	□	5	13
1998	1	4	5	□	11	21

A táblázat alapján látható, hogy a jelentett esetek száma alacsony: 95-96-ban első helyen a húgyúti fertőzés áll, majd a következő évben ezt a sebfertőzés előzi meg. A mintavételek száma nagyon alacsony, évente 40-50, ami vizelet és sebváladék. Az osztályon haemokultura mintavétel nem történik. Infekciós ráta : 4,1%. A kórokozók 56%-ban Gram negatív: *Acinetobacter*, *P. aeruginosa*, *E. coli*, *Enterobacter* 36%. Gram pozitív: *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus*ok, *Staphylococcus aureus*, 8%-ban anaerobok.

Ortopédia

A nosocomiális fertőzések száma nagyon alacsony ennek oka lehet, hogy a betegeknél a műtétek tervezettek és kivizsgált állapotban kerülnek felvételre. Infekciós ráta 1,52%.

Szívsebészet

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	□	1	□	□	□	1
1996	1	1	1	□	2	5
1997	3	5	□	□	5	13
1998	1	4	5	□	11	21

1995-96-ban a jelentett esetek minimálisak voltak. 1997-től folyamatos emelkedés figyelhető meg, ennek oka, hogy az osztály vezetésében változás történt és elismerik és jelentik az előforduló kórházi fertőzéseket. 1997-ben a sebfertőzés valamint az egyéb (felső légúti) infekciók azonos számban fordultak elő, ezt követi a pneumónia.

1998-ban első helyen az egyéb infekciók (felső légúti, canül phlebitis) található, ezt követi a húgyúti fertőzés és harmadik helyen a sebfertőzés áll.

Infekciós ráta 3,8%. 1998-ban a mintavételek száma 235: haemokultura, vizelet, sebváladék, trachea váladék, mellkaspunktatum, katéter és branül volt.

Kórokozók: Gram negatív 51%: Pseudomonas aeruginosa, Serratia spp., E. coli, Klebsiella, Enterobacter, Proteae. Gram pozitív 44%: Enterococcus faecalis, Streptococcusok, Staphylococcus aureus. Anaerob: 1%, gomba 4%.

Nosocomiális infekció a magas rizikójú belgyógyászati típusú osztályokon

Infektológia

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	9	2	2	□	15	28
1996	9	6	□	□	37	52
1997	16	2	□	2	63	83
1998	18	□	□	□	55	77

Az osztály profiljához tartozik a légúti, enterális, a májbetegségek minden csoportja valamint idegrendszeri megbetegedések is. Ezért a betegforgalom több mint 10%-át a súlyos, comatosusos májbetegeket, nyelőcsővérzők, a purulens meningitisek alkotják. Ez a magyarázata arra, hogy a kórházi fertőzések közül a pneumónia fordul elő legnagyobb számban. A sebészetről átvett operált betegeknél a nem jelentett sebfertőzést regisztrálták az osztályon. Mivel sok az olyan beteg, akinél tartós parenterális táplálás szükséges, ezért a betegeknek nagyon gyakran alkalmazzák a vénás kanülöket. A kanülök behelyezésekor a kötésre ráírják a bekötés időpontját, valamint a lázlapon is jelölik. Így biztosítva van, hogy a kanült maximum 72 óra múlva eltávolítják, vagy amennyiben szükséges újabbat kötnek más vénába. Infekciós ráta 3,7%. Az osztályon történik az intézeti szinten legnagyobb haemokultura mintavétele. Itt került elhelyezésre egy 50 férőhelyes termosztát, amelybe elhelyezik a kórházban levett haemokulturás palackokat. Amennyiben a készülék pozitív palackot érzékel, azt az ÁNTSZ - be továbbküldik, az osztályra pedig visszajeleznek, hogy aerob vagy anaerob palack volt a pozitív.

1998-ban 790 mintavétel történt vizeletből, sebváladékból, haemokulturából, mellkas-hasúri punctatum-ból, köpet - garat váladékból és liquorból. A Gram pozitív kórokozó 43%: Enterococcus faecalis,-faecium, Streptococcusok, S.aureus- MRSA. Gram negatív 50%: P.aeruginosa, Citrobacter spp. Enterobacter spp. E. coli, Klebsiella, Salmonella, Haemophilus spp. Gomba 6%, Anaerob 1%.

Krónikus és Rehabilitációs osztály

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	10	2	6	□	26	44
1996	4	□	□	3	5	12
1997	22	□	□	□	63	85
1998	24	2	4	□	51	81

A táblázat jól tükrözi, hogy a kezdeti aktív surveillance tevékenység 1996-ban jelentősen csökkent; oka, hogy csak egy nővér végezte e tevékenységet és ez az osztály a kórház egy külső telepén található.

A szervezett továbbképzés hatékonysága bizonyítja, hogy 1997-ben nagy fokú javulás tapasztalható a jelentési kötelezettségben. Az infekciók közül első helyen a pneumónia található, mivel elesett, több rizikótényezővel rendelkező beteget ápolnak. Az egyéb infekciók közül a felső légúti fertőzés a kiemelendő. Infekciós ráta 8%.

I. Belgyógyászat

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	4	□	5	4	□	44
1996	□	□	1	6	11	18
1997	4	□	□	7	42	53
1998	3	□	4	2	39	48

Az osztályon onkológiai, hematológiai és immunbetegeket kezelnek. A kórházi fertőzések közül a pneumónia eseteinek száma közel azonos a négy év során. Jelentős a sepsis eseteinek száma is. Az egyéb infekciók közül a légúti fertőzések, és a candidiázis a kiemelendő. Infekciós ráta 2.5%. 1998-ban 680 mintavétel történt haemokulturából, vizeletből, sebváladékból, torokváladékból. Gram negatív kórokozó 55%: Acinetobacter calc. P.aeruginosa, Enterobacter spp. Citrobacter spp. E. coli, Klebsiella, Haemophylus spp. Gram pozitív 41%: E. faecalis,-faecium, Streptococcusok, S. aureus. Gomba 8%, anaerob 1%.

Gyermek-Koraszülött-PIC

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	1	□	□	□	18	19
1996	2	□	□	2	18	22
1997	□	□	□	1	29	30
1998	5	□	□	□	20	25

Az egyéb infekciók közül a felső légúti fertőzés és az enteritis kiemelendő. Infekciós ráta 1%. 1995-96-ban az egyéb esetek száma azonos, leggyakoribbak a felső légúti fertőzések és az enteritisek. 1996-ban azonos számban fordult elő pneumónia és sepsis. 1997-ben nőtt majd 1998-ban csökkent az egyéb fertőzések- és emelkedett a pneumóniás esetek száma. Mintavételek száma alacsony haemokulturára vért nagyon ritkán vesznek, a mintavételek vizeletből, sebváladékból, garatról, köldökről, gyomor és hallójáratból történik. A PIC.-en 205 mintavétel történt 1998-ban. Gram negatív kórokozó 55%: P.aeruginosa, E. coli, Citrobacter, Klebsiella pneumoniae. Gram pozitív 41%: E.faecali, Streptococcus agalactiae, Staphylococcus aureus. Anaerob 4% (Clostridium).

Neurológia

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen

1995	48	<input type="checkbox"/>	1	1	3	53
1996	33	<input type="checkbox"/>	1	1	<input type="checkbox"/>	35
1997	47	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	16	69
1998	46	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	23	77

A kórházi fertőzések száma 1996-ban kis mértékben csökkent, majd 1997-től infektológus szakorvos osztálylátogatásának eredményeként jelentős javulás volt tapasztalható. Az infekciók zömét a pneumónia adja, ezt követi a húgyúti infekció mely a katéter alkalmazásának következménye. Infekciós ráta 3,1%.

Bőrgyógyászat

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	5
1996	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	5
1997	2	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	28	31
1998	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	15	17

1995-96-ban azonos számban fordult elő kórházi fertőzés. 1997-ben erysipelas járvány miatt jelentősen több kórházi fertőzést jelentettek. A járvány oka az volt, hogy az osztályon lévő kezelőhelyiségben látták el az ambuláns betegeket is, ezért nagy volt a zsúfoltság.

Az osztályon helyszíni szemlét tartott az infektológiai osztály főorvosa, a kórház higiénikusa és javaslatot tettek a járvány megakadályozására. Az osztály külön helyiséget kapott az ambuláns betegek ellátására, így a zsúfoltságot megszüntették. Infekciós ráta 2%

Nosocomiális infekciók az alacsony rizikójú osztályokon

Psychiátria

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	7	<input type="checkbox"/>	2	1	8	18
1996	16	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	24
1997	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	34
1998	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	14

A táblázat alapján látható hogy a kezdeti évhez viszonyítva folyamatos emelkedés tapasztalható 1997-ig, 1998-ban jelentős csökkenés figyelhető meg. Ennek oka, hogy nővér nem látogatta az osztályt és orvosváltás történt. A nosocomiális tevékenységgel megbízott orvos szakvizsgára készült és helyette ezt a feladatot más látta el. Az infekciók közül első helyen a pneumónia áll, az egyéb fertőzések jelentős hányadát a felső légúti fertőzések adták. Infekciós ráta 1998-ban 0,5%.

Pulmonológia

Az első két évben a kórházi fertőzések száma azonos volt. 1995-ben 14 bronchoscópos váladék leoltásból *Serratia marcescens* kórokozó tenyésztett ki. A kórház hygiénes osztály az esetet kivizsgálta és leoltásokat

végeztek. A colonizáció eszközfertőtlenítés hibából következett be. 1997-ben a kórházi fertőzések száma jelentősen nőtt, mivel influenzajárvány volt az osztályon. A dolgozók közt 4, a betegek közt 21 megbetegedés fordult elő. Az infekciók zömét a pneumóniás megbetegedés adta. Infekciós ráta 1,5%.

II. Belgyógyászat

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	1	8	10
1996	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	12
1997	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	21	25
1998	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	22

A táblázatból az első két évben közel azonos esetet jelentettek. 1995-ben az egyéb infekciók közül a felső légúti fertőzés volt jelentő, 1996-ban a pneumónia volt az első számú infekció. 1997-ben a bejelentett esetek száma megduplázódott. 1998-ban a jelentett esetek száma minimálisan csökkent, de az osztályon felső légúti infekció alakult ki. 18 megbetegedés fordult elő: 8 nővér és 10 beteg. A kórokozó azonosítása során 2 esetben Chlamydia pneumoniae antigént igazoltak. Infekciós ráta 1,1%.

Fül-orr-gégészeti

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	4	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	14
1996	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
1997	1	2	1	<input type="checkbox"/>	7	11
1998	3	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	11

Az elmúlt 4 év során közel azonos volt a jelentett esetek száma, kivéve 1996-ban, amikor csak 1 sebfertőzés volt. Az infekciók közül a sebfertőzés és a pneumónia, az egyéb infekciók közül a légúti fertőzés volt a jellemző. Infekciós ráta 0,7%.

Kardiológia

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1996	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	7
1997	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	11
1998	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	2

1995-ben fertőzést nem jelentettek. 1996-97-ben pneumóniás és felső légúti megbetegedést jelentett az osztály. 1998-ban egy esetet regisztráltak. Infekciós ráta 0.3%. Az adatokkal nem vagyunk elégedettek, az infekciós esetek száma valószínűleg több.

Szemészet

Év	Nosocomiális infekciók					
	Pneumónia	Sebfertőzés	Húgyúti fertőzés	Sepsis	Egyéb	Összesen
1995	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	7	8
1996	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3
1997	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	3
1998	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az első 3 évben a jelentett esetek száma minimális, húgyúti és felső légúti fertőzés volt. 1998-ban fertőzést nem jelentettek.

Összefoglalva

Kórházunkban az infekció kontroll hatékonyan működik, 1997 évtől infektológus szakorvosok nosocomiális vizitet tartanak heti 1 alkalommal a kiemelten magas rizikójú osztályokon. A vizitek során figyelemmel kísérik az intézeti szinten kidolgozott műtéti antibiotikus profilaxisokat, az antibiotikus terápiát, amennyiben szükséges, javaslatot tesznek a terápia módosítására, mintavételekre. Havonta 1-2 osztály 30 db. kórlapját tekintik át az adott osztály vezető főorvosával, kórházi főgyógyszerésszel, és az Epidemiológiai Bizottság elnökével, hogy megfelelő volt-e az AB profilaxis, valamint az alkalmazott antibiotikus terápia.

Az infekció kontroll hatékonysága a kórház számára jelentős megtakarítást eredményezett gyógyszerköltségben.

	Az intézet gyógyszer-költsége	Ebből: antibiotikum költsége (AB)
	millió Ft.	
1995	334	51,1
1997	542	64,3
1998	442	68,0
1999.I. félév	212	34,6

Egyrészt a racionalizált gyógyszerfelhasználásból, másrészt a gazdasági helyzet szorító intézkedésének eredményeként 1998-ban 100 millió Ft volt a megtakarítás az előző évhez viszonyítva. Az elmúlt négy évben a gyógyszerárak folyamatosan emelkedtek, ennek ellenére az AB. költsége szinte azonos az elmúlt 3 évben.

Az Epidemiológiai Bizottság negyedévenként ülésezik, beszámol a kórházvezetésnek tevékenységéről, aktuálisan felmerülő problémákról, házi járványokról. A mikrobiológus ismerteti az osztályok baktérium törzseit, rezisztens törzseket és a gyógyszerérzékenységüket.

Kiemelten fontos feladat az MRSA-val fertőzött betegek felderítése, a fertőzött beteg adekvát kezelése. 1994 óta bevett gyakorlat, hogy a mikrobiológiai laboratórium telefonon és levélben értesíti az infektológust, amennyiben valamelyik osztályról MRSA-törzset tenyésztettek ki. Az infektológus felveszi a kapcsolatot az érintett osztállyal, és amennyiben a beteget megfelelően nem tudják elkülöníteni, úgy az infektológia átveszi.

Kórházunkban az infekciós ráta 3%, az infekció surveillance fejlesztésével a regisztrált infekciók száma lassan megközelíti a realitást. A cél természetesen a kórházi infekciók számának csökkentése, de ehhez ismernünk kell a reális számokat, amelyekhez későbbiekben viszonyíthatunk.

Irodalom:

1. Dr. Kende Éva: Kórházi fertőzések, kórházi járványok - Budapest, 1992.
2. Dr. Böröcz Karolina - Dr. Kende Éva - Dr. Solt Katalin: A nosocomialis fertőzések járványtana, Gyakorlati infektációs kontroll - HIETE Budapest 1998.
3. Dr. Kende Éva - Dr. Böröcz Karolina - Dr. Járó Zita: Mi a nosocomialis surveillance és mi haszna van belőle a kórházaknak - Kórház II. évf. 1995/22. szám 44-45. old.
4. Dr. Losonczy György: Ajánlás a fertőzéses manifesztáció jellegének definiálására - Orvosi Hetilap 134. évf. 79-82. old.
5. Osváth Anna: Florence Nightingale - Budapest, 1959.
6. Dr. Székely Sándor: Az orvostudomány története - Budapest, 1961.
7. Nyerges Gábor: Infektológia □ Fertőzéses kórképek a klinikai gyakorlatban

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a főoldalra](#)

Az ápolástudomány szerepe az egészségtudományok rendszerében **Dr. Zrínyi Miklós, Ph.D.**

(Elhangzott: Magyar Orvosok Millenniumi Világtalálkozója, Szeged, 2000. augusztus 18.)

Az ápolás nevében is megtiszteltetés, hogy számot adhatunk az ápolás mint tudomány utóbbi évtizedeinek fejlődéséről. Rövid előadásomban szeretném feloldani azt a polémiát, amely az ápolás tudományos jellegét vitatja, és rámutatni arra, hogy az ápolástudomány hiánya egyben a társtudományok veszteségét is jelentené. Az ápolás mint tudomány fiatal, mindössze 150 éves múltra tekint vissza. Az alapok lerakása azonban egy világhírű, korának szellemiségét jóval megelőző ápolónő személyéhez, Florence Nightingalehez kötődik. Nightingalének köszönhetjük az ember és környezet kölcsönhatásának vizsgálatát, a megfigyelésre alapozott, dokumentált ápolást, az epidemiológiai szemléletű gondolkodást, és végül a statisztikai elemzésre alapozott következtetések levonását. Mindezek ma már a modern tudományos kutatás eszköztárában alapvető kellékek. A tudományról alkotott definíciók száma talán éppen olyan sokféle lehet, ahány tudós él a Földön, egyben azonban mind egyetért: tudomány csak átfogó, minél szélesebb körben általánosítható és alkalmazható elméletekre épülhet. Ilyen elméletek, köszönhetően Martha Rogers, Sister Callista Roy, Dorothea Orem és sok más, az 50-es évek Amerikájában élő ápolásfilozófus munkásságának, napjainkig adnak feladatot az ápoláskutatóknak.

Thomas Kuhn, ugyancsak híres amerikai tudományfilozófus szerint egy adott tudomány fejlettségére utal a metaparadigma létezése: azé az elméleté, amely közös nyelvet teremt a kutatók számára, kijelöli a kutatási irányokat, de legfőképp általános magyarázatot nyújt minden megelőző elméletre. Ilyen magas fokú szintézis leginkább a természettudományok kiváltsága, talán az einsteini relativitás vagy a kvantummechanika lenne megfelelő példa.

Az ápolás számára ma még a nagy feladat a közös nyelv megteremtése, ami az első lépcső a metaparadigmához vezető úton. Ezen a területen az eredmények egyértelműek: az ápolási diagnózisok □ amelyek az ápolói beavatkozások, protokollok közös nyelvét definiálják □ Amerikában a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) égisze alatt fejlődtek ki rapid módon, Európában pedig az Európai Unió által támogatott Telenurse program, amelynek mi is aktív részesei vagyunk, hasonló kezdeményezést jelent.

Az ápolás tudományos jellegét bizonyító végláthatatlan tények sorából engedjék meg, hogy csak néhányra hívjam fel a figyelmüket.

Ha valaki az egészségügyi kutatások tekintetében kíván tájékozódni, milyen forráshoz fordul szinte önkéntelenül? Nyilvánvaló, 100 emberből 99-nek a □MEDLINE□ adatbázis jut eszébe először. Azt azonban csak kevesen tudják, hogy kapacitásában szinte azonos a □CINAHL□, ami az ápolás és paramedicinális szakirodalom kizárólagos feldolgozója! Ne felejtjük el azt sem, hogy az ápoláskutatás □ zárójelben jegyzem meg, elengedhetlen feltétele a tudományos tevékenységnek □ dinamikus fejlődése mára olyan közlési igényt teremtett, ami a tudományos szaklapok számának sosem látott növekedését hozta. A MEDLINE adatbázisban keresve 355 olyan orvosi szaklap fordult elő, amiben a □medicine□ szót megtaláljuk, és 259 olyan, amelyben a □nursing□ szerepel. Nem lehet nem elismeréssel szólni erről az ápolásban fellelhető szellemi gazdagságról. Nyilvánvaló, ha tudományról és kutatásról esett szó, szükség van azokra az ápolástudósokra is, akik mindezt megvalósítják. Csak az Egyesült Államokban 86 egyetemen folyik doktori képzés ápolástudományban, évente közel 1500 új, elszánt tudóssal erősítve az intenzív ápoláskutatói programok igényeit. Európa ugyan lassabban, de szintén jelentős mértékben fokozza az ápolástudósok képzési ütemét. Hazánkban □ eltérően környező országaink némelyikétől - a doktori képzés közeli álom. Az egyetemi okleveles ápoló képzés elrendelése egy lépéssel közelebb visz minket ennek az álomnak a megvalósításához.

Gyakori vita tárgya, vajon akadémiai rangra tör az ápolás vagy az alkalmazott tudományok sorában kéne szerepelnie inkább? Az akadémiai státusz eldöntött tény. Az Amerikai Ápolási Akadémia tagjai egyenértékűnek vallják magukat, teyük hozzá minden joggal, más tudományterületek képviselőivel. Ám van ennél döntőbb érv is.

A tudóstársadalomban szinte közhely, hogy igazi tudomány az, amely képes a kutatásra fordított állami mecenatúrából részesedni. Itt megint csak kénytelen vagyok a világ legfejlettebb ápolásával rendelkező ország idevágó gyakorlatára visszautalni. Az Egyesült Államokban működő NIH (National Institutes of Health), amely egyben ellátja a szervezett egészségkutatási programok koordinációját is, 18 önálló divízióval rendelkezik. Ebben kapnak helyet a daganatos betegségekkel, a diabétesssel és más krónikus betegségekkel, a szív- és keringési elváltozásokkal, a HIV/AIDS gyógyításával és sok más egészségi problémával kapcsolatos kutatások. A 18 önálló intézet egyúttal az Egyesült Államok egészségkutatási prioritásait is megjeleníti. Nem kevés büszkeség töltheti el a tudományos elismerést követelő ápolást annak láttán, hogy a 18 intézmény egyikében, kiemelt kutatási irányként, önálló költségvetés alapján, független ápoláskutatási programokat finanszíroznak. Létezik hazánkban is az NIH-nek megfelelő EFKI, a nemrég létrehozott Egészségfejlesztési Kutató Intézet. Sajnos az EFKI-ben mindeddig nem sikerült az ápolást hasonlóan kedvező helyzetbe hozni.

Az akadémiai elismerés ugyan fontos része egy tudomány fejlődésének, ellenben a csak akadémiai szintű tudományfelfogás az ápolás számára csapda is lehet. Az ápolás nincs abban □ a természettudományok némelyikét megillető □ kedvező helyzetben, hogy pusztán elméleti síkú fejlesztéssel önmagát határozza meg. Az ápolás társadalmi küldetése folytán a korszerű betegellátás, gondozás elősegítését tartja szem előtt, elméleti ezért a gyakorlati problémák megoldását veszik célba. Tudása alkalmazott tudás kell hogy legyen, tudománya szükségszerűen alkalmazott tudomány is.

Az ápolás sajátos kettősségben azért küzd, hogy megmutassa a világ számára azt, ami egyedi, csak rá jellemző tudásként tartható számon, és ezzel megteremtse legitím tudományos bázisát. Ebben a küzdelemben semmiképpen sem szeretne izolálódni a társtudományoktól. Jó példa erre az új iránti fogékonyság, gyors reagáló készség. Napjaink klinikai gyakorlatát is irányítani kívánó tudásnak a Cochrane által felállított Evidence Based Medicine (bizonyítékon alapuló orvoslás) alapelveinek kell megfelelnie. Alig bontakozott ki ez az új tudományos szemléletmód, már megjelentek nyomtatott szakmai fórumai is. Az *Evidence Based Medicine*, valamint az *Evidence Based Health Policy and Research* folyóiratok a medicina szócsövei. Örömmel vehetjük tudomásul, hogy csupán rövid késéssel, de létrejött az *Evidence Based Nursing* (bizonyítékon alapuló ápolás) folyóirata is, nincs tehát szégyenkezni valónk. A hazai palettán pedig egyre erősebben érezhető a NŐVÉR ápolástudományi folyóirat által meghirdetett misszió a bizonyítékon alapuló ápolás támogatására.

Az ápolás idejekorán ismerte fel, hogy a klasszikus tudományok kora a XXI. században lejárt. Helyüket az interdiszciplináris gondolkodás veszi át, amelyre keresve sem találunk jobb példát az ápolásnál. Úgy képes integrálni más tudományok tudásanyagát, hogy közben saját, önálló elméletrendszerét fejleszti vele. Ettől válik az ápoló az orvos mellett független, önállóan cselekedni képes munkatárssá.

Tudjuk, nagy a remény a világban, hogy a genetikai forradalom megváltást hoz az emberiség számára. Kívánjuk, minél előbb élvezzük ennek gyümölcseit. Az ápolás szerepe azonban nem hogy csökkenne a genetikai forradalom által, hanem még fokozottabbá válik az igény a korszerű ismeretekkel rendelkező, a tudományos eredmények talaján eligazodó és tevékenykedő ápolók iránt. És addig is, amíg e megváltás nem válik kézzelfogható valósággá, mi, akik a tudományképviselei vagyunk, és nap-nap után újítjuk meg erőfeszítéseinket egy egészségesebb világ érdekében, érezzük és valljuk, hogy az ápolástudomány fejlesztése mind-annyiunk közös ügye.

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a főoldalra](#)

Egészségügyi Szakdolgozók XIII. Kongresszusa 2000. augusztus 28-30., Debrecen

Az Egészségügyi Szakdolgozók Országos Kongresszusa mindig jelentős esemény volt a tudományos egészségügyi rendezvények széles palettáján, de 1970-ben még senki sem sejtette, hogy az ezredfordulóra nagyságát tekintve is a legnagyobb (1867 fő résztvevő) kongresszus lesz.

A rendezvény házigazdája 1970-től 15 éven át a debreceni Kórház volt.

Megtiszteltetés és öröm volt számunkra, hogy a Millennium évében ismét mi kaptuk meg a rendezés jogát. Ugyanakkor óriási felelősség is, hisz az új iránti nyitottságunk mellett a hagyomány és a hagyomány ápolása is kötelezett minket.

Ez a kongresszus alkalmat adott arra is, hogy együtt ünnepeljünk Dr. Pinczés László nyugdíjas főigazgatónkkal, aki az 1960-as évek végén felismerte azt, hogy az ápolóknak is lépést kell tartaniuk a tudomány fejlődésével, hallatni kell a hangjukat ahhoz, hogy mások is meghallják, megismerjék és elismerjék munkájukat.

Ő 15 éven keresztül változatlan odaadással és felelősséggel, jó házigazdaként adott otthont a tanácskozásnak. Ezért mi magyar ápolók hálával és köszönettel tartozunk neki. A XIII. Kongresszuson Dr. Gógl Árpád

egészségügyi miniszter ezért a tevékenységéért Dr. Pinczés László nyugalmazott főigazgatónak Batthyány-Strattmann László díjat adományozott. Ha visszatekintünk az elmúlt években, évtizedekben elhangzott előadásokra, jól látható az ápolás, az ápolástudomány fejlődése, önállósága a tudományok rendszerében, jól tükröződik az ápolás oktatásának a fejlődése, tudásunk sokszínűsége. De visszaköszön az is, hogy az elmúlt 5 évben az ápolással foglalkozó számtalan könyv jelent meg. A kongresszusra 296 dolgozat érkezett, amelyek döntő többségükben önálló kutatásra épültek. Nem volt könnyű dolga a Bíráló Bizottságnak, amíg kiválasztotta és előadásra javasolta a 139 dolgozatot és 22 posztert.

7 témakörben
hirdettünk
pályázatot:

1. témakör:
Változások az
alapellátás területén,
2. témakör: Új
lehetőségek a
diagnosztikában,
3. témakör: A
szakdolgozók
szerepe a sürgősségi
betegellátásban,
4. témakör: Az
ápolás
minőségfejlesztési
feladatai a
fekvőbeteg
ellátásban
5. témakör: Az
ápolás
továbbfejlesztésének
kérdései,
6. témakör:
Egészségügyi
képzés az új
évezredben,
7. témakör: A
megszerzett tudás
sokszínűsége.



*A Debreceni
Egyetem
zsúfoltságig megtelt
Aulája.
A plenáris ülést dr.
Gógl Árpád
egészségügyi
miniszter is
megtisztelte
jelenlétével*

Az előadások 22 szekcióban zajlottak, a tantermek zsúfolásig megteltek. Külön öröm volt számunkra, hogy a szekcióüléseken sok-sok aktív hozzászólás volt, a feltett kérdésekre az előadók frappánsan, a témájukat jól ismerve tudtak válaszolni. Mindez az ápolók magas szintű szakmai képzettségét igazolja. Az előadások nagy része mutatós, átlátható, érthető ábrákkal gazdagítva került előadásra, maximálisan kihasználva a technikai eszközök lehetőségét. A sok érdekes előadásból 23-at javasolt díjazásra a szakmai Bíráló Bizottság. (A Nővér folyóirat különdíját □ egyéves előfizetést kapták: Blága Anna és Csige Julianna Pándy Kálmán Kórház, Gyula; Miklós Mónika és Pérczyné Fábián Katalin, Petz Aladár Kórház, Győr. A Szerk.) Házigazdaként örömmre szolgált, hogy ilyen nagyszámú előadót, érdeklődőt fogadhattunk ezen a

kongresszuson. Őszinte örömet okozott, hogy a magas színvonalú szakmai munka mellett a társasági rendezvényeken is nagyon jó hangulat alakult ki. Bizom benne, hogy kolléganőink, kollégáink a kongresszus után feltöltődve, újult erővel, elkötelezettséggel tudják vállalni az új kihívásokat.

A jövő évben, 2001-ben, a szakdolgozói kongresszust a győri Petz Aladár Kórház rendezi. A rendezéshez sok sikert, erőt és egészséget kívánunk a győri ápolóknak.

*Petrikné Jakab Zsuzsanna
ápolási igazgató
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet*

Dr. Gógl Árpád egészségügyi miniszter köszöntője Konferencia megnyitóján

Hölgyeim és Uraim, tisztelt Munkatársaim!

Szeretettel köszöntöm Önöket, a magyar egészségügy egész életre elkötelezett művelőit, egy vagy több szakterületen tudást és gyakorlatot szerzett, a gyógyítás és ápolás tudományának és művészetének fejlődését érdeklődéssel követő, az egészségügy és az egész ország közéletét aktívan élő munkatársait.

Önök, mintegy másfélezren, annak a másfél százezer egészségügyi szakdolgozónak a legérdeklődőbb képviselői, akiknek tudásán, áldozatkész munkáján és emberszereteten múlik a magyar egészségügy működése.

Debrecenből indult, és államalapításunk ezeréves jubileumának évében újra Debrecenben ül össze az Önök kongresszusa, harmincéves hagyománnyal a háta mögött, kiterjedésében és jelentőségében hatalmasan meggazdagodva. A hagyomány elindítójaként tiszteljük Dr. Pinczés László főorvos urat, a Debreceni Megyei Kórház hajdani főigazgatóját, és az úton mérföldkönek tekintjük az 1988. évi győri rendezvényt, amely tudományos tanácskozásainkat kongresszusi rangra emelte.

Orvosok és □tanult kórápolók□ (Bugát Pál 150 évvel ezelőtti kifejezéssel élve) közös tulajdona, erőforrása az emberszeretetből, áldozatkész munkavállalásból és tudásvágyból táplálkozó hivatástudat. Az emberszeretet és az önfeláldozó munka évezredek óta lényegében változatlan eleme a gyógyító mesterségnek, akárhogy hívják is a művelőjét.

A hozzá szükséges tudás is ősi feltétel (valaha varázslók, javasasszonyok, szerzetesek féltve őrzött titka volt). Ennek a tudásnak a tartalma azonban, ahogy az idő telt, folyamatosan változott, s az utolsó fél évszázad folyamán a gyarapodás üteme egyre jobban felgyorsult. Ennek köszönhető, hogy ma számtalan közép- és felsőfokú szakképesítés birtokában végezzük a betegek gyógyítását és ápolását. Ezzel velejár azonban az is, hogy a speciális szaktudásunkat rendszeresen ápolnunk kell, különben nem tudjuk a tudomány és technika korszerű színvonalán kezelni és ápolni ránk bízott embertársainkat.

A fejlett országokban bekövetkezett társadalmi és gazdasági változások (amelyektől történelmi balsorsunk folytán az elmúlt 50 évben jelentősen elmaradtunk, de amelyekhez áldozatok árán is fel kell zárkóznunk), valamint az orvostudomány és egészségtudomány fejlődése szükségessé teszi egészségügyi ellátó rendszerünk átalakítását.

Ezt meg is kezdtük, végrehajtásának ütemét elsősorban az ország gazdasági lehetőségei határozzák meg. Az új struktúrák létrehozása ugyanis beruházást igényel, beruházást a magyar népesség egészségébe. Az átalakulás egyik legelső eleme a szakorvosok és az egészségügyi szakdolgozók korszerű oktatási, képzési és továbbképzési rendszerének kialakítása. Ez a lépés minden esetleges botladozás ellenére máris sikeresnek tekinthető, hiszen immár összhangban áll a fejlett európai országok képzési rendszerével. Ebbe a rendszerbe beleillik, annak értékes elemévé vált ez a kongresszus is, hiszen 10 pont értéket képvisel abban az öt éves ismeretszerző szakaszban, amely szakmai működésük újra regisztrálásához szükséges.

Az egészségügyi ellátórendszer ésszerűsítése a társadalmi szükségletek, a tudomány fejlődése és a gazdasági hatékonyság szerint alakul. Az orvostudomány fejlődésével egyre több betegséget lehet meggyógyítani, nő az átlagéletkor. Hazánkban is érezhetően növekszik az elsősorban ápolásra szoruló idős, vagy súlyos állapotokból rehabilitált emberek aránya. Az ő ellátásuk, jó életminőségük biztosítása nem aktív kórházi ágyakon, hanem ápolási intézményekben, és □szervezett módon -, lehetőleg részben vagy egészen a beteg otthonában történhet a legalkalmasabban. Ennek megvalósításával egyre több önálló szakmai felelősség nyugszik majd a szakképzett egészségügyi dolgozókon.

Magyarország lakosságának egészségügyi és demográfiai helyzete lesújtó az irányadó fejlett országokéhoz viszonyítva. Ezen javítani csak az egészség tudatos fejlesztésével, az egészség értékének társadalmi elismertetésével, a betegség aktív megelőzésével, a társadalom reprodukciós egészségének helyreállításával lehet. Ebben feladata van a társadalmi tevékenység minden ágának - az oktatástól a gazdaságig -, de kitüntetett szerepe marad az egészségügynek, azon belül Önöknek, akik értenek hozzá, és akik mindennapos kapcsolatban

állnak a családokkal, egészséges és beteg emberekkel, ifjakkal és aggastyánokkal.

Végezetül meggyőződéssel vallom, és minden lehetséges fórumon hangoztatom, hogy ha az egészség érték a társadalomnak, és a jó életminőségben töltött életevek az egyes embereknek, különleges társadalmi megbecsülés jár azoknak, akik életpályaként vállalják ezeknek a társadalmi értékeknek, és ezzel az ország minden polgárának a szolgálatát.

Jubileumi kongresszusukon együtt ünnepelek Önökkel.

Eredményes, tanulságos és szellemi élvezettel járó tanácskozást kívánok.

A Fehér Szív

Az ápolók szerte a világon hasonló problémával küszködnek, mint mi: kevés az ápoló, alacsony a pálya presztízse. Ezért az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) 100. évfordulóján bevezetett egy új nemzetközi szimbólumot, a Fehér Szívet, annak a tudásnak, szakértelemnek, gondoskodásnak, humanitásnak jelképét, amely az ápolói munkát és szellemiséget jellemzi.

A mozgalom célja:

1. Felhívni a társadalom figyelmét az ápolásra, lehetőséget biztosítani arra, hogy az emberek kifejezhessék megbecsülésüket, szolidaritásukat az ápolói hivatás iránt.
2. Felhívás az ápolóknak legyenek büszkék hivatásukra, tudásukra, szakértelmükre.

A Fehér Szív az
ápolók egy
évezredes
munkájának és az
ápolás
egészségügyben
betöltött
szerepének állít
emléket.

Az ötlet a
centenárium
tiszteletbeli
elnökétől, a híres
amerikai
színésztől,
Christopher
Reeve-től
származik. A
Superman
szerepében
ismertté vált
színész balesete
folytán maga is
megtapasztalta és
rendkívüli módon
méltányolta az
ápolás
jelentőségét a
gyógyulás
folyamatában.
Azt mondta, hogy
 az ápolók
kulcsfontosságúak
voltak személyes
gyógyulásomban,
és tudom, hogy
világszerte
emberek milliói
köszönhetik
egészségük
visszanyerését és
betegségük



megkönnyítését
az ápolók
gondoskodásának
és
szakértelmének.
Kérem, ismerjük
el az ápolóink
munkáját és
köszönjük meg,
hogyan
hozzájárulnak a jó
egészséghez a
társadalom
minden tagja
számára. □
Magyarországon
a Fehér Szív
mozgalma a
Hajdú-Bihar
Megyei
Önkormányzat
Kenézy Gyula
Kórház-
Rendelőintézet
ápolói indították
újtárára 2000.
Augusztus 27-én,
bízva abban, hogy
az ápolók ezrei
viseli majd a
kitűzött.
Az ICN ajánlást
tett közzé arról is,
hogyan
tudunk
bekapcsolódni a
mozgalomba.
Többek között azt
javasolta,
keressük a média
segítségét,
kérjük fel egy
helyi híres
személyiséget,
hogy legyen az
ápolás szószólója.

*A Fehér Szív
mozgalom
megbeszélése az
ápolás jeles
képviselőivel,
ahol Pálffy
professzor
bejelentette a
védnökséget.*

Mi Debrecenben Dr. Pálffy István professzort és családját kértük, hogy támogassa mozgalmunkat. A Pálffy család örömmel tett eleget felkérésünknek, és hivatalosan is bejelentették védnökségüket. A TV2-n ifj. Pálffy István az alábbi szlogenrel indította útjára a mozgalmat:

□ **TV2 TELJES SZÍVVEL A FEHÉR SZÍVÉRT** □

[vissza a tartalomhoz](#) [vissza a főoldalra](#)

Tudományos tényeken/bizonyítékokon alapuló ápolás 5. rész

A minőségfejlesztés módszerei: kritériumok, irányelvek, protokollok, indikátorok, standardok, audit és peer review

Dr. Gulácsi László, egészségügyi közgazdász

(Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem)

5.1 A minőségi problémák forrása: a szakember vagy az intézmény(rendszer)?

Vajon hol keresendő az alapvető minőségi problémák legfőbb oka: a finanszírozó intézményeknél, a szolgáltatóknál vagy a betegeknél? Ez a kérdés merült fel az Egyesült Államokban is, amellyel kapcsolatosan a Kongresszus illetékes bizottsága az Institute of Medicine-t bízta meg, hogy vizsgálja meg a Medicare-betegeknek ellátást nyújtó kórházak tevékenységét és a betegek szokásait. A vizsgálat eredménye szerint a problémák 80%-a nem az orvosi diagnosztikában és a gyógykezelésben keresendő, a minőségi és a pénzügyi problémák okai magában a működési rendszerben vannak. A hibák főbb okaira is rámutattak, és az elemzés eredményeként indult a The National Demonstration Project, amelynek célja a minőség emelése és a teljesítmény, az outcome fokozottabb figyelemmel kísérése volt (Boyle Creps, Colfey és mtsai., 1992). Éppen ezért azok az elképzelések, hogy a jobb minőség és a gazdaságosság fejlesztése a Próbáld még egyszer!, Csináld jobban! és Dolgozz többet! pszichés ráhatással, anyagi ösztönzőkkel és adminisztratív büntetésekkel kombinálva meghozza a minőség javulását, nem hozhatnak sikert. Balsikert és rosszabb minőséget, növekvő költségeket azonban annál inkább. Hiszen a legjobb munkatársakat, akik már így is erejük teljes megfeszítésével dolgoznak, már nincsen hova tovább motiválni; akik a minőségért eddig sem sokat tettek, azok legfeljebb átveszik az új terminológiát. Mindkét csoport meg fogja azonban kérdezni, hogy mi az, amit még egyszer meg kellene próbálni, mit csináljon jobban és hogyan dolgozzon többet. A helyi és a felső menedzsmentnek ezekre a kérdésekre pedig valamit mondania kell. Ezek a kérdések azok, amelyekre a minőségbiztosítás alkalmazásával lehet megtalálni a megoldást.

Sok vélemény hangzott el a részletekbe menően aprólékos gyógyítási és ápolási standardok felállításának, valamint a kontroll megvalósításának szakmai autonómiát csökkentő hatásáról. Egyre nagyobb egyetértést tapasztalható azonban abban, hogy ennek az ellenkezője hozhat csak tartós megoldást: nagyobb szakmai önállóság és kevesebb adminisztratív beavatkozás a kívánatos. Ez viszont egyértelműen megkívánja az ápolási szakemberektől, hogy saját maguk, szakmán belül állítsák fel a működési irányelveket, kritériumokat és standardokat, valamint gondoskodjanak azok betartásáról valamilyen tanúsítási/akkreditációs rendszer keretében. Ezzel mintegy előzetes garanciát kap a finanszírozó, hogy a dolgok ellenőrzött mederben folynak, nem várható deficit és egyéb kellemetlen pénzügyi szituáció. Minőségi garanciát kap a beteg, azaz a fogyasztó/vevő is ezen a módon.

Ezeknek a feladatoknak az ellátására jöttek létre a század elején a fejlett országokban az első egészségügyi szakmai szövetségek, és hozták létre minőségbiztosítási szervezeteiket és a fenti garanciák megléte felett örökdő akkreditációs rendszerüket. (Roberts, Coole és Redman, 1987)

5.2 Kritériumok kialakítása

Ahhoz, hogy az ápolási szakmai munka minősége tervezhető és folyamatosan fejleszhető legyen, először is a jó színvonalú betegellátás kritériumait (*) kell meghatározni. A minőségbiztosítás terminológiája szerint jó minőségű az az ellátás, amely a kritériumoknak megfelelő. A kritérium nem más, mint a jó betegellátás menetének pontos leírása, adott egyedi szituációt figyelembe véve.

() Kritérium: a teljesítés(ek) elvárt szintje, vagy annak a pontos leírása, ami szerint a tevékenységvizsgálható.*

Kialakításához többféle lehetőség is rendelkezésre áll:

- megtehetjük azt, hogy a szakmai kollégiumok terápiás, ápolási irányelveit fordítjuk le a gyakorlat nyelvére és alkalmazzuk az adott egyedi helyzetben,
- a szakmai folyóiratokban közölt tudományos eredmények alapján is kialakíthatók kritériumok, de ezek a cikkek viszonylag ritkán tartalmaznak a gyakorlatban közvetlenül felhasználható információkat,

- sokszor a hallgatóknak írt könyvek, az elméleti szempontokat jórészt mellőző, egyszerűsített összefoglalások a legjobb forrásai a kritériumok kialakításának,
- amennyiben az irodalom nem kínál megoldást, a kritériumok kialakításának a legcélszerűbb módja a saját kórházi, klinikai tapasztalat felhasználása, összehasonlítva más hasonló intézmények hasonló kritériumokkal szerzett tapasztalataival. Ez az eset fordul elő a leggyakrabban. Ahhoz viszont, hogy tanulni tudjunk a saját és a más tapasztalataiból, a kritériumoknak rögzítettnek és másokéival összehasonlíthatónak kell lenniük.

5.3 Adatok

Amennyiben a kritériumok kialakítása megtörtént, a következő lépés annak a megállapítása, hogy a napi gyakorlat mennyiben felel meg a kritériumoknak. Ennek érdekében adatokhoz és információkhoz kell jutnunk. Az adatrögzítés négy fontos lépését különíthetjük el:

- megfelelő adatgyűjtési stratégia,
- az adatforrás kiválasztása,
- az elemszám meghatározása,
- adatgyűjtés.

5.3.1 Megfelelő adatgyűjtési stratégia kiválasztása

A vizsgálandó terület megfelelő kiválasztásával olyan mennyiségű és minőségű adathoz juthatunk, amely a ténylegesen szükséges információt szolgáltatja, nem többet és nem kevesebbet, mégpedig a kellő időben a kellő helyen. Az adatgyűjtésnél igen nagy a kísértés, hogy a feltétlenül szükséges adatnál többet gyűjtsünk: □ügyis benne vagyunk, majd jó lesz egyszer valamire□. Elterjedt az a vélemény is, hogy előbb legyen □ minden gépen□ és aztán lehet csak foglalkozni a minőségbiztosítással. A ténylegesen megbízható adatok gyűjtése tárolása, naprakészségük folyamatos megőrzése, az adat- és személyiségvédelem biztosítása nagymennyiségű adat esetén nagyon költséges, illetve lehetetlen. A sokféle, nagy mennyiségű és a megbízhatóság tekintetében igen széles skálán mozgó adatok között bonyolult és statisztikailag nehezen kezelhető kölcsönhatások is fennállhatnak. Ne feledjük, nem az adatok gyűjtése a célunk, hanem ezek segítségével munkánk minőségének javítását szeretnénk elérni.

Amennyiben van világos koncepciónk arról, hogy mit és hogyan akarunk csinálni, a teljes körű adatrögzítésre irányuló törekvés feleslegesen növeli a költségeket. A prospektív és a retrospektív adatgyűjtés és analízis egyaránt használható annak érdekében, hogy a teljesítmény (outcome) adatok segítségével elemezzük az ellátás minőségét. Az ellátás minőségének prospektív, azaz menet közben történő monitorozása azt a célt szolgálja, hogy a lehető leghamarabb észlelhetőek legyenek, a bármilyen okból bekövetkező nemkívánatos jelenségek és időben be lehessen avatkozni a megfelelő teljesítmény (outcome) és így a megfelelő minőség érdekében.

5.3.2 Megfelelő adatforrások kijelölése

Alapvetően három adatforrás között választhatunk.

- Dokumentumok: A kórlapok, ápolási feljegyzések, ügyeleti naplók jól használhatóak. Ide tartoznak a laboratóriumi, röntgen és más adatok.
- Megfigyelések: Amennyiben a keresett adatok nem, vagy nem kielégítő mélységben állnak rendelkezésre, a megfigyelés a célravezető módszer. Példaként említhető a betegek vizsgálati időbeosztása, osztályok, szakvizsgálatok közötti útja, az információáramlás stb.
- Interjúk: A szóbeli, vagy írott interjúk segítségével vizsgálható a betegeknek a minőségről alkotott véleménye, a személyzet munkával való elégedettsége.

5.3.3 Az elemszám meghatározása és adatgyűjtés

Az elemszám meghatározása során a teljes körű adatfelvételtől több okból is le kell mondanunk. A főbb okok a következők:

- sok esetben a vizsgálni kívánt esemény nagyon ritka, teljes felvétel esetén is kezelhetetlenül kevés adatunk lenne,
- költséges,
- a teljes körű adatgyűjtés egyre inkább jogi akadályokba ütközik,
- sok időt vesz igénybe,
- maga a probléma is körülhatárolt, szakmailag, földrajzilag,
- teljes körű adatgyűjtés miatt elkerülhetetlenül sok a hiányzó adat vagy részadat.

Az elemszám meghatározása során két alapvető hiba követhető el: az elemszám túl kicsi, vagy az elemszám túl nagy (Gulácsi, 2000a).

Az adatgyűjtés részletesebb tárgyalása ezen írásnak nem célja, ezért ettől eltekintünk.

5.4 Klinikai (praxis) irányelvek

Az elmúlt évtizedben a klinikai irányelvek egyre nagyobb mértékben részeivé váltak a klinikai gyakorlatnak. Az irányelvek fejlesztése terén élenjáró országok: az Egyesült Királyság, Hollandia, Finnország, Svédország, Franciaország, az Egyesült Államok, Kanada, Ausztrália és Új-Zéland. A klinikai irányelvek minden nap hatást gyakorolnak a betegágy melletti ápolási döntésekre, valamint az egészségüggyel kapcsolatos kormányzati és finanszírozási döntésekre (Woolf, Grol, Hutchinson és mtsai. 1999).

Az Európai Egyeztetett Irányelv Program megfogalmazás szerint az irányelvek használatának a célja: □ A tudomány és a praxis közötti szakadék áthidalása: a klinikai praxis irányelvek segítségével hogyan változtatható meg a szolgáltató viselkedése. □ (Thorsen, és Makela, 1999). Az irányelvek szerkezetére példaként látható a Nővér 1998. II. évf. 2. számában (25-27. oldal) közölt: □ A nyomási fekély megelőzése. Az Európai Decubitus Tanácsadó Testület szakmapolitikai nyilatkozata □ irányelv.

Az irányelvet el kell választani más szomszédos fogalmaktól, pl. standardtól. A standardok □ olyan állítások, amelyek a) a folyamatok vagy az eredmények elfogadható minimumát; vagy b) folyamatok és eredmények kiváló szintjét, illetve c) a folyamatok és eredmények elfogadható sávját rögzítik (Grimshaw és Russel, 1993). (Azt, hogy adott esetben a standard fogalmát milyen értelemben használjuk, jelezni kell.)

Az Egyesült Államokban található Institute of Medicine definíciója szerint a klinikai irányelv □ szisztematikusan felépített állítások rendszere, amely a gyakorló szakembereknek és a betegeknek az egészségügyi ellátással kapcsolatos megfelelő döntéseit segíti elő az orvostudomány adott területén. □ (Field és Lohr, 1990).

5.4.1 Az irányelvek iránti érdeklődés okai

Az irányelvek vonatkozhatnak az ápolás folyamataira, szűrővizsgálatokra, különböző gyógykezelésekre és műtétes beavatkozásokra, a kórházi kezelés hosszára és az orvostudomány más területeire. Az irányelvek létrehozásának igénye és az egyre növekvő érdeklődés oka:

- az egészségügyi ellátás egyre emelkedő költségei,
- az egészségügyi ellátás iránti egyre nagyobb igény,
- egyre drágább egészségügyi technológiák megjelenése,
- az idősödő lakosság,
- a jelentős variabilitás, amely az egyes földrajzi területek és kórházak között figyelhető meg, ami felveti a szolgáltatások alul-, vagy túl-használatának a kérdését.

Az orvosok, ápolási szakemberek, egészségügyi döntéshozók valamint a finanszírozók az irányelveket olyan eszköznek tekintik, amely hozzájárul a konzisztensebb, hatékonyabb egészségügy kialakításához, amelynek a segítségével csökkenthető a szakadék aközött, amit a szakemberek a napi gyakorlatban végeznek (effectiveness) és aközött, amit a tudományos tények/bizonyítékok mutatnak (efficacy).

5.4.2 Az irányelvek potenciális haszna

Az irányelvek használata következtében javulhat az egészségügyi ellátás minősége. Tudományos tények/bizonyítékok támasztják alá azt, hogy az irányelvek képesek az ellátás minőségének javítására (efficacy); az, hogy ez a hatás a napi praxis során is jelentkezik-e (effectiveness), kevésbé bizonyított, (Grimshaw és Russel, 1993; EHC, 1993). Ez részben azért van, mert a betegek, orvosok, menedzserek és a finanszírozók másképp definiálják a minőséget, másrészt a jelenlegi tudásunk az irányelvek gyakorlati hasznáról (effectiveness) igen korlátozott. Az ugyanis, hogy jó irányelveket tudunk létrehozni, nem biztosítja azt, hogy azokat a gyakorlatban használni is fogják (Feder, Eccles és Grol, 1999).

Cabana, Rand, Powe és mtsai. (1999) szerint a klinikai irányelveket az orvosok sokszor nem használják, aminek a legfőbb okai a következők: az orvosok

- nem ismerik az irányelveket, nem tudnak azok létezéséről, a különbségek jelentősek, az USA Megelőzési Különbizottságának (United States Preventive Services Task Force - USPSTF) asthma irányelvét az orvosok 1%-a, míg a kanyaró irányelvet az orvosok 54,5%-a ismerte 1997-ben,
 - tudnak az irányelvről, de nem ismerik azt, hogy mit tartalmaz,
 - nem értenek egyet az irányelvben foglaltakkal,
 - nem bíznak benne, hogy az irányelv használatával növelhető a hatékonyság,
 - nem tartják fontosnak az adott területen elérhető outcome-ot, illetve nem értenek egyet azzal, hogy az adott területen az irányelv által megfogalmazott outcome a legfontosabb,
 - nem fogadják el az irányelvet, mert az ellentmond a korábban alkalmazott gyakorlatnak,
- sokan □ külső □ hatások miatt nem használják az irányelveket, amelyek a következők: nehéz az irányelv használata, megterhelő, konfúzus.

5.4.3 Az irányelvek potenciális veszélye és kára

Az irányelvek használatának legnagyobb korlátja és veszélye az, hogy a javasolt irányelv esetleg rossz. Az emberi hibáktól (egyes információk túlértékelése) függetlenül három oka is lehet annak, hogy az irányelveket

létrehozó csoportok hibás választ adnak arra a kérdésre, hogy mi is a legjobb a betegnek: hiányzó, elégtelen vagy félrevezető tudományos bizonyítékok; a szakmai összetétel és a tapasztalat torzító hatása; a betegek szükségletei.

5.5 Protokollok

A protokollok igen szigorúan, rigiden megfogalmazott irányelvek (www.nzgg.org.nz). A protokollok olyan irányelvek, amelyeket teljes részletességükben követni kell és amelyek az egészségügy igen kis □ de nagyon fontos □ területein használatosak. Ilyen például az immunizáció, reszuszcitáció, intenzív osztályos beavatkozások, azaz az ellátás olyan területei, ahol rendkívül gyorsan kell cselekedni, mérlegelésre nincs idő, és ahol az alaplépések igen jól kidolgozva állnak rendelkezésre. A protokollokat sokszor alkalmazzák speciális, magas rizikójú ellátások területén is, ezeket □ pathway □ irányelveknek is nevezik, például diabetikus ketoacidózis és akut pszichiátriai kórképek esetén.

A protokollokra az irányelveknél elmondottak érvényesek. Sok szerző a protokollt gyakran (nem minden esetben) a javaslat, standard, kijelentés, praxis irányelvvel, praxis működési irányelvvel és a klinikai algoritmussal azonos értelemben használja (Vissers, 1999).

5.6 Indikátorok

Az indikátorok (*) képzésével és használatával kapcsolatos kérdések felé az elmúlt tíz évben jelentős figyelem irányult, a kutatók, az egészségügyi szolgáltatók (egészségügyi szakemberek, vezetés) és a finanszírozók részéről egyaránt.

() Indikátor: a szervezet tevékenységének, funkcióinak, folyamatainak és outcome-jának a mérésére szolgáló eszköz.
(JCAHO, 1996)*

Ez a nagyfokú figyelem érthető is, hiszen kiterjedten használják az indikátorokat többek között az akkreditáció területén, ma már nélkülözhetetlen az infekciókontroll során, illetve az egészségügy számos más területén. (National Library of Healthcare Indicators, 1998; <http://www.jcaho.org>; Quality Indicator Project, (QIP) Maryland Hospital Association (MHA): www.ihl.org és www.qiproject.com; Institute of Healthcare Improvement: <http://www.ihl.org>; Nabit, Nanitsos és Verkooyen, 1999) Használatosak az indikátorok például a gyógyszerek mellékhatásainak követésére a kórházakban. Az ausztráliai egészségügyi standardok tanácsa (Australian Council on Healthcare Standards, ACHS) egészségügyi ellátást vizsgáló programja (Care Evaluation Program, CEP) keretében a gyógyszer mellékhatások vizsgálatára és követésére hoztak létre indikátorokat. (Portelli, Collopy, Desmond, 1999) Lawthers, Rozanski, Nizankowski és mtsai. (1999). 26 indikátorból álló rendszert dolgoztak ki, amely alkalmas a járóbetegellátás minőségének mérésére. Az indikátorokat széles körben használják a finanszírozóval történő szerződéskötés során, amely azonban számos potenciális probléma forrása is egyben.

5.6.1 Hogyan kerülhetők el a gyakoribb hibák az indikátorok használata során?

Megfigyelni, mérni csak ritkán tudunk közvetlenül. A közvetett mérés nem tökéletes, mert: a) az általánosabb elméleti fogalmak az indikátorok, a megfigyelt változók csak egy részét fogják át; b) az indikátor valami mást is kifejez, ti. a megfigyelési egység specifikus tulajdonságát. A mérés érvényességének (validitásának) kérdése ezért mindig felvetődik. A validitást általában tudjuk mérni, meg tudjuk mondani, hogy egy mérték ugyanazt a dolgot méri-e, abban azonban nem lehetünk bizonyosak, hogy mi is az a dolog (Füstös és Kovács, 1989).

Az indikátorok képzése és használata során számos potenciális problémával kell szembenéznünk, amelyek elkerülése érdekében célszerű az alábbiakat figyelembe venni:

- az indikátorok képzése vagy használata előtt célszerű a szervezet kulcsfolyamatainak definiálása, hiszen az indikátorok legnagyobb része segítségével a szervezet folyamatait, illetve kisebb részben ezek kimeneteit (outcome) vizsgáljuk. Egy szervezeten belül igen nagy számú folyamat és kimenet található, sem időnk, sem anyagi forrásaink nincsenek ahhoz, valamennyit vizsgáljuk. A rosszul megválasztott indikátor a menedzsmet és a szakemberek figyelmét elvonhatja a valóban lényeges kérdésektől, az ilyen indikátornak való megfelelés ronthatja a minőséget;

- fontos annak a pontos leírása, hogy ki (kik) azok, akik az adott folyamatra meghatározó befolyással vannak, azaz kik az adott (kulcs)folyamatok gazdái. Az indikátorokat szakemberek (orvos, ápoló, más egészségügyi szakember, menedzser) használják, a probléma felismerése, csak a szükséges beavatkozásokat lehetővé tevő kompetencia és a szervezeten belüli megfelelő hatáskörrel együtt eredményezhet jobb minőséget. (Fontos, hogy a □ gazdák □ felismerjék saját felelősségüket a folyamat minőségének a javítása terén.)

- megfelelő, valid indikátorok képzéséhez jelentős minta elemszám szükséges, ahol ez nem adott, az indikátor

megtévesztő. A megfelelő adatok gyűjtése időigényes, költséges és sok esetben nincs meg az ehhez szükséges tudás és érdekltség. Általában elmondható, hogy az outcome indikátorok sokkal nagyobb minta elemszámot igényelnek és képzésük (validálásuk) hosszabb ideig tart. Abban az esetben, ha jó összefüggés van a folyamat és az outcome között, jobb a folyamatot figyelni. Minden esetben szükséges az indikátor validitásának, szenzitivitásának, specifikitásának és megbízhatóságának a vizsgálata és megfelelőségének biztosítása.

5.7 Standardok

A standardok (*) alapján történő minőségfejlesztés története az Egyesült Államok (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) kvázi kormányzati szervként működő akkreditációs szervezetének és a független kanadai akkreditációs központ (Canadian Council on Health Services Accreditation, CCHSA) létrehozásával kezdődött 1951-ben (lásd még 4. fejezet). Ezt a két országot azután még számosan követték, például Ausztrália, az Egyesült Királyság, Finnország, Spanyolország, Új-Zéland, Dél-Amerika gyakorlatilag valamennyi országa, Japán, Dél-Afrika, illetve az elmúlt években Lengyelországban történt jelentős előrehaladás ezen a téren.

() Standard: A standardok szakmai alapokon nyugvó kijelentések/kinyilatkozások, amelyek a szervezet tervezett, elképzelt, elérni kívánt állapotát írják le (□state of the art□). Megmutatják azt, hogy hogyan képzelik el a szakemberek az egészségügyi intézmény működését. A standardok mérhető elemei a kritériumok. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO és Joint Commission on International Accreditation, JCIA akkreditációs kézikönyvei, infékcó prevenció és kontroll fejezeteinek akkreditációs standardjairól bővebben: Gulácsi, 2000.*

Az akkreditáció története során hatalmas változáson ment keresztül, azonban alapvető elemei változatlanok maradtak: az akkreditáció alapvető jellemzője az önkéntesség és a standardok használata. Az elmúlt közel fél évszázadban bekövetkezett változások közül talán a legfontosabb, hogy az akkreditációs standardok az akkreditáció első időszakában az elérendő minimumot rögzítették, ma a standardok: a szakmailag elvárható legjobb minőség szintjét (statement of expectation), a szakma □state of the art□ szintjét tűzik ki célul

5.8 Peer review

A peer review: □az orvosi és az egészségügyi ellátás szisztematikus monitorozásának, elemző, menedzsment és oktatási folyamata, amelynek során a szolgáltatók tevékenységének megítélése, és a korrekció érdekében tett javaslatok, képzett kollégák csoportja által történik, akik ugyanazon az ellátási területen dolgoznak és akik a kapott eredményeket a lakosság számára közléstessik□ (Ertel és Aldridge, 1977).

Smith, Atherly, Kane és mtsai. (1997) 20 peer review folyamat vizsgálatának alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a peer review tevékenységek interpretálása során nagy óvatossággal kell eljárni, és ha peer review-t használunk, akkor az outcome fejlesztése során prioritási sorrend felállítása szükséges. Berstein, Hofer, Meijler és mtsai. (1997) 44 peer review folyamatot tekintettek át. A szerzők arra a megállapításra jutottak, hogy az egészségügyi ellátás hatékonyságának és megfelelőségének elemzése során a döntési analízis (medical decision making) használata sokkal eredményesebb, mint a szakértői panel munkáján alapuló peer review. A rendelkezésre álló információk szerint a peer review megbízhatósága igen korlátozott.

5.9 Audit

Az orvosi audit definíciója a White Paper (az angol kormány szakmapolitikai dokumentuma - A szerk.) szerint: az orvosi tevékenység minőségének a szisztematikus analízise, amely magában foglalja a diagnosztikus és a terápiás folyamatokat, a források felhasználását és a betegek outcome eredményeit (Working for Patients, 1989). Macpherson és Mann (1992) véleménye szerint az orvosi audit végzéséhez nem állt rendelkezésre adat, kritérium és idő és az orvosi auditnak nem lehet más célja, mint az orvosi magatartás megváltoztatása. Az ápolási audit definíciója hasonlóan fogalmazható meg, és az ápolói magatartás megváltoztatása semmivel sem kevésbé fontos és nem is könnyebb feladat.

Az anyagi források szűkössége miatt nagyon sok figyelem irányul a demonstrálható hatékonyságra és a minőségbiztosításra, valamint más minőségügyi tevékenységre elhasznált források eredményére (value for resources). Ahogyan Donabedian egy interjúban kifejtette: □... Az audit nem csupán egy beszámolási tevékenység, hanem a valós változások észlelése és jelentése. Ha ezt meg tudjuk csinálni, akkor meg fogjuk kapni az engedélyt és lehetőségeket arra, hogy folytassuk dolgainkat. Ha ez nem sikerül, akkor előbb vagy utóbb

valaki azt fogja mondani, hogy nincsenek arra nézve tények/bizonyítékok, hogy amit csinálunk az hatékony és hatásos, valami mást kell tenni. Számomra az Egyesült Államokban az elmúlt 10-15 év fejlődése során megtanult lecke az, hogy az egészségügyi szakemberek képtelenek rendet rakni a saját házuk tájékán, ennek felismerése után a hatóságok sokkal kellemetlenkedőbbek, és utasítatók lettek a minőségbiztosítással kapcsolatos tevékenységük során" (Baker 1993).

5.10 Melyik módszert válasszuk?

A minőségbiztosítás módszerei közül ebben a fejezetben csak azok kerültek megemlítésre, amelyek hazánkban a legismertebbek. Ezeknél sokkal nagyobb számú minőségbiztosítási módszer használatos, mégpedig igen széles körben, szerte a világon. Nagy számuk mellett, használhatóságuk feltételeinek összetettsége (illetve adott esetben a nem használhatóságuk ismérvei), valamint az elérhető eredmények nagysága (és az ehhez szükséges időtartam, munkaerő, képzés és anyagi források) variabilitása nehezen átlátható és sokszor zavarbaejtően nagyszámú. Ne felejtjük el, hogy minden minőségügyi rendszer, modell vagy más minőségbiztosítási tevékenység annyit ér, amennyire szakmailag megalapozottak az alkalmazott módszerei (jelen esetben: kritériumai, irányelvei, protokolljai, indikátorai, standardjai valamint audit vagy/és peer review tevékenysége) és amilyen mértékben eleget tesznek a munkatársak és a betegek az ezekben foglaltaknak. A szakmai megalapozottságon jelen esetben is az explicit, mérhető hatékonyságot (effectiveness) és költség-hatékonyságot értjük. A megfelelő választást segítő általános irányelvként azt lehet mondani, hogy minden esetben be kell tartani a tudományos alapú ápolás és a tudományos alapú minőségfejlesztés lépéseit, ahogyan azok a cikksorozat megelőző számaiban vázlatosan bemutatásra kerültek. (Gulácsi, 2000a,b,c)

5.11 Következő rész - Melyik modellt válasszuk?

Miután az adott egészségügyi intézményben döntés született a minőség fejlesztésének a szükségességéről, a következő kérdés az, hogy hogyan célszerű ezt szervezett formában elkezdni.

Általában először az a kérdés merül fel, hogy az intézmény szempontjából az ISO 9000 szabvány, vagy az EFQM modell, esetleg a standardok alapján történő tanúsítás/akkreditáció alkalmazása lenne-e célszerű. A □célszerű□, jelentése ebben a környezetben is: hatékony és költség-hatékony. Eszerint, azt a módszert érdemes választani, amelyik rövid és hosszabb távon egyaránt hozzásegíti az egészségügyi intézményeket, a jogszabályok alapján kötelező és az elvárt (tulajdonos, finanszírozó, egészségpolitika, országos és helyi politika) minőségi szint eléréséhez (illetve ennek a verseny és más tényezők által megkövetelt mértékű meghaladásához), elősegíti a vezetés és a munkatársak által kitűzött célok megvalósítását (küldetés és jövőkép) és természetesen megfelel a betegek szükségleteinek az adott ellátási területen. Azaz olyan módszer választására van szükség, amely a lehető legnagyobb mértékben támogatja az intézmény stratégiai céljait, ezen belül is annak nagyon fontos részét az intézmény hosszú távú minőségpolitikáját.

Egy jó minőségű egészségügyi ellátást szolgáltató rendszer létrehozása időigényes, évtizedes elkötelezettséget jelent, ezért az első, stratégiai döntések alapvető fontosságúak. Ehhez a döntéshez kíván segítséget nyújtani a sorozat következő, s egyben befejező része.

Irodalom

1. Baker R (1993) Avedis Donabedian: an interview, *Quality in Health Care*, 2,40-46
2. Berstein SJ, Hofer TP, Meijler AP és mtsai. (1997) Setting standards for effectiveness: a comparison of expert panels and decision analysis, *International Journal of Quality in Health Care*, 9,255-263
3. Boyle Creps L, Colfey RJ, Warner PA és mtsai. (1992) Integrating Total Quality Management and Quality Assurance at the University of Michigan Medical Center, *Quality Review Bulletin*, August 1992
4. Cabana MD, Rand CS, Powe NR és mtsai. (1999) Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA*, 282, 15,,1458-1465
5. EHC, (1993) *Effective Healthcare, Implementing clinical practice guidelines*, No. 8
6. Ertel PY és Aldridge MG (1977) *Medical peer review, theory and practice*, St. Louis, CV Mosby Co
7. Feder G, Eccles M, Grol R és mtsai. (1999) Using clinical guidelines, *BMJ* 318,728-730
8. Field MJ és Lohr KN (1990) *Clinical practice guidelines: directions for a new program*, Washington DC: National Academy Press
9. Füstös L és Kovács E (1989) *A számítógépes adatelemzés statisztikai módszerei*, Tankönyvkiadó, Budapest
10. Grimshaw JM és Russel IT (1993) Effect of clinical guidelines on medical practice; a systematic review of rigorous evaluations, *Lancet*, 342,1317-1322
11. Gulácsi L (1998) *A nyomási fekély megelőzése; Az Európai Decubitus Tanácsadó Testület*

szakmapolitikai nyilatkozata, *Nővér* 2, 2, 25-27.

12. Gulácsi L (1999) *Klinikai kiválóság: Technológiaelemzés az egészségügyben*, Springer, Budapest

13. Gulácsi L (2000a) *Minőségfejlesztés az egészségügyben*, Medicina, Budapest.

14. Gulácsi L (2000b) Tudományos tényeken/bizonyítékon alapuló ápolás, *Nővér*, 13, 1, 17-23.

15. Gulácsi L (2000c) Az ápolási tevékenység megfelelősége és mérhetősége, *Nővér*, 13, 2, 33-38.

16. Lawthers AG, Rozanski BS, Nizankowski R és mtsai. (1999) Using patient survey to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland, *International Journal for Quality in Health Care*, 11, 6, 497-506.

17. Macpherson D és Mann T (1992) Medical audit and quality of care □ a new English initiative, *Quality Assurance in Health Care*, 4, 2, 89-95.

18. Nabitz U, Nanitsos P és Verkooyen T (1999) Developing an indicator system for a health care centre, *Health Information Developments in the Netherlands*, April. 46-51.

19. National Library of Healthcare Indicators (1998) *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations*.

20. Portelli R, Collopy B, Desmond P (1999) Addressing adverse events through clinical indicators, *Journal of Quality in Clinical Practice* 19, 79-83.

21. Roberts JS, Coole J és Redman RR (1987) History of the Joint Commission and Accreditation of Hospitals, *JAMA* 258 , 7, 231-235.

22. Smith MA, Atherly AJ, Kane RL és mtsai. (1998) Peer review of the quality of care reliability and sources of variability for outcome and process assessments, *JAMA* 278,1573-1578.

23. Thorsen T és Makela M (1999) Changing professional practice, *Theory and practice of clinical guidelines implementation*, danish Institute for Health research and Development, DSI rapport.99-05. (European Commission □ s BIOMED-2).

24. Vissers M (1999) *Diagnostic and therapeutic protocols in medical practice*, CIP-DATA Koninklijke Bibliotheek, Den Haag.

25. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A és mtsai. (1999) Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines, *BMJ*, 318, 20, 527-664.

26. *Working for patients □ a review of the National Health Service*, Her Majesty □ s Stationary Office, London, 1989.