



A BETEGEK MINT AZ EGÉSZSÉGÜGY AKTÍV RÉSZTVEVŐI

DR. SIMEK ÁGNES

Óriási erőfeszítéseket tesz az orvostudomány, hogy minél több egészséges életévet, minél jobb életminőséget, minél teljesebb rehabilitációt biztosítsunk betegeinknek.

Sokoldalú szervezéssel, a legkiválóbb szakemberekből álló, felelősségteljes csoportokat alakítunk ki egy-egy betegség komplex kezelésének kidolgozására, a rehabilitáció megszervezésére. Az általuk kialakított szakmai protokollok a tudomány legkorszerűbb, bizonyítékokon alapuló ismereteit közvetítik a kollégáknak. A háziorvosi gyakorlatban ezek az irányelvek képezik a gyógyítás alapját.

A betegellátásnak azonban két oldala van. Az egyiket aktívnak tekintjük: ez a sokszereplős csapat az egészségügyi ellátók – az orvos, ápoló, védőnő, házi szakápolók, mentősök, hospice-ellátók mellett a szociális ellátásban dolgozókat is magában foglalja.

A másikat szinte teljesen passzív befogadónak tartjuk, ők az „elszenvedők” a „túrók” – pácienseink. Így épp betegeink maradnak ki az egészségüket érintő közös munkából.

A jogszabályaink megkövetelik a beteg szakszerű és érthető tájékoztatását, beleegyezését az elvégzendő beavatkozásokba, de nem tartják szükségszerűnek a beteg bevonását a döntés-előkészítésbe, a gyógyítási folyamat egészének kialakításába, véghezvitelébe.

A betegnek vannak ugyan kötelességei, de ezek is csak passzív jellegűek: köteles betartani a közegészségügyi-járványügyi előírásokat és részt venni a – valljuk be, sokszor formális –, munkahelyi szűrővizsgálatokon.

Két aktív feladatot ró a betegre törvényalkotásunk: az életmentés, elsősegélynyújtás feladatát, és a felnőtt gyerekeknek a szülők gondozását. Ennek mindenki tudása, gyakorlata, személyes indíttatása alapján tesz eleget.

A beteg bevonása az egészségügyi ellátásba, valós együttműködésbe a primer prevenció területén, már az óvodában, általános iskolában kezdődhetne.

Itt kellene minden lehetőséget megragadni az alapvető higiénés ismeretek, az egészségtan elsajátítására.

Egységes oktatási rend szerint ez folytatódhatna az általános iskola alsó tagozatában az egészséges, rendszeres életmód kialakításával és betartásával, a változatos, egészséges étrend megismertetésével.

A 11–14 éves korosztályt már meg lehetne ismertetni a leggyakoribb betegség-tünetek felismerésével, otthoni ellátásával, a betegápolás alapelemeivel, az elsősegélynyújtás egyszerűbb eseteivel.

Ezeket az ismereteket lehetne bővíteni a 15–18 éves korosztály számára kiegészítve a sürgős ellátás otthoni lehetőségeivel, az indokolt orvoshoz fordulás okaival, a házi patika kialakításával és használatával.

Az elméleti képzést szükséges lenne minden korosztály számára gyakorlati tevékenységgel is kiegészíteni:

Korosztályi sajátosságokat figyelembe vevő testedzéssel, az egészséges élelmiszerek beszerzésének lehetőségeivel, leghatékonyabb elkészítésének módszereivel, a probléma-megoldás, konfliktus-kezelés eseteivel, a stressz-oldás formáival.

A betegoktatásnak folyamatosnak kell lennie éppúgy, mint az orvosképzésnek. A médiának, helyi közösségeknek, egészségügyi és oktatásban dolgozó szakembereknek, szociális munkásoknak kell összehangolni munkájukat, hogy a betegek folyamatosan tájékozódjanak a betegségek tüneteiről, megelőzésükről, az orvoshoz fordulás indokairól, a panaszok elsődleges ellátásáról, a házi ápolás, a gyógyszeres és nem-gyógyszeres terápia lehetőségéről.

Egyre részletesebb, bővebb egészségtani ismeretek nyújthatók, miközben folyamatos beteg-továbbképzés biztosítható már secunder sőt tertier prevencióként.

Felnőttkorban is lehetőséget kellene biztosítani legalább a testedés, a stressz-oldás gyakorlására a legszélesebb körben – könnyen hozzáférhető helyen és időben.

A felnőttoktatás történhet munkahelyi közösségekben, művelődési házakban, lakóközösségekben, betegklubokban. Mindenütt lehetőség van orvos, diplomás ápoló vagy szakápoló irányítására, a betegklubokban

akár tapasztalatcsere formájában, ahol az egészségügyi személyzet csak moderál.

Ma a betegtájékoztató, betegoktatás leggyakrabban a háziiorvosi rendelőkben egyénileg zajlik, nagy hatáskörrel, de kis hatósugárban és többnyire pedagógiai – oktató, tájékoztató, esetleg számonkérő, visszakereső módszerekkel.

Sokat segítenek a betegtájékoztató nyomtatványok, melyek rövid, sokszor illusztrált anyagban mutatják be egy-egy betegség tüneteit, kezelési lehetőségeit, nem gyógyszeres terápiáját.

Hollandiában már betegek számára is készítenek szakmai protokollokat, melyek a beteg szempontjából mutatják be az adott betegség ellátásának minden elemét.

Minél több idő jut a betegellátásra, minél közvetlenebb a kapcsolat a betegekkel, annál több idő és lehetőség van az orvoshoz fordulás alkalmából a közös tevékenységre, a felelősség- és a feladatmegosztásra.

A beteg-compliance is jelentősen javulhat, a nem vitatható előírások betartása is elfogadhatóbb, ha a beteget bevonjuk a terápiás protokoll kialakításába, könnyebb a gondozás, a másodlagos, harmadlagos megelőzés megvalósítása.

A cél mindenképp a folyamatos beteg-továbbképzés kell legyen.

Technikájában fontos, hogy mindenkor a befogadó szintjén történjék, a pedagógia, az andragógia tudományos módszereit alkalmazva. A legnagyobb hatékonysággal az interaktív megbeszélések során, gyakorlatorientált problémafelvetéssel, a betegeket is aktív résztvevőként bevonva oktathatunk.

Akár országosan egységes, valamely háziiorvosi szakmai fórum által kidolgozott, orvos-szakmailag ellenőrzött képzést nyújthatnánk az iskolákban és a felnőttképzésben.

Csak a saját testével, egészségével tisztában lévő betegtől várhatjuk el a teljes együttműködést az egészségügyi ellátókkal, a felelősség, de sok tekintetben a munka megosztását is.

Nagyobb a lehetőség ezek közt a betegek közt a szűrő-megelőző tevékenység igénybevételére, a gyógyszeres és nem gyógyszeres terápia igénybevételére, a polypragmasia elkerülésére, a rehabilitáció sikeres elvégzésére.

Így a hirdetések által sokszor fenyegetettnek érzett képzett betegek közül **K É P Z E T T** betegek segítenek az egészségügyi ellátás hatékony és hatásos működését, egyenrangú félként.

Ehhez azonban sokat kell változnia az orvostársadalomnak is. A betegségközpontú medikusképzéstől el kell jutni a beteg-centrikus oktatásig. Akár a medikusok szakmai alkalmasságának felmérésétől kezdhetjük a reformokat, folytatva a tranzakció-analízis szaktárggyá emeléséig, a gyakorlat-orientált szakmai továbbképzések megvalósításáig.

A patriarchális-diktatórikus orvosi rendelést fel kell

váltás a konzultáció, a beteg és orvosa közös helyzet-elmzése, értékelése. Nem felejtve, hogy a beteg mégiscsak laikus, és szüksége van a képzett szakember irányítására, támogatására. Az orvos megmarad, mint gyógyszer, csak a keserű pirulából élvezhető keverék lesz.

A megújuló, a beteg felelősségét is igénylő ellátási rendszert sokban tudnánk támogatni a biztosítási rendszer bonus-malus átalakítása, melyre sok sikeres példát láthatunk tengerentúli országokban. Ezzel jelentősen javítva az egészségügyi ráfordítás költséghatékonyságát.

Milyen eredményeket várhatunk a betegek aktívizálásától? Elsősorban a legkonstruktívabb értelemben vett partnerséget. Sokkal jobb, tudatos beteg-együttműködést, feladat-és felelősség-megosztást, személyre szabott terápiás protokollokat.

A tudatos és egészségmegőrzésében, a szűrő, megelőző és gondozó ellátásában tevékeny beteg kevesebb egészségügyi, de mindenképp kevesebb akut ellátást igényelne. Az ellátások során sokkal kevesebb konfliktus jelentkezne mind az ellátó, mind az „elszenvedő” oldalon. A jobb együttműködés, nagyobb fokú elfogadás mellett jobb eredmények várhatók az egészségügyi ellátás mindhárom területén: a megelőzés, a betegellátás, a rehabilitáció szintjén is.

A betegek számára pedig több egészséges életévet, jobb életminőséget, teljesebb rehabilitációt jelentene a szervezetük, a betegségek, az ellátási lehetőségek alapos ismerete.

És akkor mi, egészségügyben dolgozók is egy magasabb szintre léphetnénk: a betegellátás helyett végre valóban egészségügyi ellátást nyújthatnánk együttműködő, elégedett partnerekkel.

S bár Montecuccoli már sok száz évvel ezelőtt megmondta, hogy a háborúhoz mindössze három dolog kell, pénz, pénz és pénz, s ma már tudjuk, hogy az egészségüghöz ezen kívül még sok pénz kell, azért közösségi összefogással - ha tetszik közösségi orvoslással sok mindent tehetünk már most is.

Badacsonytördemicen évek óta egy héten keresztül egy nagy betegségcsoportot tárgyalunk meg orvosokkal, betegekkel, TB és ÁNTSZ képviselőkkel, szociális munkásokkal és Vöröskeresztes aktivistákkal. Az előadók ingyenesen oktatnak, a falu vezetése ingyenesen bocsátja rendelkezésünkre az (egyetlen) előadótermet, és a szükséges infrastruktúrát a hangosítástól a projectorig, a helyi virágkötő díszíti a termet, a lakosok önréből finanszírozzák a reformkonyha ízes fogásait, melyet a helyi étterem vezetője szívességből készít el, még a tálaló és evőeszközöket is biztosítva. A városi biobolt vezetője árubemutatót tart, a könyvesbolt elhozza egészségnevelő kiadványait.

Az interaktív, multidiszciplináris előadásokat a MOTESZ Tudományos Minősítő Bizottsága alkalmanként 10 kreditpontra értékelte a résztvevő orvosok számára. De a 14 éves kamasz és a 86 éves matróna

is értette, miről folyik a szó, és úgy ítélte, mindennapi életében jól használható a hallottakat.

Az egész falut megmozgató esemény pedig valóban testet – lelket üdítő tevékenységet biztosít heteken keresztül, és remélhetőleg hasznos ismereteket biztosít egy egész életen át.

IRODALOM

1. A betegoktatás lehetőségei szerk.
www.mcd.hu/diab_online/tenyek/cikkek/018.htm - 39k.
2. Dr. Vándorfy Győző: A betegoktatás története és fejlődése
www.ujdieta.hu/index.php?content=412 - 17k
3. Simek Ágnes: Az egészségnevelés csirái Kleopátra nőgyógyászati könyvében.
In: Egészségnevelés . - 1991. 32. évf. 1. sz., p. 35-36.
4. Betegoktatás · Hasznos segédeszközök · Jogszabályok
www.agyme.hu/agyme_/betegokt.htm - 8k
5. Dr.Info - Lakossági egészségügyi információs portál
www.drinfo.eszcsm.hu/drinfo/pid/0/faqDisplay/oid/0/n go,faq40;jsessionid=D586FCC458D4F3BE27223C20AF4FA EC4 26k
6. Kommunikáció Elmélet és Gyakorlat Tantárgyi tematika
www.magtud.sote.hu/hallg_kom_tem.htm - 7k
7. Palmer JA. Nursing implications for older adult patient education.
Plast Surg Nurs. 2006 Oct-Dec;26(4):193-4.
8. Mauriello LM, Driskell MM, Sherman KJ, Johnson SS, Prochaska JM, Prochaska JO. Acceptability of a school-based intervention for the prevention of adolescent obesity.
J Sch Nurs. 2006 Oct;22(5):269-77.
9. Wright P, Belt S, John C.: Helping people assess the health risks from lifestyle choices: comparing a computer decision aid with customized printed alternative.
Commun Med. 2004;1(2):183-92.
10. Brody JL, Scherer DG, Annett RD, Turner C, Dalen J. Family and physician influence on asthma research participation decisions for adolescents: the effects of adolescent gender and research risk.
Pediatrics. 2006 Aug;118(2):e356-62.
11. Cottrell RP. The Olmstead decision: landmark opportunity or platform for rhetoric? Our collective responsibility for full community participation.
Am J Occup Ther. 2005 Sep-Oct;59(5):561-8.

FELNŐTT HÁZIORVOSI PRAXISOM PRAXISJOGÁT ELADOM

PRAXISOM ADATAI:

Gyöngyösön, 80% lakótelepi, 20% családi házas övezetében, **1350 betegem** van.
A városban 24 órás ügyeleti szolgálat működik, melyet részben mi, háziorvosok adunk.
A rendelő Önkormányzati tulajdonban van. Az önkormányzat a rendelő megvásárlását támogatja. A rendelőben két praxis működik. Az iker-praxis is a praxisjog eladását tervezi.

Érdeklődni a **06 20 913-4047** telefonszámon lehet.