

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK SZEREPE A DEMENCIA FELISMERÉSÉBEN ÉS A GONDOZÁSBAN

ELEMZŐ TANULMÁNY

SZÉCHENYI  2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Projekt megnevezése:

Demenciához kapcsolódó interprofesszionális szolgáltatások adaptációja:

tudásbővítés és érzékenyítés helyi közösségeken keresztül

EFOP-5.2.4-17-2017-00002

Kapcsolódó alprogramok:

A Szakmacsoport alprogram célja, hogy a lokális szinten már létező szolgáltatásokban dolgozó, a demenciával, illetve az érintettekkel, valamint hozzátartozóikkal kapcsolatba lépő szakemberek között tudatos és célzott információáramlás alakuljon ki.

Együttműködés a lokális Egészségfejlesztési Irodákkal

Az alprogram alapvető célja, hogy az adott területeken működő Egészségfejlesztési Irodák (EFI) éves szakmai terveiben nevesítsék a demencia-prevenció kérdéskört.

Szerzők:

Dr. Erdős András

Kovácsné Oláh Julianna

Lektor:

Dr. Kovács Tibor

2019. február 28.

ISBN 978-615-80329-6-4

Tartalomjegyzék

I. BEVEZETÉS	1
II. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK (EFI) BEMUTATÁSA	3
II.1. Az EFI megjelenése, küldetése	3
II.2. A hajdúböszörményi járásban működő EFI szervezeti felépítése, működése	7
II.3. A krónikus megbetegedések és az EFI kapcsolódási pontjai.....	9
II.3.1. Keringési betegségek, cukorbetegség megelőzése és gondozása.....	10
II.3.2. Daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése .	10
II.3.3. Lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése	11
II.3.4. Környezet-egészségügyi biztonság fejlesztése.....	11
II.3.5. További népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások.....	11
II.4. Alkalmazott munkamódszerek, együttműködések, egészségkommunikáció, szűrővizsgálatok	13
II.4.1. Egészségvédő Klubok	13
II.4.2. Hatékony interprofesszionális együttműködés, egészségkommunikáció	14
II.4.3. Szűrővizsgálatok	16
II.5. A kockázati tényezők kivédésének lehetőségei	17
II.5.1. Gondozás	17
II.5.2. Egyéni életmód program	17
II.5.3. Egyéni egészségterv készítése.....	18
II.5.4. A lelki egészség szerepe, a spiritualitás	19
II.6. A Lelki Egészség Központ (LEK) Irodákról, szolgáltatásairól:	21
II.7. X, Y, Z és alfa unokák, generációk közötti különbségek a változó világban	22
III. A DEMENCIA	25
III.1. A demencia előfordulása	25
III.2. A demencia típusai	25
III.3. A vaszkuláris demencia és rizikófaktorai	26
III.4. A demencia közösséget befolyásoló tünetei	29
III.5. A demencia megelőzésének és korai diagnosztizálásának jelentősége	34
III.6. A demencia kezelési lehetőségei	37
III.7. A demencia hatása a társadalomra.....	39

IV. INDA (INTERPROFESSZIONÁLIS DEMENCI ALAPPROGRAM) BEMUTATÁSA	41
IV.1. Az INDA jelentése és célkitűzései	41
IV.2. Az INDA létrehozásának indokoltsága	42
IV.3. Az INDA felépítése	48
IV.3.1. Kutatás	48
IV.3.2. Képzés	50
IV.3.3. Kommunikáció	53
IV.3.4. Központok	55
V. KAPCSOLÓDÁSI PONTOK, JAVASLATOK	57
V.1. Az EFI eredményei	57
V.2. Interprofesszionális az INDA-ban	57
V.3. Az EFI előnyei az INDA-val való együttműködésben	60
V.4. INDA előnyei az EFI-vel való együttműködésben	61
V.5. Az EFI innovációs lehetőségei és INDA pont részvétele a programok lebonyolításában	62
V.5.1. Az EFI innovációs lehetőségei	62
V.5.2. Az INDA pont részvétele a programok lebonyolításában	64
V.6. Az EFI és az INDA pontok összekapcsolódása	64
V.6.1. Rövid távú cél	65
V.6.2. Hosszú távú cél	67
V.7. Fenntarthatóság	68
VI. ÖSSZEGZÉS	72
VII. IRODALOMJEGYZÉK	74

I. BEVEZETÉS

A magyar lakosság egészségi állapota mind a környező országokhoz viszonyítva, mind az európai országok tekintetében igen kedvezőtlen. Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jól-lét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya (WHO). A lehető legoptimálisabb szintű testi és lelki egészség egyike az alapvető emberi jogoknak. Meghatározza az egyes emberek életét, életminőségét éppúgy, mint a társadalom jövedelemtermelő képességét, ezért a hatékony egészségnevelés, egészségfejlesztés jelentősége a fejlett társadalmakban egyre jobban felértékelődik a versenyképes munkaerő biztosításának egyik tényezőjeként is.

A „hagyományos orvoslás” gyakran a betegségekre koncentrál, és nem az embert kezeli. Mai gondolkodásunk szerint a betegségeket elsősorban megelőzni kell, melynek legfőbb eszközei az egészségtudatos életmód, és az időben, rendszeresen elvégzett szűrővizsgálatok. Külön hangsúlyt kell fektetni a szekunder prevenciók tevékenységeire, hogy a már nem teljesen egészséges embereket a további egészségkárosodástól, egy esetleges súlyos betegség kialakulásától megóvjuk.

A leggyakoribb nem fertőző betegségek – keringési és anyagcsere betegségek, daganatos, mentális megbetegedések – morbiditási mutatói primer prevenciók tevékenységgel bizonyítottan csökkenthetők, a szövődmények kockázata és ezáltal az egészségkárosodás mértéke a szekunder prevenció hatására nagymértékben csökken.

A megbetegedések között a pszichiátriai betegek száma nő a leggyorsabban, ez az egyik leggyakoribb leszázalékolási ok. A WHO 10 legfőbb népbetegséget tartalmazó listájából 5 pszichiátriai betegség (köztük a depresszió és a skizofrénia), amelyek a legnagyobb társadalmi terhet jelentik a hosszú lefolyás, a magas egészségügyi és szociális kiadások és a környezet igénybevétele következtében.

A demencia a tévhittel ellentétben nem egy konkrét betegség, hanem egy gyűjtőfogalom, amely olyan tüneteket foglal magába, melyek háttérében különböző betegségek állhatnak. Sokan úgy tudják, a demencia, vagyis a szellemi leépülés az öregedés természetes velejárója, de ez sem igaz. Mára egyértelműen bebizonyosodott, hogy igen magas életkorban is friss a gondolkodása az egészséges székporúaknak. A demencia leggyakoribb kiváltó okai olyan betegségek (szív- és érrendszeri megbetegedések, magas vérnyomás, érszűkület és ezek szövődményei), melyek bár valóban idősebb korban gyakoribbak, de kivizsgálást és kezelést

igényelnek annak érdekében, hogy előregedő társadalmunkban a nyugdíjas éveket az emberek többsége aktívan élje meg, és ne szoruljon rá családja, hozzátartozói ápolására.

A demencia a memória kimutatható károsodását jelenti. A diagnózishoz szükséges a memóriaromláson túl legalább egy tünet jelenléte az alább felsoroltakból: az absztrakt gondolkodás károsodása (ez megmutatkozhat például a különbségek és azonosságok felismerésének, a fogalmak meghatározásának, a közmondások értelmezésének nehézségében) az ítélőképesség károsodása beszédzavar személyiségváltozás. Az organikus agyi működészavarra visszavezethető demenciák száma a modern ipari országokban nő.

Demencia prevalenciája (Boustani M et al 2003):

60-64 éves kor között 1%,

65-69 éves korcsoportban 1,4%,

70-74 év között 5,7%,

80-84 év között 13%,

85-89 év között 22%,

90 éves kor fölött 32%.

Ezt azt jelenti, hogy az előfordulási arány 5 évenként megkétszereződik, melynek igen súlyos társadalmi jelentősége van. Van, amikor a demencia késleltethető, és a demenciáknál elkülönítjük egymástól a másodlagos és elsődleges formákat. A másodlagos demenciák rizikófaktorai többek között az érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, az érszűkület, az alkoholizmus és a különféle koponyasérülések. Ezekben az esetekben a szellemi teljesítmény romlását valamilyen betegség vagy egészségkárosító szokás által okozott szervi károsodás okozza. A demenciák, amelyek ebbe a kategóriába sorolhatók, rendszerint megállíthatóak és részben visszafordíthatók. Az elsődleges demenciáknak ezzel szemben nincs kimutatható oka, az idegsejtek pusztulását nem kíséri más szervrendszeri károsodás. A demenciák csoportjába tartozó betegségnek az a lényege, hogy az agy bizonyos területein az idegsejtek károsodnak elhalnak, vagy megszűnik a sejtek közötti kapcsolat. Az, hogy milyen tüneteket észlelünk, milyen funkciók károsodnak, attól függ, hogy az agynak melyik része, illetve mely idegsejtek érintettek. A demens betegek - függetlenül a kiváltó októl - jellemző az emlékezőképesség jelentős károsodása, valamint a tájékozódási képtelenség mind térben, mind pedig időben. Emellett viselkedésük, személyiségük megváltozik, önkontrolljuk elvész, hangulatuk is ingadozik, és nem képesek már mindennapi tevékenységük önálló ellátására.

II. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK (EFI) BEMUTATÁSA

II.1. Az EFI megjelenése, küldetése

Az Egészségfejlesztési Irodák (továbbiakban: EFI) hálózatának kiépítése két lépcsőben, az Európai Unió és Magyarország társfinanszírozásával megvalósuló TÁMOP (Társadalmi Megújulás Operatív Program) pályázatból történt meg 2012-2013-ban, amelynek eredményeként országosan összesen 41 EFI kezdte meg működését, az alábbi táblázatokban bemutatott területi bontásban.

Régió	Megye	Település
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	3
	Szabolcs-Szatmár Bereg	0
	Jász-Nagykun Szolnok	3
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj Zemplén	1
	Heves	2
	Nógrád	1
Dél-Alföld	Békés	1
	Csongrád	4
	Bács-Kiskun	6
Dél-Dunántúl	Baranya	2
	Tolna	1
	Somogy	3
Nyugat-Dunántúl	Zala	2
	Vas	1
	Győr-Moson-Sopron	2
Közép-Dunántúl	Komárom-Esztergom	0
	Fejér	5
	Veszprém	4

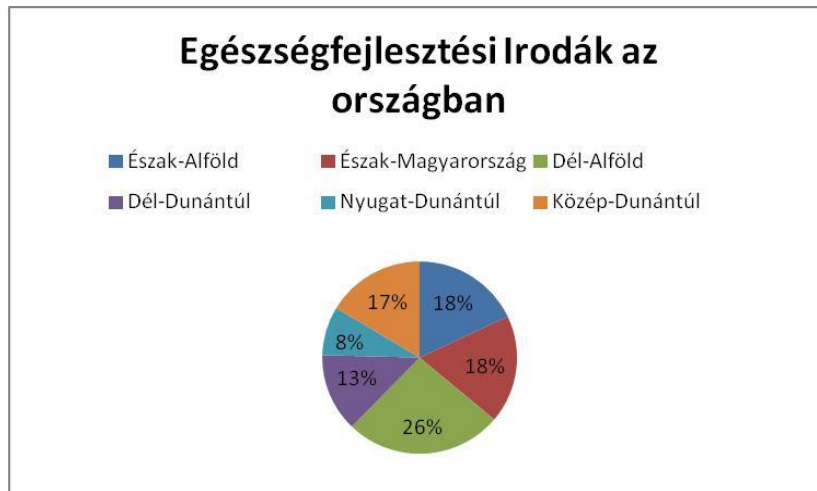
1. táblázat TÁMOP-6.1.2.-11/3 pályázat keretében létrehozott EFI elhelyezkedése
megyei bontásban

saját szerkesztés, adatforrás: www.szechenyi2020.gov.hu

Régió	Megye	Település
Észak-Alföld	Hajdú-Bihar	3
	Szabolcs-Szatmár Bereg	1
	Jász-Nagykun Szolnok	1
Észak-Magyarország	Borsod-Abaúj Zemplén	5
	Heves	1
	Nógrád	1
Dél-Alföld	Békés	3
	Csongrád	1
	Bács-Kiskun	1
Dél-Dunántúl	Baranya	0
	Tolna	1
	Somogy	1
Nyugat-Dunántúl	Zala	0
	Vas	0
	Győr-Moson-Sopron	0
Közép-Dunántúl	Komárom-Esztergom	0
	Fejér	0
	Veszprém	1

2. táblázat TÁMOP-6.1.2/LHH/11-B pályázat keretében létrehozott EFI elhelyezkedése megyei bontásban saját szerkesztés, adatforrás: www.szechenyi2020.gov.hu

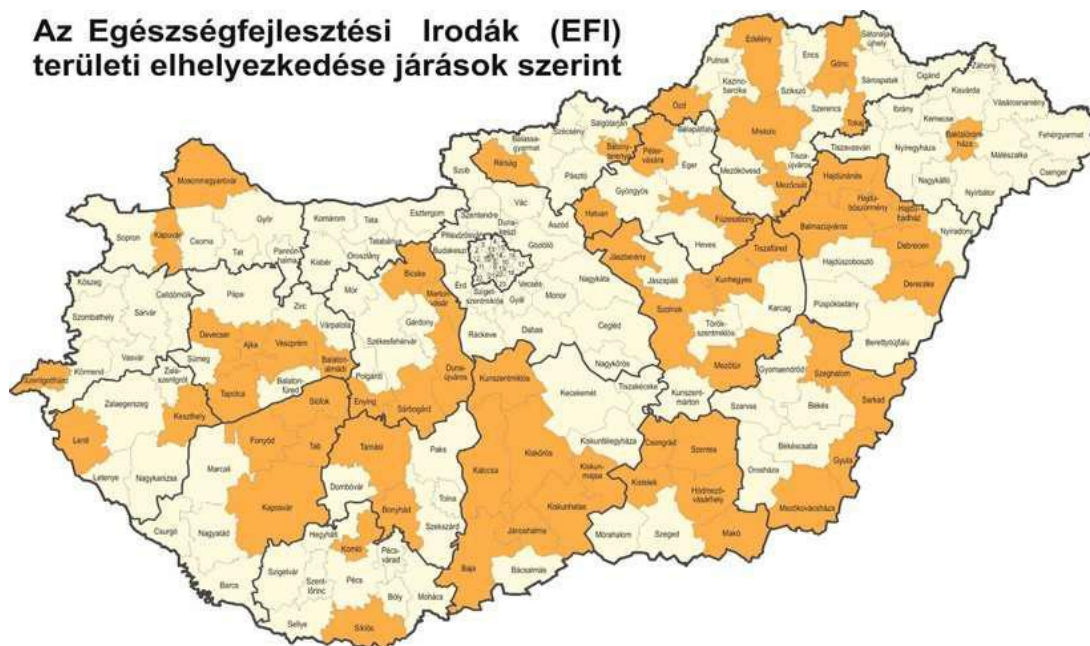
A fenti két projekt eredményeként összesen 61 db EFI kezdte meg működését az országban, az elhelyezkedésük szerint erős területi különbségekkel (1. ábra).



1. ábra Az EFI-k területi elhelyezkedésének eloszlása a konvergencia régiókban Saját szerkesztés, adatforrás: www.szechenyi2020.gov.hu

A legtöbb EFI a Dél-Alföld régióban, a legkevesebb a Nyugat-Dunántúl régióban kezdte meg működését, a Közép-Magyarország régióban a pályázat nem volt elérhető, így Budapest és Pest megyében nem alakultak EFI-k (2.ábra).

Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) területi elhelyezkedése járások szerint



2. ábra Az EFI-k területi elhelyezkedése járások szerint (Bezzegh Péter előadás, 2017. június 15.)

II.2. A hajdúböszörményi járásban működő EFI szervezeti felépítése, működése

Az EFI egy új szolgáltatási forma az egészségügy területén, a jelenlegi működtetést az Emberi Erőforrások Minisztériuma támogatja. A hazai egészségügyi struktúrában az alapellátással párhuzamosan, azzal szorosan együttműködve működik, célja a lakossági egészségtudatos életforma megismertetése, az elvégzett szűrési eredmények ismeretében az egyének irányítása megfelelő egészségügyi szolgáltatóhoz, illetve egészségmegőrző klubok, foglalkozások felé. A szolgáltatások igénybevételéhez nem szükséges beutaló, minden rendezvény, szűrés és tanácsadás ingyenes.

Az EFI Hajdú-Bihar megyében, a Hajdúböszörményi Kistérségben - amelyet 3 település: Hajdúböszörmény, Hajdúdorog és Hajdúnánás alkot - kezdte meg működését 2013-ban. A közigazgatás átszervezéseként létrejövő járások eredményeként a Hajdúböszörményi kistérség települései 2 járáshoz – a Hajdúböszörményi és a Polgári- kerültek. A jelenlegi működés során az EFI-k feladatait kizárólag járási szinten látják el, amelyet 2 település – Hajdúböszörmény és Hajdúdorog alkot.

Az EFI által végzett tevékenységek:

- partnerségi munkacsoport működtetése a kistérségben érintett intézmények, szervezetek, szolgáltatók, döntéshozók bevonásával;
- életmódváltó programok megvalósítása;
- a kistérségben működő, a projekt keretében összegyűjtött és adatbázisba betöltött egészségfejlesztéssel foglalkozó intézmények, civil szervezetek és már zajló programjaik, valamint egészségfejlesztési tevékenységeik (programok, klubok) frissítése helyi adatbázis folyamatos vezetésével;
- a kialakított betegklubok további működtetése cukorbeteg és szív- és érrendszeri betegek számára, és ezzel összefüggésben a beteg-együtműködés fejlesztését támogató tevékenységek megvalósítása;
- a háziorvosok által végzendő szűrővizsgálatokon való lakossági részvételt ösztönző, motiváló programok koordinálása;
- a helyben zajló egészségfejlesztési tevékenységek folyamatos nyomon követése, illetve azok monitorozásában történő részvétel, amennyiben nem áll fenn összeférhetlenség, szükség esetén módszertani segítségnyújtás;
- módszertani, szakmai támogatás a kistérség egészségügyi alapellátói számára, különösen a lakosság keretében végzendő szűrési tevékenységek kapcsán;
- az egészséggel kapcsolatos helyi döntésekben, valamint azok előkészítésében való részvétel;
- kapcsolattartás a területen működő népegészségügy szakigazgatási szervvel, a régióban/térségben működő más egészségfejlesztési irodákkal;
- egészségnap, sportnapok rendezése;
- interaktív egészségtudatosságot fejlesztő kiállítások szervezése.

Az EFI munkatársak feladatai:

A fogadóórák, tanácsadási időpontok keretében kockázatbecslés, állapotfelmérés. A kiszűrt, a vizsgált betegségek tekintetében magas kockázatú kliensek életmódváltó programokba, terápiás kezelésekre, háziorvosokhoz irányítása. Életmódváltó programok szervezésében, megvalósításában való közreműködés. A járásban működő, egészségfejlesztéssel, egészségmegőrzéssel foglalkozó intézmények, programok összegyűjtése, adatbázis vezetése,

folyamatos frissítése. A járás településein megvalósuló programokon kihelyezett kockázatbecslés, szűrések végzése (pl. Egészségnap, Sportnap). Szakmai, fejlesztési és együttműködési kapcsolat tartása az egészségfejlesztéssel foglalkozó, kijelölt szervezetekkel (OKI- Országos Környezet-egészségügyi Intézet, EMMI). Egészségügyi dokumentációs rendszer kialakítása, naprakész vezetése.

Az EFI sikere abban rejlik, hogy a vezetők, munkatársak elkötelezett követői, gyakorlói legyenek a megfogalmazott céloknak az egészséges életmód terjesztésének.

II.3. A krónikus megbetegedések és az EFI kapcsolódási pontjai

Az ENSZ Egészségügyi Világszervezete (World Health Organization- WHO), 1986. novemberében Ottawában tartotta meg az I. nemzetközi egészségfejlesztési konferenciáját, amelynek záródokumentumaként fogadták el az „Ottawai Chartát”.

A Charta az alábbiakban határozta meg az egészségfejlesztés fogalmát:

"Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézbe tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége."

Az „Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia az alábbi specifikus célt fogalmazza meg:

A népegészségügyi szolgáltatások megújítása, középpontban az egészség megőrzését előmozdító ismeretek és készségek megismertetése. Egészségünk megőrzése érdekében önmagunk, környezetünk felelősségének tudatában az egészséges környezet kialakításában érintett résztvevők bevonásával törekedni kell az egészségben eltöltött évek meghosszabbításán.

Az hazai lakosság egészségi állapotának romlásért legnagyobb részben az egészségtelen életmódhoz köthető betegségek a felelősek, ezért a lakosság egészségi állapotának megőrzésében, javításában döntő fordulatot kell elérni, amelyhez elengedhetetlen a megfelelő

feltételek biztosítása (fizikai, társadalmi, gazdasági és jogi). Az egészségi állapot kedvező változtatásához fejleszteni kell az egyének és a különböző közösségek egészségtudatosságát, az egészségüghöz való viszonyulását, az egészségkultúrát. Ennek a legmegfelelőbb eszközei a preventív célú népegészségügyi programok, amelyek legfontosabb eleme a testmozgás, egészséges táplálkozás népszerűsítése.

Stratégiai célok

- A születéskor várható, egészségben eltöltött életevek növelése 2 évvel 2020-ra, az EU átlagának elérése 2022-re
- A fizikai és mentális egészség egyéni és társadalmi értékének növelése
- Egészségtudatos magatartás elősegítése, egyéni felelősségvállalás érvényesítése
- A területi egészség-egyenlőtlenségek, illetve a születéskor várható élettartamban mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése

A megjelölt 4 stratégiai cél eléréséhez 5 fő prioritást fogalmaz meg a Stratégia:

- I. Keringési betegségek, cukorbetegség megelőzése és gondozása
- II. Daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése
- III. Lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok kezelése
- IV. Környezet-egészségügy fejlesztése
- V. Egyéb népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások

II.3.1. Keringési betegségek, cukorbetegség megelőzése és gondozása

Egészségfejlesztés, prevenció erősítése

Szűrés, kockázat besorolás és ennek megfelelő gondozás, életmód programok; EFI-k: háziiorvosi alapellátás- védőnők- foglalkozás-egészségügy- szakellátás- további szakterületek összehangolt, közös, rendszer szintű programja, az érintett szakmai háttér intézmények és területi szerveik bevonásával, az államigazgatás és az önkormányzatok összefogásával. Az egészséges táplálkozás elősegítése, a rendszeres testmozgás, a dohányzás visszaszorítása, és a túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása.

II.3.2. Daganatos betegségek kockázatának csökkentése, korai felismerése és kezelése

Egészségfejlesztés és kockázatcsökkentés, a melanoma kockázatának csökkentésére irányuló specifikus program; népegészségügyi szűréseken történő részvétel arányának növelése, a

kiszűrtek protokoll szerinti diagnosztikus vizsgálatai és ellátása; EFI- háziorvosi alapellátás- védőnők- foglalkozás egészségügy- onkológiai szakellátás- további szakterületek összehangolt, közös, rendszerszintű programja, az érintett szakmai háttérintézmények bevonásával, az államigazgatás és az önkormányzatok összefogásával; az onkológiai ellátórendszer egységes szervezeti és működési rendszerének létrehozása.

II.3.3. Lelki egészség fejlesztése, fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése

Az egyén, a család, a közösség és a társadalom lelki egészségének és jól-létének javítása; a társadalom egészére jellemző, lelkiállapottal szorosan összefüggő mutatók szignifikáns, legalább 10%-os javulása; a depresszió megelőzése és gondozása javuljon, az öngyilkosságok száma 10%-kal csökkenjen a teljes lakosság körében; az iskolai- és a kapcsolati erőszak csökkenjen; a vágyott és tervezett gyermekek nagyobb száma szülessen meg és nőjön fel szeretetteljes családban; közösségfejlesztés; a háziorvosi rendelőkhöz kapcsolódó alacsonyküszöbű, preventív jellegű pszichológiai ellátás, és a pszichoterápia biztosítása; a mentális zavarban szenvedő betegek, köztük a depressziós, szorongásos betegek közösségi ellátásának fejlesztése

II.3.4. Környezet-egészségügyi biztonság fejlesztése

Biológiai allergének, köztük a parlagfű pollenterhelés monitorozásának és előrejelzésének fejlesztése, tájékoztatás korszerű módszerekkel; ivóvízbiztonság növelésére irányuló intézkedések; gyermek-egészségügyi és oktatási intézmények, illetve további közintézmények beltéri levegőminőségének javítása, jogszabályi háttér megteremtése

II.3.5. További népegészségügyi prioritást jelentő beavatkozások

A gyermekek preventív szemléletű egészségfejlesztése és egészségbeli egyenlőtlenségek csökkentése; mozgásszervi betegségek prevenciója; sérülésmentesség; HIV-AIDS prevenció; az intravénás szerhasználók körében a HBV, HCV fertőzések megelőzése; krónikus légzőszervi betegségek megelőzése; járványügyi biztonság erősítése; a védőoltási rendszer fenntartása és folyamatos korszerűsítése; munkahelyi egészséges környezet elősegítésére irányuló programok; népegészségügyi kiadások módszertanilag megalapozottabb

számbavétele és az adatgyűjtés fejlesztése; a népegészségügyi szolgáltatások költség-hatékonysági értékelésének módszertani fejlesztése; a népegészségügyi szolgáltatások fenntartható finanszírozásának kialakítása.

Magyarországon az Eurostat adatai szerint 2015-ben a születéskor várható átlagos élettartam a tizenegyedik legrosszabb az Unióban, ami némi javulást mutat a 2011. évi adatok szerint, három hellyel feljebb kerültünk a listán. A KSH adatai szerint 2017-ben a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál 72,4 év, a nőknél 78,9 év volt. Összevetve az EU tagországok születéskor várható élettartamát és figyelembe véve az egyes országok gazdasági teljesítményét is megállapítható, hogy Magyarország a várható élettartamot tekintve a gazdaságilag elmaradottabb országok közepmezőnyében helyezkedik el. A megromlott egészségben leélt éveket és az „idő előtti” halálozást összegző egészséges életévvesztés (DALY) tekintve kiemelkedő jelentőségű a szív- és érrendszeri betegségek (27%), a rosszindulatú daganatok (18%) valamint a mozgásszervi betegségek (11%) szerepe.

A haláloki struktúra vizsgálatára 2003-ra, 2015-re, 2016-ra és 2017-re vonatkozó adatokat tartalmazó táblázatban találhatunk információt.

Év	Összesen	Ebből:							
		rosszindulatú daganatok	<i>heveny szívizom-elhalás</i>	<i>egyéb ischaemiás szívbetegség</i>	<i>agyér-betegség</i>	hőrgyulladás, tüdőbetegség és asztma	májbetegségek	motorosjárműbalesetek	szándékos öngyilkosság
2003	135 823	33 530	10 160	21 287	18 626	3 929	6 255	1 457	2 801
2015	131 697	32 792	6 028	26 979	12 500	6 266	3 306	734	1 870
2016	127 053	32 987	5 744	25 540	10 701	5 490	3 177	692	1 763
2017	131 674	32 844	5 758	26 887	11 384	6 110	3 243	728	1 634

A 2017. évi vizsgálat megállapította, hogy az összes halálozás 33%-áért felelősek a szív- és érrendszeri megbetegedések. A második helyen a daganatos megbetegedések állnak, a halálozások 24,9%-át okozva, csekély különbséggel a nemek között – a daganatos megbetegedésben elhunytak 54%-a férfi, 46%-a nő.

A kirívóan rossz egészségi állapotáért nagymértékben felelős az egészségkárosító életmód, különösen a túlzott alkoholfogyasztás és a dohányzás. A magyarországi egészséges életévvesztés legjelentősebb kockázatai közül 1990-ben és 2010-ben is az egészségtelen

táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a magas vérnyomás, a dohányzás, a magas testtömeg index és az alkoholfogyasztás képviselte a legnagyobb részarányt.

A lakosság megbetegedési viszonyainak ismerete – a halandósági elemzések mellett – elengedhetetlen a hatékony egészségügyi ellátórendszer, a sikeres egészség-fejlesztési és szűrési programok tervezéséhez. Különösen olyan betegségek esetében, amelyek hosszú időn keresztül, jelentős terheket rónak az egyénre, családjára és természetesen a társadalomra is.

II.4. Alkalmazott munkamódszerek, együttműködések, egészségkommunikáció, szűrővizsgálatok

II.4.1. Egészségvédő Klubok

Kapcsolattartás a Hajdú-Bihar Megyei Kormányhivatal Hajdúböszörményi Járási Hivatal Népegészségügyi Osztályával: a kampányszerű szűrésekre (emlőszűrés) történő mozgósításban való részvétel, tájékoztatás a vizsgálatokról, rendszeres időközönként adatszolgáltatás az EFI által végzett tevékenységről, az elért személyek számáról;

Felnőtt és gyermek háziorvosi praxisok: a körzetekben megjelent és az EFI-be továbbirányított betegek részére állapotfelmérés, információnyújtás, tanácsadás valamint az állapotfelmérés eredményétől függően klubfoglalkozásokra irányítás;

„Közös szívügyünk” – a szív- és érrendszeri betegek klubja: a kistérségben élő szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedő lakosság, valamint családjaik;

„Édes élet” – a cukorbeteg klubja: a cukorbetegség szövődményeinek megelőzése, diétás tanácsadás, a kistérségben élő cukorbetegedésben szenvedő lakosság, valamint családjaik;

„Új remény” – a daganatos betegek klubja: a betegklub nemcsak a betegségről szólnak, hanem olyan támogató-baráti közösségeket jelentenek, amely támaszt és emberi kapcsolatokat nyújtanak a mindennapok során;

Személyiségfejlesztés-önismereti klub (autogén tréning): élethelyzet kapcsán krízishelyzetbe került lakosság, az öngyilkossági kísérletet elkövetők és családtagjaik, enyhe depresszióban szenvedő lakosság;

Életmód - Sport Klub: olyan közösségeket igyekszünk kialakítani, akik rendszeresen összegyűlve közösen hódolnak új szenvedélyüknek, a testmozgásnak;

Táplálkozás tanácsadás: könnyen elérhető (beutaló vagy részvételi díj nélküli), közösségi szinten szervezett szolgáltatás legyen, egyéni kockázati szintjének megfelelő diéta kialakítása

Túra klub, Nordic klub: könnyen elérhető (beutaló vagy részvételi díj nélküli), közösségi szinten szervezett szolgáltatás legyen bárki számára

Partnerségi munkacsoport /családorvosok, szakorvosok, szociális ellátás, gyógyszerészek/. Minőségi betegellátást és a népegészségügyi mutatók javítását célba venni./

II.4.2. Hatékony interprofesszionális együttműködés, egészségkommunikáció

Alapvető stratégiai célkitűzés az egészségkultúra fejlesztése, ami a hatékony egészségkommunikáción keresztül valósulhat meg állami és helyi szinteken egyaránt. Ennek meghatározó feltétele, hogy az egészségkommunikációban résztvevő szervezetek kapacitásfejlesztési megvalósuljon. A tevékenység részeként célként került kitűzésre, hogy egészségfejlesztési, betegség- és sérülés megelőzési programok terjesztése történjen, „egészséges választást” előmozdító népegészségügyi kommunikációs tartalmak kerüljenek kidolgozásra és terjesztésre a kapcsolódó központi és helyi események támogatásával.

A fenti célok elérése érdekében elengedhetetlen az alapellátás fejlesztésére irányuló, de célzott szakellátást is megvalósító módon az egészségügyi ellátórendszer és a népegészségügyi szolgáltatások hatékonyságának fokozása. A fejlesztési irányok: a krónikus betegségmenedzsment programok megvalósítása a nagy betegségterhet és korai halálozást okozó krónikus nemfertőző betegségek területén, az ellátórendszer preventív fókuszú áthangolása, a gyermekkorhoz kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások fejlesztése.

A Nemzeti Egészségfejlesztési Program elsődleges célként a megelőzési folyamatokat említi az alábbi területeken: a dohányzás visszaszorítása; az alkohol- és drogprevenció; az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése és az élelmiszerbiztonság fejlesztése; az aktív testmozgás elterjesztése; a közegészségügyi és járványügyi biztonság fokozása, valamint az egészséges fizikai környezet kialakítása.

A Program szintén prioritásként kezeli az alábbi tevékenységeket: a koszorúér- és agyérbetegségek okozta halálozások visszaszorítása; a daganatos halálozás növekedési trendjének megállítása, visszafordítása; a lelki egészségvédelem megerősítése; a mozgásszervi

betegségek és az abból eredő szövődmények csökkentése; az AIDS és más szexuális úton terjedő betegségek megelőzése.

Ezen célok eléréséhez szükséges az alapellátók, szociális ellátók, járási hivatalok népegészségügyi szakemberei, helyi média, civil szervezetek együttműködése.

Alkalmazott munkamódszerek

A meglévő népegészségügyi szűrések folytatása mellett be kell vezetni a többi, népegészségügyi szempontból fontos szűrést. Az ellátórendszer fejlesztése úgy történjen, hogy külön figyelmet kapjon az alapellátás fejlesztése, különösen ott folyó preventív munkára koncentrált erőforrás fejlesztést kell végrehajtani a népegészségügy területén.

A szív- és érrendszeri betegségek világszerte népegészségügyi problémát jelentenek, Magyarországon is a leggyakrabban előforduló krónikus betegségek egyike. Ide tartozik egyebek mellett a magasvérnyomás betegség, a szívkoszorúér betegség, az érelmeszesedés, és az agyi érbetegség (stroke) is. A keringési betegségek kialakulása az esetek egy részében helyes életmóddal megelőzhető, a szövődmények kialakulása, a már kialakult betegségek súlyosbodása időben elvégzett szűrővizsgálatokkal megelőzhető. Különösen ajánlott a prevenció férfiak, mozgásszegény, stresszes életmódot élők, elhízottak, dohányosok, egyes társbetegségekben szenvedők (cukorbetegség, magas vérzsírszint, magasvérnyomás betegség) számára, illetve azoknak, akiknek családjában előfordult már valamilyen kardiovaszkuláris megbetegedés. Az egyik fő cél a lakosság részvételi arányának növelése a háziorvosi szűrővizsgálatokon, ezáltal hosszútávon a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás csökkentése. Ennek érdekében az együttműködő háziorvosi praxisokban szervezett szűrőnapokat tartunk. A szűrőnapokon vérnyomás-, vércukor- és koleszterinszint mérés, testsúly és testmagasság mérés alapján BMI meghatározás, testzsírmérés történik. A magas kockázati szintű betegeknek EKG vizsgálat is történik.

Ugyancsak fontos érzékszerveink rendszeres vizsgálata. Ezt hajlamosak vagyunk sajnos elhanyagolni. Érzékszervi problémára utalhat a szem- és fejfájás, szédülés, fülzúgás, látás- illetve hallásromlás. A látásélesség (visus) vizsgálata, valamint a színtévesztés szűrése a háziorvosi praxisban is megtörténhet, a szűrőnapok alkalmával, illetve a szemészeti szakrendelésen. A szív- érrendszeri, valamint cukorbetegségben szenvedők számára pedig különösen ajánlott a szemészeti szakrendelésen szemfenék vizsgálaton való megjelenés. Ezen felül tájékoztató hallásvizsgálatot is végzünk a szakrendelőben.

Mozgásszervi szűrővizsgálatokat is végezzük a szakorvosi rendelőintézetben. Ennek érdekében pályázati forrásból ultrahangos csontsűrűség mérő készülék került beszerzésre, melynek nagy előnye az osteoporózisban szenvedő betegek kiszűrése és követésének lehetősége kis sugárterheléssel.

A lakosság szűrővizsgálatokon való részvételét a háziorvosi praxisokban elvégzett tömeges szűréseken kívül nagyrendezvényeinken (sport- és egészségnapok, idősök napja), valamint betegklubjainkban is tapasztaljuk. Kiemelten fontosnak tartjuk a lakosság ismereteinek bővítését a prevencióval kapcsolatban, illetve az egyén felelősségének hangsúlyozását.

Egészségkommunikáció

Az EFOP-1.8 intézkedése nevesíti és egyedi célként tűzi ki az egészséges életmód elterjesztéséhez nélkülözhetetlen egészségkultúra fejlesztését, a hatékony egészségkommunikációt, a helyi egészségkommunikációban résztvevő szervezetek kapacitásfejlesztését, az egészségfejlesztési, betegség- és sérülés-megelőzési programok elterjesztését, az egészséges választást előmozdító népegészségügyi kommunikációs tartalmak és kapcsolódó események támogatását. A népegészségügyi ellátórendszer helyi kapacitás fejlesztésére irányuló projektek hozzájárulnak a lakosság egészségi állapotának és egészségtudatosságának növeléséhez, az ellátó rendszer terheinek csökkentéséhez. Az egészségtudatos magatartás széles társadalmi réteggel történő megismertetése, elterjesztése valamint az egészségi kockázati tényezők megismerése érdekében egészségfejlesztési programok, kampányok, koragyermekkorai programok indultak, illetve mintaértékű rendszerfejlesztés eredményeként működik az egészségfejlesztési irodák hálózata 61 irodával.

A projekt keretén belül honlapunkra (www.hajduboszormeny.hu) aloldalt telepítettünk és ehhez mérten testre szabjuk és racionalizáljuk weboldalunk felületét. Az oldalon természetesen minden információ és tájékoztatás megtalálható majd az egészségfejlesztési programmal és az EFI-kel kapcsolatosan. Az online kommunikáció jelentős és interaktív részét azonban a program részére külön létrehozott Facebook oldal folyamatosan frissített felülete jelenti.

II.4.3. Szűrővizsgálatok

Az EFI-ben vérnyomás, koleszterin, testsúly, testzsír, BMI index, csontsűrűség méréseket végeznek. A mérési eredmények alapján rizikófelmérés történik, és az EFI szakembereivel közösen egy megfelelő életmódváltó programot javasolnak a páciensnek. Emellett rendszeres

időközönként betegklubokat működtetnek (Önismereti klub, Daganatos betegek klubja, Cukorbeteg klubja, Szív és érrendszeri betegek klubja, Táplálkozási tanácsadás, Testmozgás tanácsadás, Anonym Alkoholisták csoportja). Átfogó és rendszeres a kapcsolat mind a házi orvosokkal, mind a fogorvosokkal. Szakmai kapcsolatot tartunk fent a Magyar Vöröskereszt Hajdúböszörményi Területi Szervezetével, illetve helyi gyógyszerészekkel, patikákkal, gyógyászati segédeszköz üzletekkel. Szintén hasonló szakmai együttműködés figyelhető meg a Bocskai Strand- és Gyógyfürdő gyógyászati részlegével is.

II.5. A kockázati tényezők kivédésének lehetőségei

II.5.1. Gondozás

Az egészségügyi humán erőforrás hiányának enyhítése, motivációjának fokozása kapcsán a cél a népegészségügyi szükségletek kielégítéséhez és az egészségügyi ellátórendszer működéséhez szükséges megfelelő létszámú és képzettségű emberi erőforrás biztosítása, különös tekintettel a szakterületenkénti és földrajzi területenkénti egyenlőtlenségek csökkentésére. A célcsoportokhoz igazított egészségkommunikáció, az egészségtudatosság növelése, az egészségügyi ellátórendszer prevenció fókuszú áthangolása, népegészségügyi szolgáltatásokhoz való általános hozzáférés javítása, továbbá a szűrővizsgálati rendszer bővítése és korszerűsítése szükséges a lehető legnagyobb egészségnyereség eléréséhez.

II.5.2. Egyéni életmód program

Együttműködésben a beteggel a szellemi hanyatlás mértékét a klinikai gyakorlatban az úgynevezett MMSE (Mini Mental State Examination) vizsgálattal határozzuk meg, ami egyszerű kérdésekre adott válaszok, írásos-rajzos feladatok kiértékelését jelenti. A teszten szereshető maximális pontszám 30. Az enyhe stádiumú demenciának a 20-26, a közepes súlyosnak a 10-20, a súlyosnak a 10 pont alatti értékek tarthatók. Mindenképpen fontos a beteg bevonása a folyamatba, és a türelmes tájékoztatás, még akkor is, ha rendszeresen látjuk, hogy a betegségbelátás gyakran hiányzik, és pl. a beteg semmi problémát nem lát abban, hogy épp az előbb mosta le zuhannyal a tévéjét, mert az kissé poros volt. Az intézményi elhelyezéskor fontos a beteg belátó- és beleegyező képessége, ennek hiánya megoldandó jogi kérdéseket von maga után. Amennyiben az elhelyezés helyszínét kell

kiválasztani, fontos a beteg és gondozóinak számára bemutatni az intézmény előnyét, biztosítani arról, hogy ez nem korlátozni, hanem elősegíteni szándékozik az életvezetését. Ne felejtjük el a régi mondást: az idős fát nem könnyű átültetni, és ez fokozottan igaz a demenciával élő idősekre. A betegek rövid- és hosszú távú memóriája eltérő ütemben károsodik, a régmúlt emlékezet sokáig megkímélt: a beteg tisztán emlékszik fiatalkori eseményekre, de nem tudja felidézni, mit csinált 5 perccel ezelőtt, vagy éppen, hogy milyen évszak van most. A régmúlt emlékeinek épsége miatt a hozzátartozók gyakran tévesen úgy vélik, a beteg emlékezete jó. A demens beteg megszokott, otthoni környezetében viszonylag jól boldogul, új környezethez már nehezebben tud alkalmazkodni, ami kezdetben a beilleszkedést megnehezítheti, több türelmet igényel. Fontos ezért, hogy ne költöztessük sűrűn a beteget, vele egyeztetve tartós megoldásokat keressünk. Tegyük meg mindent a demencia progresszióját kísérve a beteg kényelme és főleg biztonsága érdekében, hogy ezek az évek is lehetőség szerint hasznos tartalommal, élményekkel telhessenek.

II.5.3. Egyéni egészségterv készítése

A projekt a népegészségügy és közegészségügy fejlesztését célozza meg a preventív jellegű szolgáltatások nyújtásának erősítésével, az egészségtudatos magatartás terjesztésével, az ezzel kapcsolatos cselekvési minták bemutatásával.

A rendszeres testmozgás hatása az egyik legeredményesebb prevenciós módszer (különösen az úgynevezett aerob mozgásformák), mely nem kizárólag a fizikai egészségre, de a szellemi állapotra is jótékony hatású. Ezt a szervezetre kifejtett különböző előnyös hatásaival magyarázzák. Ilyen például az úgynevezett neurotróf faktorok indukciója, melyet számos vizsgálatban, emberben is igazoltak. Emellett a testmozgás keringésre kifejtett kedvező hatása biztosítja az idegsejtek jobb oxigénellátását, így azok megfelelő működését.

A testmozgás ráadásul a koleszterinszint megfelelő értéken tartása, valamint a magas vérnyomás megelőzése szempontjából is javasolt, melyek együttesen felelőssé tehetők az ateroszklerotikus plakkok kialakulásáért. Egy metaanalízis kimutatta, hogy a korábban fizikai aktivitást nem végző személyek esetében, mindössze 4 testmozgással töltött hónap után érdemi javulás mutatkozik a kognitív teljesítményben. A legtöbb embernek a heti 2,5 óra közepesen megterhelő testmozgás megfelelő irányérték. A szellemi állapot karbantartása kulcsfontosságú. A fizikai aktivitás mellett természetesen a szellemi „tréning” is késlelteti a betegség kialakulását. Ez lehet olvasás, keresztrejtvény, társas- számítógépes játékok,

nyelvtanulás, tánc vagy valamilyen hangszeren játszás. A lényeg, hogy valamilyen fokozott szellemi koncentrációt igénylő tevékenység legyen. Sokan beszélnek az úgynevezett kognitív tartalékról, mely arra utal, hogy hasonlóan előrehaladott stádiumú (a patológiás elváltozás mértéke alapján) Alzheimer-kóros betegek közül a magasabb iskolai végzettségűek jobb szellemi képességekkel rendelkeznek, illetve a magasabb iskolázottság késlelteti az Alzheimer-kór megjelenési életkorát. Ehhez kapcsolódóan érdemes megemlíteni, hogy egyes kutatások eredménye szerint a társas kapcsolatok ápolása, a szociálisan aktív élet is stimulálja az idegsejtek közötti kapcsolatok kialakulását. Azoknál, akik szegényes szociális életet folytatnak, nagyobb eséllyel alakul ki demencia a társas kapcsolataikat jobban ápoló társaikhoz képest. Érdemes tehát minél gyakrabban barátokkal találkozni, moziba, színházba, templomba járni, esetleg pl. önkéntes munkát vállalni. Sokan a szociális kapcsolatok jótékony hatását a kognitív tartalékok ápolásával hozzák összefüggésbe, melyet neuropatológiai vizsgálatok eredményei is igazolnak. Az általánosságban jó egészségi állapot szintén kedvező hatású lehet a szellemi hanyatlás megelőzésében. Ennek egyik kulcsfontosságú aspektusa a megfelelő táplálkozás. A mediterrán étrend (sok gyümölcs, zöldség, hal, mely, antioxidánsban(E- és C-vitamin) és telítetlen zsírsavakban gazdag) csökkenti a demencia kialakulását. Az antioxidánsok jótékony hatása nagy valószínűséggel az oxidatív stressz csökkentésével magyarázható, az oxidatív stressz az Alzheimer-kór kialakulásában, progressziójában fontos szerepet játszik. A magas vérnyomás és a cukorbetegség kezelése, a dohányzás elhagyása, az elhízás elkerülése szintén protektív hatású. Az elhízás fokozza a demencia kockázatát. Táplálkozzon okosan, hogy okos legyen! Érdemes már fiatal korban odafigyelnünk életmódunkra, hiszen ez későbbi szellemi épségünkre óriási hatással lehet. A demencia hatalmas terhet ró az egészségügyi ellátásra, így az egyéb protektív faktorok feltárása és prevenciók módszerek kidolgozása támogatandó gondolat.

II.5.4. A lelki egészség szerepe, a spiritualitás

Lelki egészség fenntartása, helyreállítása, a mentális zavarok megelőzése kapcsán cél a magas kockázatú, mentális egészségproblémával terhelt csoportok ellátásba kerülése, továbbá a lelki egészségfejlesztési szolgáltatások elérhetőségének biztosítása.

Már az Egészségügyi Világszervezet (WHO) életminőség meghatározásában is szerepel a spiritualitás dimenziója (Kuyken és Orley, 1995). Számos tanulmány igazolta, hogy a vallásos emberek általában egészségesebbek, ritkábban fordul elő körükben szorongás, depresszió, jellemzően kevesebb pszichés problémával küzdenek, mint a vallást nem gyakorló társaik.

A teljes egészség szerves részét alkotó spiritualitás mint az egyedi, személyes filozófia meghatározója, jelentős szerepet játszik az egészség megőrzésében, a prevencióban és az egészségpromócióban egyaránt. Az ember magatartását alapvetően az észlelés, a gondolkodás és a cselekvés fázisai jellemzik. Észlelésünk történhet fizikai-érzékszervi szinten, azaz a látás, hallás, tapintás, szaglás, érintés közvetítésével, vagy történhet szellemi szinten, ami nem más, mint a tudatosítás folyamata.

Mai világunkban egyre inkább lerövidül az észlelés szakasza, hajlamosak vagyunk a hangsúlyt inkább a gondolkodásra, elemzésre, értékelésre fektetni, és nagyon hamar a tettek mezejére lépünk. Az észlelés fázisa lerövidül, elsorvad. A különböző fizikai-szellemi ingerek, az információ áradata olyan mértékűvé vált, hogy komoly erőfeszítéseket kell tennünk annak érdekében, hogy lecsendesítsük a külső zajt, és így a belső világunkból érkező hangokat is meghalljuk.

A gondolkodás gyakran ítélezést hordoz magában, ami rögtön felveti a lehetőséget, hogy változtassunk azon, amit rossznak ítélünk meg. Így ahelyett, hogy ítéletmentesen szemlélnénk és elfogadnánk a valóságot, máris kölcsönhatásba lépünk vele, és meg akarjuk változtatni azt oly módon, hogy számunkra elfogadhatóbb legyen. A megfelelő mélységű és hosszúságú észlelés nélkül gondolkodásunk elfogult, cselekvésünk pedig megalapozatlan lesz.

A spiritualitás nagymesterei különböző utakon ugyan, de meglepő hasonlósággal jutottak el a meditáció jelentőségéhez. Még a technikák is hasonlóak, a testtartás, a légzés szerepe, az összeszedettség, az érzékelés módja mind-mind fontos elemei a meditációnak.

Napjainkban már tudományosan igazolt tény, hogy a meditáció jótékony hatással van az egészségi állapotra, és lassítja a sejtöregedési folyamatokat. A spiritualitás ugyanakkor az észlelés útján keresztül, ideológiai rendszerektől függetlenül, közvetlenül hoz kapcsolatba minket a mindig jelenlévő, létező valósággal. Az észlelés helyes gyakorlása pedig elvezet a valóság elfogadásához, az ítéletek és elvárások lecsendesítéséhez. Ez a folyamat segít önmagunk megismerésében, értékeink, legnemesebb vágyaink és indíttatásaink felfedezésében, a világban ránk váró feladatok megtalálásában.

Ha eljutottunk az észlelésnek erre a fokára, akkor könnyedén fogjuk felfedezni saját helyünket a világban. Önértékelésünk finomodik, elvárásaink szelídülnek, elégedettségünk növekszik, ez pedig nem más, mint a lelki egészség alfája és ómegája.

II.6. A Lelki Egészség Központ (LEK) Irodákról, szolgáltatásairól:

A betegségek kimutatható szervi megjelenési formája mellett gyakoriak a szervi elváltozás nélküli lelki megbetegedések, amelyek esetében elengedhetetlen a korai felismerés. Az egészségügyi ellátó rendszer szűkös kapacitása korlátozza a korai stádiumú betegségek diagnosztizálását és időben elkezdett terápia lehetőségét. Az egészségügyi problémák lelki hátterének feltárása, ezen páciensek esetén megfelelő életmód vezetésével, segítő, terápiás jellegű foglalkozásokon való részvétellel, személyre szabott, egyéni életúttervezéssel, a belső konfliktusok feltárásával, önismereti technikák megismerésével, relaxációs, imaginációs módszerek alkalmazásának elsajátításával a hétköznapiakban, bizonyos válság és krízis helyzetek (haláleset, válás) kezelésével a betegségek kialakulásának kockázata csökkenthető.

Az időskor leggyakoribb pszichiátriai megbetegedései a demencia és a depresszió. Sokáig a két betegség elkülönítésén volt a hangsúly, ami nem egyszerű a hasonló tünetek miatt. Jelenleg a kettő kapcsolata áll az érdeklődés középpontjában. A valódi demencia kialakulását gyakran depresszió, vagy depressziós pseudodemencia előzi meg. A depressziós betegeken nagyobb eséllyel alakul ki demencia. Ennek magyarázatára a hipotézisek szerint a depresszió lehet korai stádiuma a demenciának, előidézheti a demencia klinikai megjelenését, a glucocorticoid kaskádon keresztül hippocampus károsodáshoz vezethet és ez jelentheti a közös utat a demenciához. A demens betegeken gyakori a társuló depresszió megjelenése. Az Alzheimer demenciában (AD) megjelenő depresszió lehet a kognitív deficit miatt létrejött érzelmi reakció, már korábban meglévő affektív betegség visszatérése, vaszkuláris betegség okozta depresszió, vagy a demencia kialakulásáért is felelős neurodegeneratív folyamatokkal magyarázható. A vaszkuláris demencia (VD) és a depresszió között kétirányú kapcsolat van, a "vaszkuláris depresszió" hipotézis alapján a vaszkuláris betegségek hajlamosítanak a depresszióra, elősegítik és rontják a depressziót és fordítva. Mindezen kutatások eredményei alátámasztják, hogy a demencia és a depresszió neurofiziológiai kórfolyamataiban sok az átfedés.

A lelki egészség keretében szervezett tevékenységek:

A klubfoglalkozásokat bárki igénybe veheti nemre, korra, végzettségre és etnikai hovatartozásra való tekintet nélkül, illetve a klubfoglalkozások (anyaságra való felkészítő csoportfoglalkozások, Anonym Alkoholisták klub) olyan specifikus elemeket tartalmaznak, amelyek kifejezetten a társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetű csoportok integrációját segítik elő.

Korai fejlesztés (Szülőklub): Hajdúböszörmény településen megvalósuló klubfoglalkozás a védőnők és csecsemőgondozásban résztvevő szakemberek bevonásával, amelynek célcsoportja a fejlesztést, gondozást igénylő kisgyermeket nevelő szülők.

Anonym Alkoholisták Klubja (AA foglalkozások): névtelenségen alapuló, zártkörű foglalkozás, amelynek a résztvevők saját tapasztalataikat megosztva segítenek egymásnak, valamint meghívott előadók (pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénikus) segítségével különböző témájú előadások tartására kerül sor.

Bálint-csoport: a munkahelyi kiégés megelőzésére és konfliktuskezeléssel foglalkozó speciális munkahelyi csoport, amelyet szakképzett klinikai szakpszichológus vezet, a résztvevők közös beszélgetés során dolgozzák fel a munkavégzés során előforduló, leggyakoribb konfliktushelyzeteket, valamint azok kezelési és megelőzési lehetőségeit.

Dohányzásról leszoktató csoportfoglalkozások: a szenvedélybetegségekben élők, valamint azok családtagjaik, a klubfoglalkozásokra, amelyet szakképzett pszichológus vezet.

Párválasztó tanácsadás és családi életre való nevelési program klubfoglalkozások fiatal felnőttek részére, amelyet mentálhigiénikus és családterápiás szakember vezet, az előadások különböző témákat dolgoznak fel.

Anyaságra való felkészítés: gyermekvállalás előtt álló házaspárok részére, amelyet mentálhigiénikus és családterápiás szakember vezet, az előadások különböző témákat dolgoznak fel.

Személyiségfejlesztés: a klubfoglalkozások, amelyen a klubtagok a vezető segítségével az életükben előforduló nehézségeket, problémákat dolgozzák fel.

II.7. X, Y, Z és alfa unokák, generációk közötti különbségek a változó világban

A várható élettartam növekedésével a generációs marketing a vásárlóközönységet különböző korcsoportokra, nemzedékekre, úgynevezett generációkra osztja fel és ebből von le következtetéseket e korcsoportokra jellemző illetve tőlük várható tipikus vásárlási magatartásra. A generációs marketing alapjait eredetileg a pszichológusok vizsgálatai alakították ki.

Ugyanakkor a társadalom ilyen jellegű generációs korcsoportokra történő felosztásának és az abból levonható következtetéseknek nincs egzakt tudományos alapja. Az egyes generációk meghatározása nem pontos, ugyanis a vélemények megoszlanak arról, mettől-meddig tart egy

bizonyos szakasz, továbbá egyes vélemények szerint átfedések is kialakulhatnak, ugyanis a változások többnyire a technika fejlődésével hozhatók összefüggésbe, ami területenként és közegenként eltérő lehet, azonban általánosan az a vélemény terjedt el, hogy a generációk 15 vagy 20 évenként követik egymást. Ebből kiindulva az 1920 és 1939 között születettek az ún. veteránok, a Baby boom-korszak az 1940 és 1959 között született embereké, míg az X generációhoz az 1960 és 1983 között születettek tartoznak. Az Y generációba az 1984 és 1994 között, a Z generációba pedig az 1995 és 2009 között születetteket sorolják. A 2010 után születetteket "alpha" generációnak (Generation Alpha) szokták nevezni.

Manapság sokat halljuk, hogy a technika felgyorsulása hatással van életünkre, lelki folyamatainkra is. A generációkról szóló elméletek segítenek nekünk ehhez egy szélesebb perspektívát adni. Ezek segítségével egy folyamat részeként tudjuk értelmezni azt, ami velünk történik. Továbbá észrevesszük, hogy a társadalomban nem egyedi esetként küzdünk bizonyos problémákkal, hanem sokan vannak hasonló helyzetben. A család kontextusába helyezve a generációs szakadék nem csupán életszemléletbeli, hanem a szülői és a gyermeki szint közötti szakadékot is jelenti. A családban a gyermeki és szülői rendszer két, egymástól többé-kevésbé elszigetelt rendszert jelent. Azaz pszichológiai szempontból a generációk közötti különbség ezen rendszerek távolságát is jelenti. Optimális esetben ez a távolság nem túl nagy és nem túl kicsi. Van határ a két rendszer között, de az átjárható. Ezt a távolságot szélesítheti a nagy generációs szakadék. A kellő rugalmasság megléte nélkül megnehezíti az alrendszerek közötti együttműködést, elszigetelheti a rendszereket egymástól. A szülői alrendszer feladata az, hogy biztosítsa a körülményeket a gyerek fejlődéséhez. A hierarchiában a szülői alrendszer áll magasabb szinten. A szülő tud több mindent, ő a tekintély. Utóbbi kijelentés a digitalizációt tekintve nem ilyen egyértelmű. A kütyüket sokkal jobban tudják kezelni a gyerekek, mint a szüleik. Sokszor a szülők tanulnak a gyerekektől, nem pedig fordítva.

A demencia előrehaladtával, súlyosbodásával ez az egyenlő partneri viszony a betegség jellege miatt kényszerűen változik, és talán szerencsétlen hasonlat, de egyfajta fordított szülő gyermek viszony alakul ki, ahol a felnőtt gyerek veszi át az irányítást a korábban őt felnevelő, idős szülője felett. Fel kell készülni, hogy a beteggel gyakran kell vitatkozni dolgokon, mert ő sétálni akar menni, noha mi már tudjuk, hogy egyedül eltéved, vagy éppen zuhog kint az eső. Egyre jobban figyelni kell a kézmosásra, személyi higiénijára, szükséges ruhacserére, miközben a beteg mélyen meg van győződve róla, hogy minden rendben és mindent az irányítása alatt tart. A betegek megtanulnak sztereotip, elkerülő válaszokat adni, így nem

elegendőek a telefonos „Hogy vagy, anyu? Köszönöm jól! Van valami baj? Ááá, semmi, nagyon jól vagyok!” típusú, rövid beszélgetések, mert ezek mögött a valóságban bármi lehet! Konkrétan, és részletekbe menően kell egy-egy dolgot megbeszélni! A családnak kell dönteni bizonyos kérdésekben. Az állapotfelmérésre a pszichiátriában használt egyszerű, 30 pontos MMSE teszten (Folstein teszt) mérve legkésőbb 18-20 pontos érték körül kell mindenképpen elgondolkozni a beteg képességeit már meghaladó, felelősséget igénylő döntéseken. Ez a család feladata, a betegek sajnos ritkán veszik észre, hogy már nem alkalmasak például a járművezetésre.

III. A DEMENCIA

III.1. A demencia előfordulása

A demenciának – mint bizonyos tünetek együttes megjelenésének – előfordulása az utóbbi években olyan mértéket öltött, hogy elérte a népbetegségek gyakorisági szintjét. Sőt vannak országok – az Európai Unió fejlett országai, Japán, USA – ahol a daganatos és a szív- és érrendszeri betegségekkel együtt népbetegségként tartják számon (Kovács, 2018). A növekedés háttérében az életkor kitolódása, s annak következtében az Alzheimer-kór előfordulásának megsokszorozódása, illetve a magas számban előforduló vaszkuláris, azaz érbetegségekre visszavezethető demencia áll. Az életkor előrehaladtával egyre gyakrabban diagnosztizált tünetegyüttes. A 65 éves kor körüli 0,5-1 %-os az előfordulása, 85 éves kor felett már 25-30% körüli.

Európa és világszerte is magas az előfordulása, mely az előrejelzések szerint nőni fog, különösen a szegényebb országokban.

III.2. A demencia típusai

A demenciák tünetegyüttesének háttérében az agyállományban megjelenő különféle elváltozások állhatnak, melyek okuk, helyük és jellegük alapján a tünetek és a lefolyás tekintetében eltéréseket mutatnak. Így különböző demencia típusokat írtak le a szakemberek.

E betegségcsoport tipizálása legegyszerűbben, illetve legátláthatóbban a háttérben álló okok alapján történhet. Így az alábbi típusokat különböztetjük meg:

- o A valamilyen degeneratív idegrendszeri betegségek miatt létrejövő demenciák háttérében állhat Alzheimer-kór, Frontális lebeny demencia, Progresszív szupranukleáris bénulás, Kortikobazális szindróma, Diffúz Lewy-testes demencia, Parkinson kórhoz társuló demencia és Huntington-kór. Ezeket nevezi a szakirodalom **elsődleges** demenciának.

- o A **vaszkuláris** demencia az Alzheimer-kór mellett a leggyakrabban előforduló típus, melynek háttérében többnyire az egész szervezetet érintő előrehaladott érlemeszesedés és más szív-érrendszeri betegség agyi megnyilvánulása áll. Ennek következtében infarktusok, vérellátási zavarok talaján alakul ki a demenciára jellemző tünetek összessége.

- o Állhat a demenciák háttérében sérülés, daganat, vízfejűség, különféle gyulladással (kiemelendő a szklerózis multiplex, melynek előre haladtával megjelenik a demencia),

fertőzőes eredetű betegség. Ugyanakkor toxikus okokra és anyagcsere zavarra is visszavezethető a demenciák egy része, így háttérben állhat tartós alkoholfogyasztás, különféle gyógyszerek, endokrin megbetegedések, a máj-, a vese súlyos működési zavara, vitaminhiány, valamint felszívódási zavar. Ezek a **másodlagos** demenciák.

(INDA, 2015)

Gyakoriságukat tekintve az Alzheimer-kór, illetve annak vaszkuláris okokkal való keveredése a leggyakoribb típus. Ennek az az oka, hogy az Alzheimer-kór kialakulásában is nagy szerepe van a vaszkuláris tényezőknek, a vaszkuláris rizikófaktoroknak. Ezt követi a tisztán vaszkuláris demencia. A dobogó harmadik fokán a Lewy-testes demencia áll (Kovács, 2018).

III.3. A vaszkuláris demencia és rizikófaktorai

Szakmai berkekben már régen leírták, hogy egészen fiatal korban elkezdődnek bizonyos érfal szerkezeti változások, melyek kezdetben panaszt, illetve érfal egyenetlenséget nem okoznak, s amelyekből egyénenként változóan, de többnyire évek, évtizedek alatt kialakul – nem feltétlenül - az érlemezés, melynek eredményeképpen az erek fala rugalmatlanabbá válik, megjelennek a meszes plakkok, melyek később berepedhetnek, bevérizhetnek, s következményesen vérzések, vérrögök jelenhetnek meg. Az érlemezés, illetve következményeinek kialakulásával már bizonyos enyhébb-súlyosabb tünetek jelenhetnek és jelennek meg az érintett erek elhelyezkedésétől függően. Ez a folyamat érintheti az agyi, a szív, a végtagok, a vesék és más szervek ereit következményesen létrehozva akár a demencia tünetegyüttesét, a szív-és érrendszeri panaszokat, az alsó végtagi érszűkületet, illetve a vesék funkciójának beszűkülését stb. Az erekben lezajló változások, azok gyorsasága egyénenként változó, belső és életmódbeli tényezők befolyásolják.

A fenti gondolatmenetet követve lassan eljutunk a vaszkuláris demenciához, és egy olyan országban, ahol a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta halálozás igen magas, kiemelten kell foglalkozni a vaszkuláris demenciával, mert ez jelenti egyben az érlemezés magas előfordulását is. Hiszen e két betegségcsoportban közös a háttérben kialakuló érlemezés és a kialakulását elősegítő kockázati tényezők.

A szív- és érrendszeri megbetegedéseket tekintve az előfordulásuk és a hozzájuk kapcsolódó halálozások mértékének csökkentése érdekében hazánkban a skandináv országokból kiinduló, prevenciót alátámasztó tanulmányok alapján jelentős erőfeszítéseket teszünk. Kutatások bizonyították, hogy az érlemezés háttérben álló kockázati tényezőket csökkentve

jelentős javulás tapasztalható mind az erek állapotában, mind a tünetek megjelenésében. Ugyanezen gondolatot követve nem csupán a szív, hanem az agyi erekben lezajló változásokat is lehet csökkenteni, megelőzve ez által a kevésbé súlyos agyi történéseket, a demencián át a súlyosabb, akár halálos kimenetelű agyi katasztrófáig.

A prevenció – legyen szó szív- és érrendszeri megbetegedésről, vagy vaszkuláris demenciáról – az említett rizikófaktorokra fókuszál, pontosabban azok elhagyását, csökkentését, kezelését célozza meg, csökkentve ezáltal az érlemeszesedés következményeit. Ha vaszkuláris demenciáról, illetve annak megelőzéséről beszélünk, szólnunk kell az Alzheimer-kórról is. Ugyanis, egyrészt előfordulása jóval gyakoribb és kialakulásában jelentős kockázati tényezőként szerepelnek a vaszkuláris faktorok. Ezek azok a faktorok, melyek a tiszta vaszkuláris demenciák kialakulásában is okként vannak jelen. Így együttesen az érlemeszesedés rizikófaktorai, azok eliminálása kiemelt jelentőségű, hiszen ezek egy része nem csupán a vaszkuláris demencia kialakulásában játszik szerepet, hanem a nagyon magas előfordulása miatt kiemelt jelentőségű Alzheimer-kórban, sőt egyes tényezők minden demenciában okként vannak nyilvántartva. Ezek együtt kiemelt jelentőségűvé teszik a vaszkuláris kockázati tényezőket és megelőzésüket, hiszen ezek elhagyása, kezelése csökkenti mindkét demencia fajta kialakulását.

A kockázati tényezőkön belül megkülönböztetünk befolyásolhatóakat és nem befolyásolhatóakat.

A **nem** befolyásolhatóak a nem, az életkor, és a családi halmozódás.

A nemet tekintve nők esetében a kóros vaszkuláris elváltozások a menopauza, a hormonális hatások elmaradása után valószínűbbek. A demencia előfordulása is gyakoribb nőknél – de ha figyelembe vesszük, hogy a demencia az életkor előrehaladtával gyakrabban jelentkezik és azt, hogy a nők átlagéletkora jelentősen meghaladja a férfiakét, már az a tény, hogy a nők körében a demenciával érintettek száma magasabb, nem is annyira meglepő. A nem mindkét típusú demencia rizikófaktora (kockázati tényező).

Az **életkor** előrehaladtával egyre valószínűbb, hogy az erek érintettek lesznek a fent leírt módon. Az életkor előrehaladtával való gyakoriság növekedés igaz mindkét demencia típusra.

Azoknál az egyéneknél, ahol a családban ez előfordult, gyakrabban alakul ki érlemeszesedés és annak következménye. Ennek háttérében genetikai és életmódbeli tényezők is szerepet játszhatnak. Így a **genetikai** faktorok magasabb kockázatot jelentenek a vaszkuláris demenciában és az Alzheimer-kórban is.

A befolyásolható rizikófaktorok az alábbiak: dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, elhízás, stressz, magas koleszterin szint, magas-vérnyomás betegség, cukorbetegség.

A **dohányzás** jelentősége abban rejlik, hogy a dohányosokon nagyobb valószínűséggel fejlődik ki érrelmeszesedés, mint a nem dohányzókon. Abbahagyása után jelentősen csökken a rizikó a következményes betegségek, mint például a vaszkuláris demencia kialakulására.

Hasonló összefüggés van az **alkoholfogyasztás**, valamint az iszkémiás, azaz vérellátási zavar miatti agyi és a kardiális, vagy szívet érintő események kialakulása között is.

Az egészségtelen táplálkozás is elősegíti a szív- és érrendszeri betegségek és más rizikótényezők kialakulását (elhízás, hipertónia). Egészségtelen táplálkozáson a nem megfelelő összetételű, telített zsírsavakban gazdag, illetve túlzott mennyiségű zsiradék, sok cukor, kevés zöldség és gyümölcs fogyasztását értjük. A táplálkozás egészséges irányba fordítása a demenciák kialakulása ellen hat. A mediterrán diéta, mely az olíva olajnak, a halnak és a kis mennyiségű vörös bornak elég nagy teret ad, hatásos bármilyen demencia megelőzésében, bár sokak szerint ez a szív- és érrendszeri hatása miatt van.

A **mozgásszegény életmód** növeli a vaszkuláris betegségek kockázatát, illetve más rizikófaktorok kialakulását okozza (elhízás, magas-vérnyomás betegség). A mozgásszegénység, a fizikai inaktivitás különösen az idősek körében gyakori.

Az **elhízás** önmagában is rizikótényezőnek tekinthető, de kedvezőtlenül hat más rizikófaktorokra (segíti a cukorbetegség kialakulását) is. Kialakulásához hozzájárul a rendszeres fizikai aktivitás hiánya és az egészségtelen táplálkozás. Sok szakember egyre növekvő „járványnak” tartja az elhízást.

A **stressz** is bizonyítottan a vaszkuláris rizikófaktorok közé tartozik.

A **magas koleszterin** szint az egyik legjelentősebb rizikófaktor. A Lipid Research Clinics Program egyértelműen bebizonyította, hogy csökkenése esetén csökken a vaszkuláris betegségek miatti halálozás. Következésképpen az említett demenciák kialakulása is csökken.

A **hipertóniának** bizonyított rizikófaktor jellege van a Framingham-vizsgálat óta a vaszkuláris megbetegedések szempontjából. Megfelelő kezelése esetén csökkenteni lehet mind a vaszkuláris események számát, mind az ehhez kapcsolódó halálozást. Ugyanakkor csökken a vaszkuláris és az Alzheimer demencia kockázata is.

A **cukorbetegség** megfelelő kezelése is csökkenti a demenciák tünet együttesének kialakulását.

Hosszú időn keresztül, teljesen a 70-es évekig az összes diagnosztizált, főleg időskori demencia nagy része vaszkuláris demencia volt, míg ma az időskori demenciák 60-70 %-a Alzheimer típusú, ezen belül kb. 20%-a a kevert típusú. Hazánkban a mai adatok is eltérhetnek a nyugati országokétól, éppen a vaszkuláris rizikófaktorok halmozott előfordulása és a nyugati sikeresebb prevenció miatt. Magyarországon az egészségbiztosítási adatok alapján a vaszkuláris demencia jóval gyakoribb, mint az Alzheimer kór. Ennek hátterében a differenciál diagnosztikai nehézség állhat, miszerint sokszor a minimális súlyosságú agyi érbetegség képalkotó diagnózis esetén is vaszkuláris demencia diagnosztizálódik, miközben a beteg kiterjedt tüneteit degeneratív betegség, Alzheimer-kór okozza.

Összefoglalva a vaszkuláris demencia kiemelt jelentőségét az adja, hogy a sikeres szív- és érrendszeri prevenció mintájára a demencia ezen típusát lehet és kell is csökkenteni. A vaszkuláris rizikótényezők csökkentése egyrészt az érlemezés kialakulásának lassítása, következményesen a vaszkuláris demencia előfordulásának csökkentése, másrészt az Alzheimer-kór kialakulásának csökkentése miatt fontosak.

Az említett kockázati tényezők kiküszöbölésének prevencióban betöltött szerepét egyrészt közvetve a szív- és érrendszeri betegségek sikeres megelőzésén keresztül, másrészt közvetlenül a FINGER (Finish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) vizsgálaton keresztül láthatjuk. Ennek során a demencia kialakulását indukáló életmódbeli tényezők módosítása következtében előidézett kognitív funkció javulást értek el, csökkentve ezáltal a demencia kialakulásának kockázatát. Előbbi a vaszkuláris, vele együtt az Alzheimer-kór, utóbbi az összes demencia fajtát érinti.

A fentieket figyelembe véve lehet, hogy nem véletlenül „értékelik túl” hazánkban a vaszkuláris demenciát, valóban nagy jelentőséggel bír a prevenció szempontjából. S ha hozzávesszük azt a tényt is, hogy a magyar emberek életmódjukat tekintve halmozzák a vaszkuláris kockázati tényezőket, akkor igenis nagy hangsúlyt kell fektetnünk a demencia ezen fajtájára. Természetesen ez nem kisebbíti a jelentőségét a magas előfordulású Alzheimer-kórnak.

III.4. A demencia közösséget befolyásoló tünetei

A demenciát alkotó tünetek együttesét három csoportra oszthatjuk.

Az **alaptüneteket** a kognitív, azaz a megismerési, észlelési funkciók érintettségéből adódó problémák adják, ezek elsősorban feledékenységgel kapcsolatos tünetek, kiegészülve különféle lebenytünetekkel, mint a milyen a beszédzavar (afázia), a felismerés zavara (agnózia), az akaratlagos mozgás és az összetett cselekvések végrehajtásának zavara (apraxia), az olvasás zavara (alexia) és az írás zavara (agráfia).

A tünetek másik csoportját a pszichológiai és viselkedési, magatartási zavarok, a szakmában közismert nevén **BPSD-tünetek** alkotják.

Harmadik tünetcsoport a mindennapi funkciók zavarából adódó tünetek, vagy más néven **ADL-funkciók zavara**, pontosabban az alapvető, mindennapi funkciók zavarától a bonyolultabb, eszközök használatához kötött funkciók károsodása tartozik ide.

A szakirodalmak említést tesznek egy **bevezető, tünetmentes** szakasról, ahol még mérhető tünetek sincsenek, de a háttérben húzódó patológiai folyamat már megindult.

Az említett folyamat először elvezet az **enyhe kognitív zavarhoz**, mely elválasztja a demenciát az egészséges állapottól, s amikor még az agyi károsodás nem érintette a mindennapi feladatok ellátási képességét, viszont enyhe feledékenység, illetve probléma megoldási nehézség már tapasztalható.

Enyhe demenciában a károsodás már érinti a mindennapi-, illetve a munkatevékenységet. A feledékenység észlelhető, de nem nagyon gyakori, illetve ennek általában nem tulajdonítanak nagy jelentőséget, a „kornak tudják be”. Felügyeletet nem, de odafigyelést igényel.

Középsúlyos demencia esetén a betegek már felügyelet nélkül nem hagyhatók, egyre nagyobb fokú a függőségük a környezetüktől, egyre több fizikai segítséget igényelnek. Általában ebben a stádiumban jelentkeznek a BPSD-tünetek, s miattuk leginkább ebben a szakaszban történik a felismerés, a diagnosztizálás.

Súlyos demenciában a fizikai segítségnyújtás már a teljes higiénés szükségletek kielégítésére is kiterjed, majd a folyamat további előrehaladásával az olyan alapvető funkciók sem működnek megfelelően, mint a járás, a nyelés, az ürítés. Így a végstádiumban a beteg, ágyban fekvő, teljes gondozást igénylő. lehet.

Röviden összefoglalva, az alaptünet, a rövid távú memória zavara jelenik meg először a kísérő lebenytünetekkel (típusos Alzheimer-kórban), később jelentkeznek az említett pszichológiai és viselkedési, magatartási pszichiátriai tünetek, majd az érintettek egyre inkább képtelenek lesznek a mindennapi feladataik ellátására, végül ágyhoz kötötté válnak.

A **kognitív tünetek** közül jellemző a rövid távú memória zavara, azaz a beteg a friss információkat elfelejti, a régebbi dolgokra jobban emlékszik. Ez kiegészül a beszédértés és kifejezés zavarával, megjelenik a korábban rutinszerűen elvégzett mozgások kivitelezésének károsodása, valamint a környezet felismerésének a zavara. Érintett lesz a beteg tájékozódó, problémamegoldó képessége, gondolkodása. Ezen problémák jelentkezésének gyakorisága és intenzitása a demencia háttérében húzódó kóros folyamat előrehaladása folyamán változik, pontosabban nő.

A **BPSD-tünetek** megjelenése más és más a demencia különböző stádiumaiban, de fontos tényezői a tüneteknek. Intenzitásuk is igen változó az adott demencia típustól függően, de mindegyik esetében jelen vannak, s elég gyakran egyszerre több is (Kovács, 2018). Ismeretük mind orvosi, mind ápolási-gondozási szempontból fontos.

A **pszichés tünetek** között téveszmék, téves azonosítás, delúziók, hallucinációk, szorongás és az érzelmi, hangulati tünetek (depresszió, apátia, eufória) jellemzőek.

A *téveszmék* között leggyakoribbak a meglopátásos, a féltékenységi téveszmék és a téves azonosítás. Mindhárom lehet akár tartós, akár múló tünet.

A meglopátásos téveszmék gyakoriságának háttérében a szintén gyakori tünet, a tárgyak elpakolása áll. Amikor ezeket nem találja, a környezetét gyanúsítja annak ellopásával. A féltékenységi téveszmék is igen gyakoriak. Ezek a hozzátartozók életét nagyon nehézé tudják tenni.

A téves azonosítás, vagy miszidentifikáció megnyilvánulhat abban, hogy otthonát idegennek észleli, de abban is, hogy hozzátartozóját, saját magát nem ismeri fel, vagy a médiában látott, hallott dolgokat saját környezetében történeteknek éli meg.

A *delúziók* olyan téves gondolatok, melyek a beteg meggyőződésévé válnak. Ilyen lehet, amikor azt gondolja, hogy társa hűtlen, valaki eltulajdonított tőle valamit, őt mindenki elhagyta.

A *hallucináció* kóros érzékszervi élmény, mely jelentős gondozói stresszt okoz. A hallucináció során észlelt ingereknek nincs valóság alapja, de a betegnek az a valóság. Leggyakrabban a hallási és látási hallucináció jelentkezik.

A *szorongás* jelentkezhet folyamatos aggódásként, akár vegetatív tünetekkel együtt járó pánik rohamként is, melyek nem előzőleg, hanem a demencia kísérőjeként jelentkeztek. Általában más BPSD-tünethez társul, annak következményeként jelenik meg.

A *depresszió* felismerése fontos, gondolni kell rá, ha alvászavar, étvágytalanság, fogyás, az érdeklődés elvesztése, a nyomott hangulat, a hangulat ingadozása, zárkózottság jelentkezik. A hangulat akár az *eufóriáig*, azaz a kórosan feldobott hangulatig is fokozódhat.

Részben hasonló tünetekkel jelentkezik az egyik leggyakoribb BPSD-tünet az *apátia* vagy *érdektelenség*, amikor is az érintett elveszti motivációját, csökken a kezdeményező készsége, szociális kapcsolataiban működészavar lép fel.

Viselkedési, magatartási zavar a „naplemente tünet”, az agresszivitás, a diszinhibíció, azaz gátlástalan viselkedés, és az alvászavar.

A „*naplemente tünet*”, s inkább a kora esti órákban jelentkezik, vagy akkor fokozottabb az agitáció, a zaklatottság, a szorongás, a kóborlás.

Az *agresszió* lehet szóbeli, vagy fizikai. Szóbeli esetén a beteg kiabál, sikoltozik, trágár szidalmakat hallat. Fizikai megnyilvánulása esetén az egyén köpködhet, üthet, rúghat, karmolhat, haraphat, tárgyakat dobálhat.

A *gátlástalan viselkedés* tulajdonképpen olyan cselekvésekben nyilvánul meg, melyek a betegen „normálisan” zavart, szégyent váltanának ki, emiatt nem is kivitelezné.

Az *alvászavar* jelentkezhet a normális alvási időt jócskán meghaladó, illetve attól lényegesen kevesebb alvási idővel. Egyik kimeríti a beteget, másik megrémíti a hozzátartozót.

Pszichomotoros tünet az agitáció és a kóborlás, a járkálás.

Az *agitáció* egyfajta motoros mozgáskészlet. Ez megnyilvánulhat enyhe, illetve súlyosabb tünetekben is. Így a beteg igazgathatja ruháját, dobolhat a lábával, sokat járkál, sokat beszél, sokat kérdez, folyamatosan inadekvát arcmimika észlelhető, de akár az ágyában is dobálhatja magát.

A *kóborlás, járkálás* szintén mozgáskészlet. Ez történhet a lakáson, udvaron belül, ahol még viszonylag biztonságban van, de az utcára kikerülve komoly veszélybe kerülhet. Ez a tünet emiatt rejt nagy veszélyt magában.

A BPSD jelentősége a demenciával élő személy és a hozzátartozó tekintetében

A fentiekben említett BPSD-tünetek igen gyakoriak, ráadásul kimerítik a beteget magát, de mind a szűkebb, mind a tágabb környezetnek is jelentős gondokat, nehézségeket okoznak, hiszen rendkívül zavaróak. Ezen kívül gyorsítják a kognitív hanyatlást, rontják a beteg életminőségét. Növelik a gondozói stresszt, rontják a gondozó életminőségét, az egészségügyi

és a szociális ellátás igénybe vételét, így a pénzügyi költségeket. Kiemeli még jelentőségét, hogy sikeresen kezelhetőek. Sajnos Magyarországon nagyon sok esetben csak ezen markáns tünetek megjelenése miatt mennek a beteggel az orvoshoz, pedig ezek megjelenése már szinte mindig a demencia előrehaladottságát jelzi.

A viselkedés és a kommunikáció összefüggései

A BPSD tünetekkel kapcsolatosan nagyon fontos a hozzátartozó attitűdje, kommunikációja, illetve az, hogy rá milyen hatással van, mennyire meríti ki mentálisan. Ezért is kiemelten fontos a gondozó életminősége, támogatása. Maga a gondozó, illetve viselkedése, illetve a kényszerű környezetváltozás is kiválthatja, fokozhatja ezen tünetek megjelenését. A nyugtalanság, az agitáció, az agresszió a hozzátartozó részéről a nyugodt, csendes, egyszerű, érthető szavakkal történő kommunikációt igényel, meg lehet vele nyugtatni a beteget, illetve meg kell próbálni elterelni a figyelmét. Hiába téves gondolatokon alapul, racionálisan nem érhetünk el semmit, csak zaklatottabbá, agresszívebbé tesszük. Meg kell figyelni nem a külső környezetben van-e valami probléma, mint a szoba hőmérséklete, az ingerek mennyisége és nagysága, vagy éppen valamilyen alapvető szükséglete kielégítetlen, vagy fájdalma van. Az elkóborlásra sem a bezárás, a nyugtatók alkalmazása a megoldás, sokkal inkább célra vezető a belső környezet átalakítása és a bejárat észrevétlenné tévése, vagy éppen a kijutás megnehezítése, csengő alkalmazása. Mindenképpen olyan módszert kell alkalmazni, hogy észrevegyük az elkóborlási szándékot, ezzel megelőzve az elkóborlást, és azokat a veszélyeket, melyet magában hordoz.

A személyközpontú gondozás alapján fontosabb, hogy megértsük a beteget és viselkedését, mint hogy kezeljük. A gondozó bánásmódja megkönnyítheti az ápolási-gondozási munkát. Ezen tünetek kezelésében a nem gyógyszeres kezelés a preferálandó, mint amilyen az aromaterápia, a masszázs, a zene, a tánc, az interaktív foglalkozások, a terápiás kisállatok.

A BPSD tünetek nagy nehézséget, úgymond kihívást jelentenek a hozzátartozó számára, aki adott esetben a gondozó is egy személyben. Emiatt fontos a gondozó mentális higiéniájával is foglalkozni. Fontos, hogy ne egy személyben lássa el a feladatokat, illetve szükség esetén külső gondozó, vagy esetleg intézeti elhelyezés mentesítse. Ez a kimerülés sok hozzátartozót érint, a különböző BPSD tünetek különféle mértékben okoznak gondozói stresszt. Vannak, amelyek jobban megviselik a hozzátartozókat, a gondozókat, mint mások. Ilyen „keményebb” tünetnek számítanak a hallucinációk, a téveszmék, az agresszió, a nyugtalanság, az alvászavar és a depresszió. Kevésbé okoz gondozói stresszt az agitáció, a kóborlás, a kiabálás, a sikoltozás és a téves azonosítás (Kovács, 2016).

Az ADL funkciók zavarán belül különbséget kell tenni az alapvető, azaz a **mindennapi** funkciók – mint a milyen a mozgás, a tisztálkodás, az étkezés, öltözködés, WC-használat – és az **eszközös**, tevékenységek zavara – mint amilyen a, a telefon használata, a főzés, a gyógyszer szedése, a mosás, a bevásárlás, a számítógép használata, a közlekedés, a pénzügyek kezelése között.

III.5. A demencia megelőzésének és korai diagnosztizálásának jelentősége

A rizikófaktorok léte egyértelműen rámutat a demenciák megelőzési lehetőségeire.

E tekintetben legsikeresebb a primer prevenció lenne, hiszen a korai életkorban alkalmazott egészséges életmódra való törekvés, a rizikófaktorok kerülése a megoldás. Ezen egyszerű módszerrel meg lehetne előzni, illetve késleltetni lehetne a demenciák kialakulását.

A FINGER vizsgálat – mint szekunder prevenció - viszont a magas rizikójú egyének kiszűrésén és szoros követésén, életmódbeli változtatásukon keresztül mutatott rá a kognitív teljesítmény javulására és a demencia kialakulásának megelőzésére (Kovács, 2018). A megelőzés jelentősége egyértelmű az egyén, a hozzátartozók, az egészségügy, a szociális ellátórendszer szempontjából is.

A magas rizikójú egyének kiszűrése és nyomon követése a korai felismerést is szolgálja. Erre elvileg hosszú idő van, hiszen a tünetek kifejlődése demencia típustól függően éveket-évtizedeket vesz igénybe. Tehát van időnk a rizikótényezők megváltoztatására, azaz a tünetek megjelenésének késleltetésére. Ezt segíti a kockázati tényezők, a korai tünetek mind széles körben való megismertetése, a megelőzés, a korán elkezdett kezelés jelentőségének megismertetése a társadalom tagjaival.

Sajnos ma Magyarországon gyakran csak a BPSD tünetek megjelenése hívja fel a figyelmet a „bajra”, mely már általában középsúlyos stádiumot jelent. Az addig észlelt kognitív változásokat az életkor előrehaladtának tulajdonítják. Ekkor viszont már a kezelési lehetőségek csekélyek. Ráadásul e tünetek megjelenése negatív irányban befolyásolja a demencia kimenetelét, különféle szövődményeket okoz, esetenként kórházi ellátást, gyakran intézeti elhelyezést tesznek szükségessé és negatív hatással vannak a hozzátartozókra, gondozókra is.

Javaslatok a jövőre nézve a diagnózis korai felállítása érdekében:

- Változtatni a társadalom hozzáállásán az idős korban jelentkező feledékenységgel kapcsolatosan.
- Tudatosítani, hogy a demencia nem az öregedés része.
- A magas rizikójú egyének kiszűrése.

S ha idáig eljutnának az emberek, hogy már ezen „enyhe” tünetek jelentkezésekor orvoshoz forduljanak, akkor kiderülhetne, hogy esetleg nem demenciáról van-e szó, s így már emberek ezreinek, tízezeinek lehetne módosítani a kockázati tényezőin, lehetne kitolni a „keményebb” tünetek megjelenését, lehetne beavatkozni gyógyszeresen.

Ezektől várható javulás olyan értelemben, hogy ne a középsúlyos stádiumban fedezzük fel a betegséget, amikor már a tüneti terápia, a gondozás, a hozzátartozók támogatása áll csupán a rendelkezésünkre, mint kezelési, beavatkozási lehetőség. A korai felfedezése a demenciának – de a legtöbb betegségnek – a kezelési lehetőségek tárházát szélesíti, illetve ezáltal időt nyerünk, kitoljuk a súlyosabb, már az önellátást lényegesen befolyásoló tünetek kialakulásának idejét. Ki tudjuk tolni azt az időszakot, amíg a beteg ember még a családjában, jó életminőségben tud élni. S ez lehet a célja a megelőzésnek és a korai diagnózis felállításának egyaránt. Ebben az EFI-knek nagy szerepük lehet.

Az EFI prevencióban betöltött szerepe egyértelmű, hiszen számos, különféle rendezvényekhez, programokhoz kapcsolódóan, vagy önállóan, közvetlenül vesznek részt a lakosság szűrésében. Kiemelt szerepük van a szív-és érrendszeri betegségek rizikó tényezőinek szűrésében, a felvilágosításban, a kiszűrt egyének egészségügyi ellátórendszer felé irányításában. A vaszkuláris rizikófaktorok nagy részének szűrése viszonylag könnyen kivitelezhető, és gyakran alkalmazzák is.

Az EFI-k már ma is működő prevenciók tevékenységeinek kiegészítései, melyek a demencia prevenciót erősíthetik:

- az EFI-k a demencia szűrés kiindulópontjai, tevékenységüket a jövőben kiegészítve a speciálisan kognitív funkciók mérésével,
- a magas rizikófaktorú és tüneteket még nem mutató, de esetlegesen kivizsgálandó egyének kiszűrése,
- a kiszűrt egyének irányítása az egészségügyi ellátórendszer felé,
- a kiszűrt egyének részére, a FINGER vizsgálat mintájára életmódbeli tanácsadás biztosítása, megcélözva a kockázati tényezők módosítását, folyamatos követését,

- az enyhe kognitív zavart mutató egyének részletes kivizsgálásának elősegítése,
- a gondozásba vétel és a korrekt terápia korai megkezdése.

Tehát az EFI-k eddigi megelőzésben betöltött szerepét ki kellene egészíteni a demencia szűrésre fókuszáló programmal.

Ez kiegészülhetne a társadalom oktatásával, az olyan tünetek megismertetésével, melyek a nagyon korai stádium tünetei, s amelyek felismerése a korai kezelés, beavatkozás, ezekkel együtt a betegség lefolyásának lassítását, hosszabb időn keresztül fennálló jobb életminőséget jelentene. Meg kellene tanítani az embereket, hogy mik azok a jelek, tünetek, amelyekre oda kell figyelni, s nem az öregedés jeleként felfogni, hanem az érintett egyént szakemberhez irányítani.

Demencia szakorvosi vizsgálat szükségszerűségének indokai:

- Ha gyakran problémája van az idős embernek az egyszerű feladatai ellátásában, mint amilyen az ismert étel elkészítése.
- Ha gyakran elfelejti a közelmúlt eseményeit, mint amilyen egy megbeszélte időpont
- Ha romlik az ítézőképessége és a logikai gondolkodása.
- Ha térben nem olyan jól tud tájékozódni.
- Ha tévesen használja a szavakat.
- Ha napszakokat téveszt.
- Ha indokolatlanul érdektelenné, visszahúzódóvá, esetleg kórosan lehangoltá válik.
- Ha az elvont gondolkodása zavartnak tűnik.
- Ha a tárgyait szokatlan helyre pakolgatja.

Ilyenkor az idős ember pszichiátriai vizsgálata mindenképpen indokolt és szükségszerű (Kovács, 2018).

A korai felismerés nem fogja „megmenteni” a beteget, a családját a demenciától, de a gondozást sokkal harmonikusabbá, az együtt töltött időt hosszabbá, az életminőségét mind a betegnek, mind a hozzátartozónak jobbá teszi, csökkentheti az egészségügyi és a szociális ellátórendszer és a család következményes pénzügyi terheit

III.6. A demencia kezelési lehetőségei

A demencia kezelhetőségének feltétele a korai felfedezés és a korrekt differenciál diagnosztika. A komplex kezelés gyógyszeres, pszicho- és szocioterápiából áll, melyben nagy szerepe van a környezetnek és célja a folyamat előrehaladásának lassítása, a kognitív és a kapcsolódó tünetek mérséklése, a beteg és gondozója életminőségének javítása (Égerházi, Balla, Degrell, 2001). Ez természetesen nem gyógyulást jelent. Kezelése a tünetek észlelésétől életvégig tart. A vaszkuláris demenciának a jelentősége megelőzhetőségében áll.

A kezelés támadáspontja többszintű, mindig befolyásolja a folyamat későbbi lefolyását, különösen az időben elkezdett kezelés esetében.



(Kurz, 2017)

Meg kell, hogy célozza a háttérben húzódó **patológiai folyamatot**, melynek során lassítjuk a további károsodást, megpróbáljuk minél tovább fenntartani az adott állapotot. Ez a vaszkuláris demenciánál a rizikófaktorok felmérését, majd a befolyásolhatóak elhagyását, kezelését jelenti. Ennek eredményessége vitathatatlan a szív- és érrendszeri prevenciót alátámasztó vizsgálatok óta. Ezen kívül az egyéb jelen lévő betegségeket is kezelni kell.

Továbbá cél a folyamat következtében **károsodott kognitív és nem kognitív funkciók** javítása, a romlás kitolása, a megmaradt képességek hasznosítása, a károsodott képességek további romlásának megelőzése. Ez egyszerre jelent gyógyszeres kezelést, pszicho- és szocioterápiát és gondozást.

A *gyógyszeres kezelésen* belül a kolinerg hatást fokozó gyógyszerek elsősorban az emlékezet és az észlelés javítását célozzák meg, de hosszú távon alkalmazva lassíthatják a progressziót (Pl.: donepeziol, rivastigmin). Más típusú gyógyszerek az agyi vérátáramlást javító(piracetam) illetve a thrombocyta aggregációt gátló szerek, melyek vaszkuláris háttérű folyamatokban gyakran alkalmazottak.

A nem kognitív tünetek kezelésének elkezdése előtt a jelen lévő érzékszervi károsodásokat mindenképpen korrigálni kell (szemüveg, hallókészülék), mert azok is lehetnek a tünetek kiváltó tényezői. Illetve meg kell győződni arról, hogy minden diszkomfortot okozó állapotot megszüntettünk, amelyek hozzájárulhattak a tünetek kialakulásához. De a tünetek mögött más okokat is keressünk. S csak ezek után lehet elkezdni a terápiát.

A hangulati élet zavarainak kezelése, szükség esetén antidepresszáns, szorongásoldó adása gyakran szükséges. Ugyancsak fontos, hogy pszichotikus tünetek esetén csak a lehető legrövidebb ideig, az orvos által előírt gyógyszereket adjuk. A gyógyszeres terápiát szakorvos kell, hogy javasolja, nyomon kövesse, szükség esetén módosítson rajta.

A kognitív és nem-kognitív tünetek *nem gyógyszeres* kezelése is fontos, mint amilyen a pszicho- és szocioterápia, valamint a személyi környezet alkalmazkodása, valamint a fizikai környezet átalakítása is. Összességében elmondható, hogy a kezelés sikeressége komplexitásában áll, tehát együttesen kell alkalmazni az egyes terápiás elemeket

Az emlékezet javítására több módszert is kidolgoztak az utóbbi években.

Köztük a realitásorientáció, mely egy olyan speciális kommunikáció típus, amikor is a betegnek azzal segítjük a tájékozódását, hogy folyamatosan olyan rövid, egyszerű információkat közlünk vele, melyek aktuálisan az adott helyzetben és később segítjük, hogy ezeket használja. Ez felöleli a mindennapi tevékenységeken át a nevetek, hónapokat, stb., sőt kiterjedhet a hétköznapi eszközökre, tevékenységekre is.

A remiszcenciacsoporthoz tartozó működésének alap gondolata, hogy a demenciában a hosszú távú memória tovább megtartott és könnyen mozgósítható. A csoport működése alatt a múlt fontosabb történéseit témába rendezve érintik. A meglévő képességek megőrzése és fejlesztése is nagyon fontos a kognitív hanyatlás lassítása szempontjából. Ezek hatással vannak az egyén fizikai, érzelmi és szociális funkcióira.

A tevékenységnek is kiemelt szerepe van. Legyen az akár a túlgondozás elkerülése érdekében végzett segítség és nem helyette való elvégzése a feladatnak, vagy kreatív, különféle művészeti, vagy mozgásos foglalkozások keretében végzett tevékenység.

A BPSD-tünetek mérséklése szempontjából fontos a nyugodt környezet biztosítása, a napi tevékenységekben a rendszeresség, a minél tovább fenntartott fizikai aktivitás, valamint a hozzátartozó támogatása, trenírozása annak érdekében, hogy segítőként tudjon részt venni a terápiás folyamatban.

A beavatkozás következtében a rövidtávú memóriában, a figyelemben, a gondolkodásban, a nyelvi készségekben és a tájékozódásban kell, hogy létrejöjjön változás, vagy legalább a folyamat lassulását kell, hogy elérjük.

A betegség miatt kialakult bizonyos **funkcióbeli deficitek**, a környezettől, a segítőtől való függőség csökkentése is cél. E cél elérése érdekében a gondozókat, a segítőt, a családtagokat is erősíteni szükséges feladatuk ellátása érdekében. E beavatkozás hatással van a mindennapi tevékenységek ellátására, a különféle tevékenységekben való részvételre, az érzelmi jólét állapotára, az életminőségre.

A demenciával kapcsolatos gondozási a nehézségek kezelésében ma már azt képviseli a szakma, hogy nagy szerepe van a pozitív **segítő környezetnek**. A terápia fontos része a fizikai környezet olyan átalakítása, mely egyaránt alkalmazkodik a beteg állapotához és segíti a gondozást. Úgy kell kialakítani a környezetet, hogy biztosítsuk a beteg biztonságát, de a meglévő képességeit is bármikor tudjuk mozgósítani (nem helyette cselekszünk, de amit tud, végezze el), segítsük elő a tájékozódását, ugyanakkor a környezet alkalmazkodik a szükségleteihez és megfelelő ingerek is érik. A fizikai környezeten túl fontos, hogy szellemi hanyatlása ellenére személyes kapcsolatai megmaradjanak, sőt a gondozó személyek is pozitív szociális környezetet jelentsenek számára. Ezek az elvárható környezeti tényezők megértést, biztonságot, megfelelő kapcsolatot kell, hogy nyújtsanak a gondozás során. Amennyiben a környezet ezekkel a tulajdonságokkal bír, az pozitív hatással van a beteg állapotára, életminőségére, magára a leépülési folyamatra.

Ebben a folyamatban nagyon fontos, elhanyagolt kérdés a társadalmi elfogadás kérdése. Az is élő probléma, hogy alacsony a presztízse a gondozó személyeknek és intézményeknek.

III.7. A demencia hatása a társadalomra

A demencia lefolyása során kialakuló egyre nagyobb függőség terhet jelent mind az egyénnek, mind a családjának, mind az egészségügyi, mind a szociális ellátó rendszernek, tehát szűkebb és tágabb környezetének egyaránt. . A demenciával élők számának az említett

ütemben történő növekedése miatt a világ számos országában kiemelt egészségpolitikai kérdéssé vált a demencia.

Ezek miatt mindenképpen egyfajta minőségi ellátásra kell felkészülnie a társadalomnak, mely magában hordozza az interprofesszionális jegyét, pontosabban több szakma képviselői működnek együtt a kitűzött közös cél érdekében, mely a beteg életminőségének javítása kell, hogy legyen. Ezen kívül nagy hangsúlyt kell fektetni az egészségügyi és a szociális ellátás intézményeinek együtt- és nem egymás melletti működésére a demens beteg megfelelő ellátása érdekében. Ehhez megfelelően képzett szakemberekre és az ellátáshoz szükséges adekvát intézményi és intézményi működtetési rendszerre van szükség. Nagyon nagy szükség lenne a betegséggel kapcsolatos attitűd megváltozására, a stigmatizáció csökkentésére, a társadalom ismereteinek bővítésére.

IV. INDA (INTERPROFESSZIONÁLIS DEMENCI ALAPPROGRAM) BEMUTATÁSA

IV.1. Az INDA jelentése és célkitűzései

Az INDA© egy mozaikszó: Interprofesszionális Demencia Alapprogram (továbbiakban: INDA vagy Alapprogram).melyet a Szociális Klaszter Egyesület dolgozott ki,a Római Katolikus Egyházi Szeretetszolgálat által vezetett TÁMOP-5.4.12-14/1-2015-0007 azonosító jelű projekt során vált ismertté.

Kifejezi mindazt, amire ma a demenciával élőkről való gondoskodás során szükségünk van. A szavak sorrendje egyúttal a prioritásokat is megmutatja. Kiemelt jelentősége van az interprofesszionalitásnak, amely nélkül korszerű, egyéni szükségletekre reagáló, minőségi életet garantáló megoldások elképzelhetetlenek. A demencia jellegét, összetettségét és kórlefolyását tekintve csak széleskörű együttműködésekkel biztosíthatók hatékony támogatások, rendszerszintű megoldások.

A demencia komplex tünetegyüttes, amely az élet valamennyi területét érinti, a kórlefolyás diverzitása magas az adott egyén betegségi típusától, addigi életvitelétől, környezetétől és a betegség által kiváltott egyéni reakcióktól függően. Az is kiemelt sajátossága a kórképnek, hogy nemcsak a betegre gyakorolt közvetlen hatása jelentős, hanem a közvetett hatás is intenzív, ami elsősorban a közvetlen környezetet, a gondozó családot érinti, de hatással van a lakókörnyezetre, professzionális gondozókra egyaránt. Egy ilyen összetett problémakörre komplex válaszokkal tudunk jól reagálni. Ez az INDA lényegi tartalma, ami megnyilvánul az interprofesszionalításban, és ami miatt alapprogramnak nevezhető. Alapprogram abban a tekintetben is, hogy meghatározza azokat az alapvető lépéseket, amelyek megtétele szükséges ahhoz, hogy rendszerszintű támogatások váljanak kialakíthatóvá az egyes elemek egymásra építésével.

Célrendszerét tekintve is összetett, amelyben kiemelt jelentősége van a célcsoportoknak, a hozzáférés időbeliségének és helyének.

a. Célcsoport

Célcsoportját az egyén, hozzátartozói, az ellátásokat biztosítók és a társadalom egésze alkotja.

Az INDA célul tűzi ki, hogy:

- egyéni szükségletekre, egyedi élethelyzetekre adekvát válaszok szülessenek, amelyek során a demenciával élő személy életminősége javul;

- kiemelt cél a hozzátartozók támogatása, amelyek során a demenciával élőkkel gondoskodó családok erősödhetnek, egységük szilárdulhat;
- az ellátásokat biztosító szakemberek, akik specifikus tudás birtokában lesznek képesek megfelelő szolgáltatásnyújtásra és hatékony együttműködésekre,
- mindez azzal a célkitűzéssel válik teljes egészé, ami a társadalom érzékenyítését, probléma iránti fogékonyságának növelését határozza meg.

b. Időtényező

Az INDA© célja, hogy gyors, szükség szerinti azonnali segítséget kapjon a demenciával élő személy és családja. Az időben történő segítségnyújtás meghatározó jelentőségű a beteg és családja életminősége szempontjából. E tekintetben kettős alcél fogalmazódik meg:

- korai betegség felismerés támogatása,
- az állapotnak megfelelő gyors segítségnyújtás.

c. Támogatás helye

Az adekvát segítségnyújtás egyik összetevője a helyszín, ahol a segítséget nyújtjuk. Az INDA e tekintetben célként azt határozza meg, hogy a demenciával élő személy minél hosszabb ideig saját, megszokott lakóhelyén élhessen, otthonában, támogató környezetben. Ezért fontos, hogy a segítségnyújtás helyszíne is az egyén aktuális szükséglete szerint kerüljön meghatározásra, elsődlegesen szem előtt tartva a számára saját otthonában történő támogatás biztosítását – a természetes erőforrások bevonásával, – és csak ennek elégtelensége esetén szükséges lakhatást is nyújtó ellátásba irányítani.

Összefoglalva az INDA a demencia kérdéskörben érintett, ahhoz kapcsolódó szakmák összefogásában kíván komplex megoldást nyújtani a demenciával élők életminőségének javítása érdekében, meghatározva a rendszerszintű szolgáltatások megalapozásához szükséges elemeket.

IV.2. Az INDA létrehozásának indokoltsága

A demenciáról kevés ismerettel rendelkezünk: így nem ismerjük pontosan az érintettek számát, csak becsléseink vannak erre vonatkozóan – a betegek számára, az érintett családok számára és a betegség gazdasági terheire vonatkozóan.

Ha az idősekre vonatkozó adatokat vizsgáljuk, – figyelemmel arra, hogy a demencia előfordulási gyakorisága az életkor előrehaladtával exponenciálisan nő – akkor általánosságban elmondható, hogy hazánk az idős népesség aránya alapján az európai

középmezőnyben helyezkedik el, az időskorúak növekedési trendje mérsékeltebb, bár egyre gyorsul az elöregedési folyamat. A 65 éves korban várható egészséges élettartam szempontjából az ötödik legrosszabb helyzetű ország vagyunk az EU 28 tagállamán belül. Hazánkban az idős emberek többsége, még igen idős korban is nagyrészt magánháztartásban él. A családban és a nem-családban élő időskorúak arányában a fordulópontnak a 75-79 éves korcsoport tekinthető. A halálozási statisztikák alapján ismert, hogy hazánkban az összes haláleset 86-87%-a a 60 éves és idősebb korcsoportban következik be. A halálokok tekintetében a két meghatározó tényezőnek a keringési rendszer betegségei (esetek 45-50%-ában), valamint a daganatos megbetegedések (25-27%) számítanak. A halálozások háromnegyedéért ez a két betegségcsoport a felelős.

A demenciával élőkre vonatkozóan hazánkban becsült ismeretekkel rendelkezünk. Világszerte 50 millió főre becsülik a demenciával élő személyek számát 2018-ban, és ez a szám 2050-re várhatóan megháromszorozódik. Mindez azt is jelenti, hogy az egész világot tekintve 3 másodpercenként kerül diagnosztizálásra egy újabb beteg. A 2015-ös Alzheimer Világjelentés értelmében a növekedés intenzitása az alacsony és közepes mértékű GDP-vel rendelkező országokban jelentősen nagyobb. Hazánkban a demenciával élők száma hozzávetőlegesen 200 000 főre tehető.

Az adatok mellett lényeges megállapítás, hogy a lakosság számára kevésbé ismert a betegség. Egyre többen találkoztak már a demencia szóval, de még mindig kevesek számára bír valós jelentéssel. Nem ismert a kórlefolyás, a betegség okozta változások sora, így nem tudják azt sem, hogy milyen kihívásokra számíthatnak, ha demens beteg van a családjukban. A családok többsége azzal sincs tisztában, hogy a betegség hosszú évekig tartó folyamat, amely egy visszafordíthatatlan és megállíthatatlan hanyatlás. Ez irreális elvárásokat és reményeket kelt a családtagokban, ami később konfliktusok, csalódások forrása lesz. A társadalom attitűdje sem elfogadó még e tekintetben, stigmatizáció jellemző, ami nemcsak a beteget érintő, de az őt gondozó családokra is kihat, kirekesztődnek, beszűkül kapcsolatrendszerük.

Mindez jelentős mértékben hozzájárul ahhoz, hogy a betegség korai felismerése ritkán történik meg, a diagnózis jellemzően csak a későbbi stádiumokban születik meg. Ezáltal nehezítetté válik a beteg állapotromlásának lassítása, hiszen a szakszerű beavatkozások eredményét az időfaktor is befolyásolja. Minél korábbi stádiumban veszi kezdetét a beteg állapotának megfelelő gondoskodás, speciális ellátások biztosítása, annál nagyobb valószínűséggel élhet a beteg és családja minőségi életet.

A korai felismerés jelentőségét tovább fokozza, hogy nagy szükség lenne jogi kérdések tisztázására, amelyekre még abban az életszakaszban van lehetőség, amikor a beteg képes erről gondolkodni és döntéseket hozni. Mindez a család számára is jelentős könnyebbség lehetne, hiszen a későbbi stádiumokban már annak tudatában tudják az ellátások formáit kiválasztani, hogy ismerik a beteg kívánságait, ezzel kapcsolatos elképzeléseit. A felkészülés minden érintett számára lényeges, hiszen a tudatosan átalakított életvitel segíti a szeretetteljes gondoskodás megvalósítását.

A demenciával élők számára kevés speciális támogatási lehetőség kínálkozik, és a meglévők is jobbra egymástól elszigetelten, kapcsolódás nélkül vagy csak kevés kapcsolattal működnek. Az egészségügy, oktatás és szociális ellátások területén jóval nagyobb hangsúlyt kellene kapnia betegségnek, és az abból adódó helyzetek speciális támogatásának. Az egyes területek a saját szakmacsoportjukon belül próbálnak reagálni a kialakuló problémákra, de kevés kivételtől eltekintve nem a demencia van a beavatkozások fókuszában.

Az INDA a szociális ellátórendszer szemszögéből vizsgálja meg a kérdéskört rámutatva arra is, hogy az egyes szereplők közti kapcsolathány milyen kérdéseket hagy megválaszolatlanul.

A szociális ellátórendszerben az idősellátás teljes vertikuma foglalkozik a demens ellátással, de dedikáltan demens ellátás az idősek otthonaiban kialakított részlegeken és a demens nappali ellátásban történik. Az idősellátás rendszerében az alapszolgáltatások és szakosított ellátások minden szintjén megjelenik a demenciával élőkről való gondoskodás igénye. Kiemelt terület a házi segítségnyújtás, ahol a szolgáltatást igénybevevők között számos esetben demencia kórkép is megfigyelhető. Az igénybevevők száma is jóval meghaladja a nappali ellátást vagy szakosított ellátásokat igénybevevők számát. 2018. október hónapban 94331 fő rendelkezett megállapodással ebben az ellátási formában. Ez az ellátási típus hatékonyan tud segíteni a gondozó család számára azokban az esetekben, amikor csak időleges felügyeletre van szükség, vagy a beteg állapota lehetővé teszi, hogy a nap adott időszakában felügyelet nélkül is biztonságban legyen. A betegség későbbi szakaszában, amikor a beteg már folyamatos felügyeletre szorul, a házi segítségnyújtás nem nyújt teljes biztonságot, hiszen csak a nappali időszakban, és jellemzően csak néhány órán át igénybe vehető szolgáltatásról van szó. A jogi szabályozás ennél hosszabb idejű szolgáltatásbiztosítást is lehetővé tesz, de a tapasztalat az, hogy az igénybe vehető kapacitások ezt csak elenyésző számú esetben teszik lehetővé. A házi segítségnyújtásban külön nem nevesített a demens személyekről való gondoskodás; a tevékenységek között nem jelennek meg erre irányuló speciális tartalmak, és a finanszírozás sem differenciált ennek megfelelően.

A másik kiemelt ellátási típus, amely az egyén saját otthonából igénybe vehető, a nappali ellátás. Az országos nyilvántartási rendszer adatai szerint 2018. december 31-én országosan 1100 szolgáltató működtetett nappali ellátást 39081 férőhelyen, ebből 271 demens nappali ellátó 9926 férőhelyen. A gyakorlat itt is azt mutatja, hogy az igények száma meghaladja a jelenlegi kapacitásokat, így a nem demens személyek számára működtetett nappali ellátások is fogadnak demens személyeket. A demens nappali ellátás speciális foglalkozásokkal fő célként az állapotromlás lassítását tűzte ki, valamint azt, hogy a demenciával élő személyek biztonságos környezetben tölthessék hétköznapijait. Ezzel az ellátással segíthető a gondoskodó családok munkavállalása, napi életvitelük szervezése, valamint itt kaphatnak szakmai támogatást a demens személy megfelelő ellátásához. Problémaként jelenik meg azonban, hogy a nappali ellátásban eltöltött idő nem elegendő ahhoz, hogy a gondoskodó családtag napi 8 órás munkát végezzen a munkába jutás és hazajutás idejével együtt, hiszen a demenciával élő személyt fel kell készíteni és el kell vinni a nappali ellátásba, és onnan pedig hazavinni. Jelenleg a jogi szabályozás nem teszi lehetővé, hogy nappali ellátás mellett ugyanazon a napon házi segítségnyújtás is igénybe vehető legyen adott személy számára, amivel lehetővé válna a reggeli teendőkből is professzionális segítség igénybe vétele, valamint az intézménybe történő bejutás és hazajutás. Finanszírozás tekintetében ütköző szolgáltatások, párhuzamos ellátás igénybevétele esetén csak az egyik ellátási formára igényelhető állami támogatás. Ennek átgondolása és az ütközés feloldása szükségszerű és sürgető kérdés, hiszen így egy jelentős lépést tehetnénk a családok tehermentesítésére, és a családi gondoskodásra ösztönzésére.

A szakosított ellátások tekintetében az idősek otthonai nyújtanak teljeskörű ellátást, közülük számos otthon demens részleget működtet speciális ellátásként. 2018. december 31-ei adatok szerint 863 idősek otthonában 55274 férőhelyen nyújtható az ellátás. A működő demens részlegek kapacitására vonatkozó adatokkal nem rendelkezünk.

A részlegek sajátossága a biztonságot nyújtó környezet, amely akadálymentes, ingergazdag és arra törekszik, hogy testi-lelki biztonságot nyújtson a demenciával élő igénybevevőknek. A strukturált napirend kialakítása mellett, nagy hangsúlyt kapnak a betegség-specifikus foglalkozások, amelyek célja az állapotromlás lassítása. Kiemelten foglalkoznak a memória megőrzésével, mozgáskoordináció fejlesztésével és pozitív érzelmek stimulálásával. A komplexitás az otthon falain belül érvényesül, amelyben a gondozó team együttműködése meghatározó. Az adott intézmény keretei között valósul meg az interprofesszionális, az

egyén ellátásában szorosan együttműködik az ápoló-gondozó személyzet, a mentálhigiénés munkatárs, foglalkoztató/terapeuta, orvos.

Mindebből az is kitűnik, hogy a szociális ellátások területén is tapasztalhatók hiányosságok, nem minden élethelyzetre kínálnak adekvát beavatkozási formát. Így fordulhat elő, hogy azok a demenciával élő személyek, akik egyszemélyes háztartásban élnek, sokkal hamarabb kényszerülnek szakosított ellátás igénybevételére, – gondozó családtag hiányában – hiszen a betegség későbbi szakaszaiban számukra az alapszolgáltatások már nem képesek a megfelelő biztonságot nyújtani. Azokban az esetekben is nehéz megoldást találni, amikor a gondozó családtag átmenetileg akadályoztatva van ebben a tevékenységében (betegség, másik családtag akut betegsége, időszakos munka miatti távollét, stb.), hiszen az átmeneti elhelyezések lehetősége szűkös, emiatt kevésbé tud rugalmasan reagálni a jelentkező igényekre. Időskorúak átmeneti elhelyezésére 177 átmeneti gondozóházban volt lehetőség 2982 fő számára 2018 december 31-én.

Látható az is, hogy a demenciával élők részére igénybe vehető szociális ellátások középpontjában a demenciával élő személy áll, kevés figyelem irányul közvetlen hozzátartozóira, a róla gondoskodókra. Számos esetben fontos, hogy ők kapjanak szakszerű támogatást ahhoz, hogy képesek legyenek ellátni feladataikat, kevésbé szoruljon a demenciával élő személy professzionális segítők bevonására. A családok támogatásában az ismeretközlésen túl kiemelkedő szerepe van a mentális támogatásnak, ami segít a kialakult helyzet és a várható további változások elfogadásában, tudatosabbá teszi a felkészülést a betegség későbbi szakaszaira. Jelenleg az idősellátás rendszerében a hozzátartozók, mint másodlagos célcsoport jelennek meg.

A szociális ellátórendszer másik kiemelt nehézsége – a kapacitások elégtelensége mellett – a rendelkezésre álló munkaerő. Nagy gondot jelent a területen tapasztalható mennyiségi és minőségi munkaerőhiány. Azok az ellátók, akik rendelkeznek a szolgáltatás nyújtáshoz szükséges szakmai létszámmal, sem minden esetben felkészültek a demenciával élők ellátására, hiszen az ehhez szükséges specifikus tudásnak nincsenek birtokában. Általában igaz, hogy a szociális szakember képzésben – közép- és felsőfokon egyaránt – csak nagyon alacsony óraszámban van jelen a demencia kérdéskörének oktatása. Ennek megfelelően az ellátás biztosítás szempontjából képzettnek minősülő szakemberek nem rendelkeznek azzal a szakmai tudással, ami magas színvonalú szolgáltatások nyújtásához szükséges.

Előrelépést jelent e téren – az INDA munkásságának köszönhetően – a középfokú szakképzés viszonylag új képzési szakiránya, a demencia gondozó képzés, ami felkészíti a szakembereket

az elvégzendő feladatokra. A specifikus tárgyi tudás mellett közvetíti azt a szemléletet, ami lehetővé teszi komplex beavatkozások megvalósítását és együttműködések kialakítását, fenntartását. Számos ilyen képzés valósult meg hazánkban az elmúlt időszakban, aminek köszönhetően emelkedik a felkészült, korszerű gondolkodásmódot képviselő szakemberek száma az ellátórendszerben.

Az oktatást tekintve egy másik fontos szegmensnek kell lennie az általános ismeretközlés és társadalmi szemléletformálás megjelenésének a köznevelés és felsőoktatás különböző szinterein. Abban, hogy elfogadó és befogadó társadalommá váljunk a demenciával élőkkel és demenciabarát környezetet tudjunk kialakítani és fenntartani, meghatározó szerepe van az oktatásnak. A szociális ellátórendszer oldaláról jelenleg leginkább a középiskolai közösségi szolgálat bevezetése kínál lehetőséget arra, hogy közelebb hozza az idősek, demenciával élők világát a fiatalokhoz, szemléletüket formálja, elfogadóbbá és toleránsabbá tegye őket. Természetesen az intergenerációs kapcsolatokat erősítő programok, helyi kezdeményezések szerepe is jelentős ebben a munkában, hiszen a legtöbb idősellátó folytat ilyen tevékenységet, és pozitív eredményekről tud beszámolni az óvodákkal, iskolákkal kialakított közös tevékenységeken alapuló kapcsolat eredményeként.

Az egészségügy ellátórendszerben azt tapasztaljuk, hogy a házi orvosok azok a szereplők, akik ismerik a beteget és problémáit. Mindezek ellenére arra vonatkozóan nem rendelkezünk adatokkal, hogy a házi orvosi diagnózisok között milyen gyakorisággal jelenik meg a demencia, hány esetben tekintik ezt a betegséget vezető tünetnek. Azt is fontos lenne megvizsgálni, hogy mi történik a beteggel egy esetleges gyanú vagy diagnózis megfogalmazását követően. Továbbirányításra kerül-e szakorvoshoz, ha igen, akkor milyen specialistához. Felmerül a kérdés, hogy szükséges-e gyógyszeres terápia, és ha igen, miként történik. Milyen szerepe van ebben a gyógyszerésznek? Komoly problémaként jelenik meg gondozói oldalról, hogy mi történik a demens beteggel, ha szakellátásra szorul – kórházi kezelésre, felülvizsgálatra van szüksége vagy esetlegesen balesetet szenved. Ha ilyen esetekben kísérő nélkül érkezik a beteg a szakellátásba, milyen módon történik a kommunikáció vele, családjával, gondozójával az ellátásról és az alkalmazandó terápiáról? Összességében elmondható, hogy kevés a kommunikáció az egészségügyi és szociális ellátások szereplői között, a „kliensutak” nem tisztázottak, ami mindkét terület munkáját nehezebbé teszi. Az esetek többségére jellemző, hogy az egyes szakterületek képviselői nem ismerik egymás munkáját, így azzal sincsenek tisztában, hogy tudnának kapcsolódni egymáshoz.

Az ellátórendszeri lehetőségeket megvizsgálva egyértelműen kijelenthető, hogy a speciális szakmai felkészültség hiányossága és a kapacitáshiányok mellett markánsan jelentkezik az együttműködések hiánya vagy elégtelensége. Mindez azért is továbbgondolásra érdemes, mert jelentős időt és energiát takaríthat meg, nagyobb hatékonyságú és hatásosságú működést eredményezhet, ami átláthatóbbá és könnyebbé teszi a szakemberek munkavégzését, végső soron az ellátási színvonal emelkedéséhez vezet.

Ismerve a demográfiai mutatókat és tendenciákat, tapasztalatokkal rendelkezve az ellátási szükségletekről és elemezve az ellátórendszer működési, finanszírozási sajátosságait, a Szociális Klaszter Egyesület arra a következtetésre jutott, hogy sürgető egy átfogó szakmai program megfogalmazása, ami meghatározza a lehetséges szakmai irányokat, lehetőségeket vázol, amelyek a későbbiekben alapot szolgáltatnak stratégia alkotáshoz, rendszerszintű változtatásokhoz. Ez a szakmai program az INDA.

IV.3. Az INDA felépítése

Az INDA – ahogy ezt már korábban is megállapítottuk – komplex megoldást kínál a demencia kérdéskörében történő beavatkozásokra. Lehetőségeket mutat arra, hogy miként javítható a demenciával élők életminősége a környezet elfogadóbbá tételével és az ellátások minőség-növelésével. Rendszerszintű megállapításokat fogalmaz meg hangsúlyozva a személyközpontú, egyedi szükségletekre adekvát módon reagáló gondoskodás szükségességét. A komplexitás nemcsak a beavatkozások összetettségében, hanem azok célcsoportjában is megjelenik, kitérve a demenciával élő személyre, közvetlen és tágabb környezetére, végül a társadalom egészére.

Az Alapprogram négy fő pilléren építkezik: kutatás, képzés, kommunikáció és központok kialakítása. A négy pillér egymással szoros összefüggésben, helyenként szinte átfedésben áll, innovatív előremutató, elemekből épül fel.

IV.3.1. Kutatás

Mivel nagyon kevés adattal rendelkezünk a demenciával kapcsolatosan, így nagyon nehéz egzakt módon megmutatni, hogy a társadalom mekkora hányadát érintő kérdésről van szó.

A kutatások tekintetében elmondhatjuk, hogy inkább célirányos, részterületre fókuszáló munkákkal találkozhatunk, amelyek jelentősek a maguk tématerületén, de nem adnak átfogó

képet a demenciával élőkről. A demencia számadatait egészségügyi, szociális vonatkozásokban is megmutató elemzések nem állnak rendelkezésünkre tekintve, hogy az adatok is nehezen, vagy egyáltalán nem hozzáférhetők.

Az INDA program keretében is egy a fentiekhez hasonló célterület vizsgálata történt meg, amely korábbi kutatások megállapításaira építve a háziorvosok, mint kulcsszereplők szerepét és lehetőségeit vizsgálata az időskori demenciák ellátásában. Kiemelt területnek tekinti az Alapprogram a háziorvosok demenciával kapcsolatos attitűdjét, ismereteit is lehetőségeit, hiszen ahogy ezt már korábban is kifejtettük az egészségügyi ellátás vonatkozásában fontos bemeneti szűrőszerepet töltenek be, és a későbbiek folyamán is meghatározó lehet szerepük a betegség kórlefolyásának kísérésében. A kutatási eredmények elemzése 2015-ben történt összevetve egy 2009-ben 7 magyarországi helyszínen – Budapest, Tamási, Szombathely, Kaposvár, Nyíregyháza, Nyírtura és Kiskunfélegyháza – végzett korábbi vizsgálattal és egy 2014. évi felméréssel. A 2009. évi vizsgálat módszere kvalitatív, egyéni mélyinterjúk kutatás volt, amely során 7 háziorvos megkérdezése történt, akik tapasztalt családorvosok, 15-20 éves szakmai gyakorlattal, jellemzően belgyógyászati érdeklődési területtel és 1200-2100 fő közötti kártyaszámmal rendelkeznek. A vizsgálat megerősítette azt a feltevést, miszerint a háziorvosok kevés szakmai ismerettel rendelkeznek a demenciát illetően. A kutatásba bevont orvosok esetében már a betegség felismerése is gondot okoz, csak nagyon határozott tünetek megjelenése esetén ismerik fel, nem alkalmazzák a rendelkezésükre álló diagnosztikus eszközöket. Ezzel összefüggésben nem minden beteget irányítanak szakorvoshoz, ami nem előnyös a beteg megfelelő kezelésben részesítését tekintve. A családorvosok terápiás ismeretei korlátosak, csak érintőlegesen ismerik a modern terápiás készítményeket, a betegek sok esetben csak értágítókat és kiegészítő készítményeket szednek. A betegséggel kapcsolatos attitűdjük is ennek megfelelően alakul, tehetetlenség, bizonytalanság, megrendülés és sajnálat érzései jelennek meg. A beteget pedig magatehetetlennek, nem gyógyítható, kilátástalan, szánalmas embernek gondolták.

Ezen vizsgálati eredmények alapján egy további, kérdőíves vizsgálat lefolytatás történt a PTE Családorvostani Intézet és a SZE Pszichiátriai Klinika kutatói együttműködése keretében. A felmérés a háziorvosok demenciákkal kapcsolatos attitűdjét, diagnosztikus és terápiás szokásait vizsgálta, célcsoportját pedig a Magyarországon praktizáló háziorvosok jelentették. Az adatfelvételre 2014-ben került sor. 402 háziorvos által kitöltött kérdőív került feldolgozásra, mely a felnőtt háziorvosi praxisban dolgozók majdnem 10%-át jelenti. A válaszadó háziorvosok attitűdje megegyezik a korábbi, mélyinterjúk vizsgálatban kapott

válaszokkal. Kevés beteget diagnosztizálnak, szakorvoshoz kifejezett kérésre vagy súlyos esetben küldik a beteget. Terápia tekintetében a saját hatáskörükben is írható keringésjavító készítményeket alkalmazzák, sokan ajánlják a Ginko biloba készítményeket. Jellemzően nem ismerik specifikus terápiás készítményeket.

Az INDA a fentiekben ismertetett kutatási eredmények alapján további vizsgálatot végzett el 2015-ben, amely során a házi orvosok tudásszintjének felmérésére és a demencia szűrés tapasztalatainak házi orvosi praxisokban történő vizsgálatára vállalkozott. A kutatás az ország három különböző területén valósult meg: Győrben 10 házi orvosi praxis, Szikszón 4 és Jászberényben 2 praxis bevonásával. A kutatás két részből állt. Az egyik részben demencia szűrés történt házi orvosi praxisokban MMSE és órateszt elvégzésével az adott praxis 65 év feletti pácienseinek megkérdezésével, törekedve arra, hogy 80 év fölötti páciensek is kerüljenek a mintába. A másik részét kérdőíves felmérés alkotta, amely a házi orvosok Alzheimer-kórral kapcsolatos tudásszintjét vizsgálta, valamint véleményüket, tapasztalataikat a szűrésről a mintába kiválasztott felnőtt házi orvosi praxisok orvosai körében.

A kutatás első részében 151 értékelhető szűrővizsgálati eredmény keletkezett, amelyből megállapítható, – figyelembe véve a szakirodalmi ajánlások különböző értékelési metódusait – hogy mind az MMSE, mind az órateszt kórosnak tekinthető a több mint 15%-a esetében. A szűréssel kapcsolatban a házi orvosok pozitív véleményeket fogalmaztak meg, fontosnak tartják azokat, nyitottak megvalósítására. A tudásszinttel kapcsolatos vizsgálat is mutatott bizonytalanságot, hiányosságokat az ismeretek terén. Megállapítható, hogy továbbra is kulcskérdés a házi orvosok e téren történő felkészültségének növelése, kulcsszerepet töltenek, tölthetnek be a demenciával élők támogatásában: betegség felismerésben, szakorvos bevonásában és a megfelelő terápiához jutás segítésében.

IV.3.2. Képzés

A képzésekről két nagy csoportra bontva gondolkodik az INDA. Az egyik a szakmai képzések csoportja, a másik a továbbképzéseket jelenti. Mindkét területen indokolt és sürgető lépéseket tenni annak érdekében, hogy felkészült szakemberek dolgozzanak a különböző ellátásokban, így megfelelő módon tudjanak a demenciával élők segítségére lenni. A képzések esetében demencia specifikus tudás átadását célozta meg az INDA abból kiindulva, hogy jelenleg ez jelenti a legnagyobb hiányosságot az érintett szakterületeken. Nem arra irányult a gondolkodás, hogy a meglévő képzések módosuljanak, hanem sokkal inkább szakirányú,

további képzés fejlesztése volt a cél. Bár az előbbi sem elhanyagolható, és bármely kis lépés is előremutató e téren, a hathatós megoldást mégis a szakirány választásának lehetősége jelenti. Ebben az esetben olyan tartalom kerülhetett kidolgozásra, amely mennyiségében és minőségében egyaránt alkalmas arra, hogy korszerű tudással bíró szakemberek kerüljenek a munkaerőpiacra.

A szociális ellátórendszer fejlesztéséhez, a szektor költséghatékonyságának növeléséhez elengedhetetlenül szükséges, hogy a szakemberek korszerű gondolkodással, rendszerszemlélettel tudjanak a segítséget igénylő személyek felé fordulni. Kiemelt jelentőségű a szociális ellátást működtető szervezetek differenciáltsága e tekintetben, éppen ezért olyan képzés kidolgozása valósult meg az Alapprogramban, ami függetlenül az ellátott térség jellemzőitől és az adott szolgáltató fenntartói helyzetétől jól adaptálható, alapvető szinten egységes szakmai elvárásokat közvetít.

Mindez azt is lehetővé teszi, hogy az ily módon kiképzett szakemberek az ország bármely területén egyenlő eséllyel tudják megszerzett tudásukat kamatoztatni.

Az INDA kezdeményezte demencia gondozó képzés létrehozását, és a képzéshez szükséges tematika kidolgozása kezdetét vette. A tervezett óraszámok, az elméleti és gyakorlati képzés aránya alkalmas arra, hogy kialakítsa a résztvevőkben a korszerű ellátás szemléletét, komplex gondolkodásmódot. Mindemellett olyan készségek fejlesztését teszi lehetővé, amelyek alapvető fontosságúak a minőségi szolgáltatásokban – kommunikáció, együttműködési készség, szervezés. A képzett szakemberek számára fontos, hogy el tudják helyezni magukat az ellátások rendszerében, pontosan ismerjék kompetenciáikat és felelősségüket, így azt is be tudják azonosítani, hogy adott ügyben milyen más szakemberek bevonása szükséges és lehetséges. A képzés során nagy hangsúlyt kap a hozzátartozókkal folyó munka erősítése, hiszen ez is komoly hiányosságként jelenik meg.

A demenci szak gondozó szakmai irányítás mellett képes a mentálisan hanyatló idős ellátásával kapcsolatos intézményi és intézményen kívüli, a személyes szolgáltatások területén szükséges speciális szociális gondozási feladatok ellátására. Munkája eredményessége érdekében a demenciával élő személyekkel, hozzátartozókkal és munkatársaival személyes kapcsolatokat alakít ki, velük együttműködik. Felméri a demenciával élő személy sajátos szükségleteit, és az ápolási, gondozási, fejlesztési, rehabilitációs tervnek, programnak megfelelően nyújtja az alap- és a személyre szóló szolgáltatásokat. Baleset vagy hirtelen egészségromlás esetén elsősegély nyújtására is képes. A munkához kapcsolódó adminisztrációs feladatokat szakszerűen ellátja.

A friss tudással felvértezett szakemberek a napi tevékenység során munkatársaik felé is képesek közvetíteni a megszerzett ismereteiket, mintegy láncreakciót indítva ezzel a különböző ellátásokban dolgozók felé. A képzés magabiztosságot ad a szakemberek számára, határozottabban és tudatosabban tudják végezni munkájukat. Mindez érzékelhető és megnyugtató az ellátásokat igénybe vevők számára is.

A másik nagy terület a továbbképzések köre. Az INDA kidolgozása során a képzéseket átgondolva komoly dilemmaként merült fel, hogy hova célszerű az erőforrásokat csoportosítani: új képzés létrehozásával újabb lehetőségeket nyitni a tanulni vágyók (elsősorban fiatalabb korosztályt képviselő) számára vagy a már aktív dolgozók képzésére szükséges fókuszálni. A szakképzések természetesen mindkét esetben megfelelőek lehetnek, azonban felmerült az a kérdés is, hogy vajon a már munkaviszonyban álló, a jogszabályi előírások értelmében szakképzett munkatársak szeretnének-e, tudnak-e újabb képzést vállalni, ami időbeli és anyagi leterheltséget is jelent számukra. Abból az előfeltevésekből kiindulva, hogy minden többlettudás értéket képvisel szakemberek és az ellátást igénybe vevők számára, a szakmai stáb úgy határozott, hogy az Alapprogramnak a szakmai továbbképzésekre is fókuszálnia kell. Olyan lehetőségeket rejtenek a szakmai továbbképzések magukban, amelyek bármely, szociális ellátásban dolgozó szakember számára elérhetőek. A választás szakmai tanfolyam tematikájának kidolgozására, és ennek alapján minősített továbbképzések megvalósítására esett. A szakmai tanfolyam a szociális továbbképzések körében minősített tanfolyam lett, ami 40 órás időtartamban, elméleti és gyakorlati oktatással kívánta bővíteni és frissíteni a pályán lévő szakemberek tudását. A tematika a gyakorlati tapasztalatok elemzésén alapult, és ennek megfelelően 4 fő blokkból állt. Az első blokk a demencia, mint betegség kérdését dolgozta fel. Ebben a betegség tünetei, kórlefolyása és a neuropatológiai háttere került ismertetésre fókuszálva a komplexitásra és korszerű megközelítési módok, kutatási eredmények bemutatására. A másik, talán a legmarkánsabb témablokk az ellátás során alkalmazható módszerek, gondozási technikák kérdésköre, szintén az innovációk és új lehetőségek megismertetésére koncentrálva. Ebben a témakörben szó esett az ápolás-gondozás specifikumairól, a foglalkoztatás lehetőségeiről és a személyközpontú gondoskodás módjáról és jelentőségéről. A harmadik blokk a családtámogatásra hívta fel a figyelmet, míg a negyedik az interprofesszionális együttműködés fontosságára és lehetőségeire világított rá.

A megvalósított 15 tanfolyamon 12 helyszínen 300 szakember vett részt, akik számára számos értéket hordozott a tananyag. A továbbképzésen elhangzottak, az elvégzett gyakorlati feladatok újabb ötleteket, gondolatokat ébresztettek a résztvevőkben. A képzés befejezését

követően végzett elégedettségi vizsgálat eredménye azt mutatta, hogy az oktatási módszerek, tartalmak korszerűsége, hasznosíthatóság, gyakorlat centrikusság mind 9.5 feletti értékelést kapott 10-es skálán. A résztvevők hiányosságként konkrétumokat nem soroltak fel, pusztán azt jelezték vissza, hogy még több gyakorlati információt szeretnének hallani, és még magasabb óraszámban vennének részt hasonló továbbképzéseken, mivel a munkájukban jól hasznosítható információkkal gazdagodtak.

Mindkét képzési forma hiánypótlóként jelent meg a képzések piacán, elindítva egy folyamatot, amelynek eredményeként egyre nagyobb számú, jól felkészült szakemberhez tudnak fordulni a demenciával élők és hozzátartozóik.

IV.3.3. Kommunikáció

Az INDA többi eleméhez hasonlóan a kommunikáció is nagyon összetett, sok szálát összefűző tématerület, amelyből az Alapprogram csak néhány példával kívánta a figyelmet a lehetőségekre irányítani. Cél volt az is, hogy a kommunikáció erejét kihasználva segítsük a demenciával élők helyzetét. Ez a pillér az, aminek célcsoportja a legszélesebb körű, hiszen legtágabb értelemben a társadalom egészét célozza meg. Mindemellett a tág, lakossági kommunikáció mellett célzott, kisebb közösségeket megszólító kommunikációs lehetőségeket is magában rejt.

Az INDA tudatosan felépített kommunikációs stratégiát folytat, amelyben számos eszközt alkalmaz, épp a mintaadás szerepét erősítve más szervezetek számára. A kommunikációban szerepelt általános lakossági tájékoztatás, de szakemberek felé irányuló, kampányjellegű tevékenységek is. Mindegyik elem lényeges, hiszen a társadalom érzékenyítése során a szakemberek attitűdje és gondolkodásmódja is meghatározó.

Az INDA fontosnak tartja, hogy beszéljünk a demenciáról, ne legyen tabu. Valós tartalmakat közöljünk, még akkor is, ha ez megrázó lehet. A közlésnek számos módja lehetséges, a helyi fórumoktól, szóróanyagoktól elkezdve a média, közösségi média bevonásáig. Eszközök lehetnek film, szórólap, plakát, sajtó megjelenések, kiadványok.

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a kommunikáció kulcskérdés a demencia esetében. Megmutatja, hogy lehet és kell beszélni erről a betegségről. Világossá teszi, hogy az ismeretek birtokában beláthatjuk, milyen sokarcú betegség a demencia, és hogy a félelmeink nem alaptalanok, de legyőzhetők. Az egészségtudatos életforma kialakítása, a rendszeres mozgás, aktív élet, társas kapcsolatok nagyban hozzájárulnak ahhoz, hogy az öregedési

folyamat egészséges vagy egészségesebb legyen, így csökkentjük a demencia kialakulásának kockázatát.

Az Alaprogram keretében készültek rövid spotok, amelyek az interneten hozzáférhető bárki számára. A rövid időtartam miatt bármely élethelyzetben alkalmasak a megtekintésre, a céljuk egy-egy momentum megmutatása a demencia kapcsán, ami továbbgondolkodásra sarkall. Ismerős szituációk, amelyek nem állnak távol a hétköznapi emberektől, amelyek nem misztifikálják a kórképet. Készült hosszabb film is, szakértők kerekasztal beszélgetéséről, amely elsősorban szakmai körökben használatos, de laikusok számára is érthető.

A nyomtatott sajtó termékei közül kiemelt jelentőségű a Kapaszkodók című kiadvány, ami betekintést enged a demenciával élők hétköznapijaiba, praktikus tanácsokkal látja el a gondozókat. A demencia esetében sokszor az a legnagyobb nehézség, hogy a hozzátartozók, gondozók nem értik a változásokat, személyes sérelemként élik meg azokat. Fontos, hogy tisztában legyenek eredőjével, képesek legyenek racionalizálni azokat. A könyv egy-egy élethelyzethez igazítottan számos olyan praktikát ismertet, amelyek megkönnyítik a hétköznapiakat, nagyobb biztonságot jelentenek a betegnek és segítik hozzátartozóját is a szeretetteljes, szükségletekre reagáló gondoskodásban. Különlegessége még a kiadványnak, hogy hazánkban elsőként született ilyen összefoglaló könyv, amely nyelvezetében az közérthetőségre törekszik, ezzel is segítve a hozzátartozókat és betegeket abban, hogy minél többet tudjanak meg a demenciáról.

A kommunikációs pillér kidolgozása az interprofesszionális szempontjából is újabb dimenziót nyitott, a média, mint újabb szakmaterület részvételi szükségességét a demencia kérdéskörében. A média szerepe ugyan nem a közvetlen esetvitelben jelenik meg, közvetett módon azonban mégis jelentős hatást képes gyakorolni az egyén életére is. A média által közvetített kommunikáció javíthatja a demenciával élők életminőségét adott egyén szintjén, hiszen hozzájárul ahhoz, hogy egy elfogadó társadalmi közegben élhessenek.

IV.3.4. Központok

A központok alatt az INDA a szociális ellátórendszerben kialakított információs pontok (INDA-pontok) létrehozását érti, amely bárki számára hozzáférhető. Az INDA-pontokban koncentrálódik a demenciával kapcsolatos speciális tudás, ami lehetővé teszi, hogy minden élethelyzetre megfelelő választ adjon az ott dolgozó szakember csapat. Az INDA-pontok kialakítása esetében több lehetséges alternatíva is kínálkozik. A megszervezésük esetében már meglévő szolgáltatáshoz kapcsoltn is megvalósítható, de új szolgáltató egység kialakításával is felállítható.

Az INDA-pontok olyan szolgáltatási egységek, amelyek a demenciával élők és környezetük számára nyújtanak segítséget információ, tanácsadás és személyes gondoskodás formájában egyaránt. Az Alapprogram keretében kidolgozott ellátási modell tervezetten az ország számos pontján működik. Az elnevezés arra is utal, hogy hálózatszerűen helyezkednek el, országos területi lefedettséget biztosítva. Az INDA alap gondolatából kiindulva komplex, rendszerszemléletet tükröző gondoskodást nyújtanak, amely szakma- és ágazatközi együttműködésekben alapul. Mindezekből következik, hogy az INDA-pontok kialakítása során kiemelt jelentőséggel bír a helyszín megválasztása, az adott környezet tárgyi és személyi feltételrendszerének kialakítása.

Az INDA-pontok célkitűzései

Az INDA-pontok felállítása annak az alapvető célkitűzésnek az elérését kívánja biztosítani, ami szerint a demenciával élők és közvetlen környezetük, a róluk gondoskodó család a szükségleteinek megfelelő gyors segítséget tudjon kapni. Ez a segítségnyújtás folyamatosan elérhető az azt igénylők számára, képes az adott élethelyzetnek megfelelő rugalmas reagálásra, éppen ezért magas szintű szükségletkielégítés valósul meg. Komplexitása és rugalmassága miatt lehetővé teszi, hogy a demens személyek minél hosszabb ideig élhessenek saját megszokott környezetükben, és ahhoz, hogy mindez megvalósuljon, a róluk gondoskodó hozzátartozók is támogatásban részesüljenek. Lehetővé válik a betegség korai szakaszában történő beavatkozás, ami a későbbi ellátás során fontos tényező lesz. Ezekből adódóan ez a szolgáltatási forma költséghatékony családtámogató eszköz is, hiszen érvényesül az adott időben adott szükségletnek megfelelő segítségnyújtás elve. Éppen tanácsadói feladatköréből kifolyólag erőteljes preventív gondolkodásmódot tükröz, ami hozzásegíti a családokat ahhoz, hogy tudatosan készüljenek a betegség későbbi, magasabb ellátási szükségleteket jelentő szakaszaira.

Az INDA-pontok fő profilja a tanácsadás, esetkoordináció. Az a személy vagy hozzátartozója, aki demencia gyanúját véli felfedezni magán vagy hozzátartozóján, felkeresheti az INDA-pontot, ahol felteheti kérdéseit, megfogalmazhatja a kételyeit. Az INDA-pont akkor is tud segíteni, ha a diagnózis felállítása megtörtént, de tanácstalan az érintett és/vagy családja. Ez az a hely, ahol a demenciával kapcsolatosan további ismereteket kaphat az érdeklődő: a betegségről, kórlefolyásról, az ezzel kapcsolatosan hozzáférhető irodalmakról, web-oldalokról.

Amennyiben további segítségre van szüksége, akkor abban is tájékozódhat, hogy az ő esetében, milyen szolgáltatási formák lennének megfelelőek és elérhetőek, hogyan tudja igényelni azokat. A szolgáltatási formákhoz való hozzáférésben is tud segíteni az INDA-pont szakembere, és a későbbiekben is kapcsolatban marad az egyénnel. Ő lesz az a professzionális segítő, aki megismerve az egyén helyzetét, végigkíséri életútját, és minden esetben a megfelelő szolgáltatás felé tudja irányítani.

A központok szerepe az egyéni esetvitelben lesz jelentős, hiszen személyfókuszú – adott ügyben, adott helyen és időben segít a megoldások megtalálásában. Mindemellett hatással lehet a demenciával élő közvetlen környezetének formálásában, demencia-barát helyi közösségek kialakításában. Ez utóbbi a központokban folyó közösségi szociális munkával válhat eredményessé.

A központok közösségformáló munkája a helyi közösség szereplőinek demencia kérdéskörhöz kapcsolódó koordinációjában valósulhat meg. Közösségi események facilitálása, szervezése a központok feladatkörébe tartozhat, szoros együttműködésben köznevelési, kulturális intézményekkel, szervezetekkel, valamint a helyi szolgáltatóiparral, kereskedőkkel. E téren a központ képes felmérni a helyi szükségleteket, aktuális szolgáltatói térképet készíteni, koordinálni az egyes szereplők közti kommunikációt és feladatok elosztását. Befolyással tud lenni a demenciával kapcsolatos nézeteikre, szemléletükre, miközben fontos ismereteket közvetít számukra a betegséggel kapcsolatosan.

V. KAPCSOLÓDÁSI PONTOK, JAVASLATOK

Az EFI és az INDA együttműködése a közös célok mentén fogalmazódhat meg. Mindkét esetben kiemelt cél az egészség megőrzése, fejlesztése, aminek meghatározó eleme a betegségek korai felismerése. Ehhez szükséges a széleskörű, általános lakossági figyelemfelhívás. Az INDA határterületi kérdésekkel foglalkozik, amelyek legmarkánsabban az egészségügyet érintik. E téren a kapcsolatok kialakítása, fejlesztése és fenntartása döntő jelentőségű. A demencia kérdéskörében adandó válaszok komplexitása csak kooperációval valósulhat meg.

Az EFI szakmai reputációja/szakmai jelenléte hatékony ellenszere lehet a lokális stigmatizációnak.

V.1. Az EFI eredményei

Az EFI tevékenységénél fogva a lakossági szűrővizsgálatokkal biztosítja a betegségek korai szakában való felismerését, a nem gyógyszeres kezelési lehetőségek megismertetését. A nagyrendezvényeken tájékoztató anyagok segítségével jelentős tömegekhez tud eljutni. A lakossági igény fokozatosan nő, amit a forgalmi adatok mutatnak. Az EFI által végzett tevékenységek népszerűek a lakosság körében, mely alapját képezi annak, hogy további betegcsoportok esetében is kialakításra kerüljön korai stádiumban levő állapotok kiszűrése és megelőzése. A kiszűrt esetek, korai stádiumban, lehetőségét biztosítanak a minőségibb életévek megélésében, a szövődmények megelőzésében ill. időben későbbi kialakulásában. A folyamatos szűrőtevékenységek és az időnkénti nagy tömegben végzett szűrővizsgálatok eredményeinek rögzítése, feldolgozása lehetőséget biztosít állapotváltozás kiszűrésére, szükség estén beavatkozásra. Az INDA pont részvétele a szűrővizsgálatokban, demencia szűrés végzésével biztosítja a betegség korai felismerését valamint a betegség korai tüneteinek megismertetését a családtagok számára.

V.2. Interprofesszionális az INDA-ban

„Az interprofesszionális munka két, vagy több, különböző foglalkozási ághoz tartozó szakma képviselőinek időleges, vagy hosszabb távú vállalkozása, kommunikációja és együttműködése, amelynek során a csoportdinamika jótékony hatása segítségével a

közreműködő szakemberek meglévő és megtermelt tudásukat és erőforrásaikat megosztják egymás között egy közösen meghatározott cél/ügy elérése érdekében, közösen meghatározott, eldöntött, szinergikus, kreatív eljárasmódok alkalmazásával.” (Budai 2001, Hume 1999)

A szociális ellátórendszer kialakításában az alapszolgáltatások megerősítésére helyeződik a hangsúly, amit kiegészít, mintegy ráépülve a szakosított ellátások rendszere. Az idősellátás is ennek megfelelően tagozódik. Az alapszolgáltatások rendszere is összetett, eltérő mértékű szükségletkielégítést tesz lehetővé, ami az egyénre szabott ellátás biztosítás koncepcióján alapul. Azonban a szabályozásban az is világosan definiált, hogy finanszírozott módon mely szolgáltatások kapcsolhatók össze egymással, és melyek azok, amelyekben kizárják a párhuzamos igénybevétel lehetőségét. Ez a forráselosztási megkötés okozza azt, hogy számos esetben találkozhatunk olyan élethelyzetekkel, amelyekben a szükséglet kielégítés csak több, jelenleg „ütköző” alapszolgáltatási forma együttes igénybevételével valósulna meg megfelelő módon. Ilyen a már ismertetett példa a házi segítségnyújtás az időskorúak nappali ellátása vonatkozásában.

Az is számos kérdést vet fel, hogy a szociális szolgáltatások rendszere milyen módon kapcsolódik az egészségügyi ellátásokhoz. A kérdés legmarkánsabban a szociális alapszolgáltatások (házi segítségnyújtás, nappali ellátás demens személyek számára) és az egészségügyi alapellátások (házi orvosi ellátás) esetében jelenik meg, hiszen nehezen képzelhető el, hogy az említett szereplők bármelyike képes megfelelő hatékonysággal ellátni feladatát együttműködés nélkül. Példaként említhető a házi segítségnyújtás személyes gondozási feladatai keretében nyújtott gyógyszerelés, amely az orvos előírásai szerint történik. Arról már kevésbé van gyakorlatból származó információ, hogy a gyógyszerekkel kapcsolatos tapasztalat – reakciók, esetlegesen fellépő mellékhatások – hogy kerülnek visszacsatolásra a házi orvos felé, esetlegesen a gyógyszerész bevonásra kerül-e a folyamatba. Pedig az említett példánál maradva a demenciával élők esetében fontos szerepe van a gondozónak abban, hogy észrevegye a változásokat, és szükség szerint képes legyen ezt továbbítani az egészségügy irányába. Ugyanilyen kérdés lehet a házi orvos működésében, hogy amennyiben kiszűri, felismeri, hogy a betege esetében demenciáról van szó, úgy a szakorvoshoz irányításon kívül milyen egyéb javaslatokat fogalmaz meg a beteg és hozzátartozója számára. Rendelkezik-e elegendő információval a szociális ellátásokról, tudja-e adott személyhez irányítani őket. Ez már azért is alapvető kérdés, hiszen itt válik nyilvánvalóvá, hogy a házi orvos szükségét érzi-e a szociális ellátások bevonásának a segítő folyamatba, vagy a demenciáról pusztán, mint kezelendő betegségről gondolkodik.

Az INDA ebben kínál újabb lehetőségeket, hiszen programjában mindvégig azt hangsúlyozza, hogy a rendszeres, szakmai kommunikáció alapvető fontosságú a két ellátórendszer szakemberei között. A meglévő személyes kapcsolatok jó alapot kínálnak a további fejlesztésekhez, de nem jelenthetnek kizárólagosságot. Fontos, hogy – akár az INDA-pontokon keresztül – rendszerszintűvé váljanak, és a helyi ellátások minőségét emeljék. Erre már láthatunk olyan példákat, mint a győri Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Idősvonal szolgáltatása, ahol egy kézben összpontosul az adott időssel kapcsolatos valamennyi információ, és a szolgáltatásban dolgozó munkatárs az egészségügy irányába is kommunikál.

Nagyon sok nehézség és dilemma merül fel a különböző szektorok közti együttműködések során. Ellenállásba ütközünk számos esetben, amelyek néha csak szándékbeli hiányosságnak tűnnek, de ha alaposabban megvizsgáljuk a különböző helyzeteket, akkor valós problémákkal, akadályokkal is szemben találjuk magunkat, amelyek leküzdése a kezdeti feladatunk. A szociális és egészségügyi ellátórendszer közti kooperációk kiépítése során lehetséges akadályok (a teljesség igénye nélkül):

- a két ellátórendszer eltérő működési mechanizmusa,
- eltérő szakmai nyelv használata,
- kompetencia határok ismeretének hiánya,
- felelősség kérdése.

Míg az egészségügyre az erős hierarchikus felépítés jellemző, addig a szociális ellátásokban jellemzően partneri viszonyban dolgoznak a különböző szervezetek, helyenként az ellátás jellegéből adódóan keverve az egészségügyi működési mechanizmusok jellemzőivel. A kompetenciahatárok ismerete nemcsak a különböző ágazatok szakembereinek együttműködése során vet fel kérdéseket, hanem egy adott ágazaton belül is. Számos esetben nincsenek tisztában a szakemberek azzal, hogy a megszerzett tudásuk és az adott munkaköri feladataikból adódó kompetenciák milyen módon határozzák meg működésüket, ami erősen kihat a felelősség kérdésére is. Téves gondolat azt feltételezni, hogy az interprofesszionális együttműködésekkel felelősség hátrítást is jelent. A kompetenciákhoz felelőségek is kapcsolódnak, és az esetlegesen nem megfelelő kommunikációból adódó tisztázatlan helyzetek nem mentik fel a partnereket személyes felelősségük alól. Ha ezt a kérdést az együttműködés kezdetekor tisztázzuk, akkor sikeresen alapozzuk meg a további közös munkát.

Ugyanakkor nemcsak nehézségekbe ütközünk, hanem a kialakított együttműködések számos előnnyel is járnak kiemelten:

- közös cél könnyebben megvalósítható,
- feladatmegosztás időhatékonysága,
- humánerőforrás-gazdálkodás hatékonyság növelése,
- igénybevevői elégedettség növekedése.

Az együttműködések alapfeltevése, hogy az együttműködő partnerek által meghatározásra kerül a közös cél, amely az egyén támogatására irányul. A kompetenciák ismeretén és a felelősségi körök meghatározásán alapuló feladatelosztás hatékonyabb időfelhasználást eredményez, hiszen kiszűri a duplikált, esetenként még többszörösen elvégzett tevékenységeket a rendszerből. Ennek kimunkálása természetesen időigényes feladat, és a kezdeti szakaszban többlet idő- és energia-befektetést kíván, de hosszú távon megtérül a ráfordított munka. A hasznos idő felszabadulásával hatékonyabbá válik a humánerőforrás-gazdálkodás is, ami az egészségügy és a szociális ellátórendszer számára is megkérdőjelezhetetlen nyereség. Ha a demenciával élő személynek nem kell feleslegesen több alkalommal ugyanazokon a vizsgálatokon átesnie, ugyanazokra a kérdésekre válaszolnia, ismételten összeszednie a betegségével kapcsolatos dokumentumokat, nagyobb elégedettségre számíthatunk. Ha hozzátartozójával együtt előre látja, hogy mik lesznek a következő lépések és milyen cél érdekében, megnyugtató és kielégítő lesz számára. Az INDA fő törekvése az, hogy minél több elemet meg tudjon valósítani az elvárt együttműködési mechanizmusból ezáltal minél több demenciával élő személy váljon elégedetté.

V.3. Az EFI előnyei az INDA-val való együttműködésben

Az egészségügyi ellátórendszer kapacitása nehezen tud megfelelni a fokozódó igényeknek. Öregedő társadalomban mind az egészségügynek, mind a szociális szférának jelentős fokozódó elvárásnak kell megfelelnie. A betegségek késői felismerése szűkíti terápiás lehetőségeinket. Minden társszakmában végzett tevékenység, mely a megelőzés keretein belül segít a betegség korai stádiumának felismerésében, olyan egészségnyereséggel jár, amely mind az egyén mind a társadalom számára jelent előnyt. Az EFI tevékenységébe az INDA olyan betegcsoportot képes bevonni, akik nagy számban fordulnak meg az EFI szűrővizsgálatain, programjain. Az INDA által végzett tevékenység során, a betegség korai stádiumában, az egészséges életmód népszerűsítésével a későbbi életkor minőségibb megélését teszi lehetővé. Az idősödő társadalomban a generációk közti különbséget is képes csökkenteni azáltal, hogy felhívja a figyelmet ezen életkor sajátos igényeire, betegségeinek megelőzésére. Az INDA által végzett tevékenység az elsődleges, de még inkább a másodlagos

demencia kialakulásában kóroki tényezőként szerepet játszó betegségek szövődményeinek kialakulásának későbbi megjelenését teszik lehetővé, mint a szív érrendszeri megbetegedés, cukorbetegség. Az egészségmegőrző klubok segítségével lehetőség nyílik ezen betegcsoport számára a közös feladatok, tevékenységek végzésére. A minőségi életévek meghosszabbodásával, mind az egyén, mind a környezete és a társadalom számára is előnyt jelent a betegség korai felismerése és a tudatos egészséges életmód kialakítása, melynek kialakításában az EFI és az INDA fontos egymást kölcsönösen erősítő szerepet tölthet be.

V.4. INDA előnyei az EFI-vel való együttműködésben

Az INDA számos olyan pontot tud azonosítani, amelyek közös célként határozhatók meg az EFI-vel. Tekintettel arra, hogy az EFI feladata a felnőtt lakosság egyéni egészségét támogató egészségfejlesztési modellek kidolgozása, kiemelt jelentőségű lehet az INDA kapcsolódása, nagyobb hangsúlyt kaphat a demencia kérdésköre. Az INDA hangsúlyozza a preventív megközelítést a demencia kérdéskörében, amelyben fontos szerepet kap az elsődleges és másodlagos prevenció. Ez utóbbi során a betegség kórlefolyásának lassítása és a betegségben töltött évek életminőség növelése a kiemelt cél.

Az INDA számára jelentős az EFI azon feladata, amely az egészségügyi ellátórendszerek áthangolását segítő munkát jelenti, amelyen keresztül az egészségkultúra támogatása, a helyi egészségfejlesztési szakmai tervek erősítik az INDA törekvéseit hozzájárulva azon cél eléréséhez, hogy a demencia rizikófaktorainak előfordulási kockázatát mérsékelni szükséges, és a tudatos készülés a későbbi életszakaszokra meghatározó lehet.

Az EFI-vel kialakított kapcsolat utat nyithat az egészségügyi ellátások különböző területei irányába. A jelen projekt keretében kialakítandó kooperáció mintaértékű lehet, mindkét ágazat előnyeit világosan meg tudja mutatni gyakorlati tapasztalatokkal alátámasztottan.

Az INDA hozzátartozói támogatásban betölthető feladatai között szerepel közösségekkel, csoportokkal végzett szociális munka lehetősége, amely a vezetett csoportmunkától az önkéntes csoportok számára biztosított tárgyi feltételek lehetőségéig, valamint közösségi szociális munka eszközeinek alkalmazásáig széles körben kínál alternatívákat. Ilyen megoldás lehet az egészségvédő klubok munkájába való bekapcsolódás, ami újabb színtere a figyelemfelhívásnak és demenciáról szóló ismeretközlésnek is.

Az INDA az egyéni életmódprogramok kidolgozása kapcsán is további szerepet kaphat, hiszen számos esetben merülhet fel demenciával kapcsolatos kérdés adott személy kapcsán,

az egyéni egészségtervek részét képezheti a demenciával kapcsolatos tervezés, egyéni életútterv készítése.

Az EFI-k lelki egészségvédelemmel kapcsolatos munkája szintén szoros kapcsolódási pont lehet, hiszen az INDA a hozzátartozók mentális támogatásában is szerepet kíván játszani, hangsúlyozza annak fontosságát. A család egészére fókuszáló lelki egészségvédelmi tevékenység szintén újabb szegmenseit jelenítheti meg a demenciával élők támogatásának az INDA számára, újabb személyek kerülhetnek kapcsolatba ezáltal az Alapprogrammal.

Az EFI-k generációs különbségeket csökkentő törekvése erősíti az INDA társadalmi tudatformáló szerepét, amely során a társadalom toleranciáját és befogadóvá válását kívánja növelni. A kérdés kétirányú megközelítése szintén jó hatást fejthet ki.

Az EFI-k szakmai munkacsoportjaiba való bekapcsolódás az INDA szakemberei számára lehetőségeket kínál szakmai tudásuk szélesítésére, újabb perspektívákat nyit a demens ellátás területén, amely a szociális ellátást biztosítók számára is közvetíthető.

Összegezve, kijelenthetjük, hogy ezáltal az együttműködés által az INDA egy nagy lépést tesz előre fő célja elérésében: a demenciával élők és hozzátartozóik életminőségének javításában.

V.5. Az EFI innovációs lehetőségei és INDA pont részvétele a programok lebonyolításában

V.5.1. Az EFI innovációs lehetőségei

Az EFI lehetősége a megfelelő célcsoportok kiszűrése ill. a kiszűrt egyének megfelelő irányítása a betegség kialakulásának késleltetése, megelőzése. A demencia esetén az alábbi szűrési forma jelenthet lehetőséget a EFI által koordinálva:

Elme Olimpia – A legális dopping

30 éves kortól a mentális egészségre és frissességre figyelmet kell fordítani, akár napi szinten. Számos tanulmány bizonyítja, hogy a kognitív képességek szinten tartása és fejlesztése játékokkal, tesztekkel és egyéb interaktív megoldásokkal megfelelő erre. Ennek a célcsoportnak tartalmaz különböző szintű kognitív készségfejlesztő megoldásokat az EFI

Elemi:

1. Kognitív készségfejlesztő moduláris játékok fejlesztése

2. Digitális közösségben tesztek és versenyek
3. Elme Olimpia interaktív kiállítás és csapatverseny

1. ***Kognitív készségfejlesztő moduláris játékok fejlesztése***

Az EFI szakértő tanácsadóira és klubjaira építve első lépésben egy analóg kognitív tesztrendszer fejlesztésénél, amelyek az EFI szűréseken kitölthetők. Ezt követően személyre szabott játékos feladatmegoldó füzet adható, amelyben tesztek, feladványok, tudásanyagok szerepelnek 16 oldalon keresztül. A füzetekben lévő feladványok komplexitása egymásra épülne, azaz a belépő szinttől az egészen komplex és bonyolult fejtörőig adnak lehetőséget a kognitív készségfejlesztésre. A füzetet kitöltve vissza lehet vinni az EFI szakértőihez, ahol egy személyes konzultációt követően megkaphatja a következő füzetet, részt vehet személyes képzésen, csoportfoglalkozáson. A füzetek nemcsak fejtörőket tartalmaznak, hanem az elme épségének megőrzése érdekében hasznos táplálkozási és életmód javaslatokat is, így a füzetek játékokra és oktatásra is szolgálnak egyszerre.

2. ***Digitális közösségben tesztek és versenyek***

Webes felületre helyezve az analóg teszteket és játékokat, közösség formálható és vizsgálható nemcsak az egyéni fejlődés, de egy kistérség általános, és demográfiai szempontok szerint bontott mentális egészsége is. A személyes adatok maximális védelme érdekében a regisztrálók választhatnak avatart és becenevet, de mellette valós állapotfelmérést és környezetelemzést kérnénk tőlük (kor, nem, életkörülmények, életmód). A teszteket és játékokat lehet egyedül is játszani, de egymás ellen még izgalmasabb, versenyeket szervezve, dicsőségtáblát vezetve és kisebb ajándékokat (pl. vitaminok, társasjátékok, ördöglakatok) kisorsolva motiválhatók a visszatérő játékokra a 30 év feletti is.

3. ***Elme Olimpia interaktív kiállítás és csapatverseny***

A feladványokat kisebb átalakításokkal érdekes interaktív kiállítássá és csapatjátékká lehet alakítani. Az Elme Olimpiája – A Legális Dopping tematikájú egész napos rendezvényen családi csapatok nevezhetnek, bevonva a gyermekeket, szüleiket, és a nagyszülőket is. A feladatok bonyolultsága és kidolgozottsága egyszerre figyel minden korosztályra, valamint beemelhető a helyi EFI irodát működtető kistérség sajátosságai, nevezetességei (pl. memóriajáték saját nevezetességű fotókkal, hagyományörző tevékenységekre utaló keresztrejtvények).

V.5.2. Az INDA pont részvétele a programok lebonyolításában

Az INDA szűrési tevékenysége

Az INDA-pontok szűrésben betöltött szerepe kiemelkedő jelentőségű lehet a demencia korai felismerésében. E tekintetben a tervezett tevékenységek kapcsolhatók az EFI-k munkájához, amelyek keretében folyik szűrőtevékenység vaszkuláris demencia tekintetében. Az INDA szakemberei általános memória tesztekkel tudnak csatlakozni az EFI munkájához, kiegészítve azt, és a kapott eredmények birtokában háziorvoshoz irányítva az érintett személyt. Az INDA több éve vesz részt országos szűrőprogramokban, elsősorban Magyarország egészségvédelmi szűrőprogramjához csatlakozva. A szakemberek egy-egy szűrés alkalmával demencia teszteket tudnak elvégezni. Az évek során alkalmazott módszer a Mini-Cog teszt, alkalmas arra, hogy rövid idő alatt megmutassa, ha további részletes vizsgálatokra van szükség, problémák mutatkoznak az adott személynél. A szűrés elvégzése javasolt az 55- 60 év feletti korcsoport esetében, . A tesztek felvétele előtt és után lehetőség nyílik arra, hogy a memóriazavarokkal, demenciával kapcsolatban rövid beszélgetés folyjék a szűrésben résztvevő személlyel. A beszélgetés arra kínál teret, hogy tájékozódjon az érdeklődő arról, hol szerezhet további ismereteket, hova fordulhat további kérdéseivel, esetleges segítségért. Rövid tájékoztató anyagot kaphat a demenciával kapcsolatosan, ami további hasznos információkat, elérhetőséget is tartalmaz.

V.6. Az EFI és az INDA pontok összekapcsolódása

Az EFI jellegénél fogva szűrővizsgálat során a 60 év feletti korosztálynál, de igény, tünet szerint korábbi korban végzi el az állapotfelmérés során az óratesztet, MMSE-t. Ezen tesztek képesek jelezni a memória, kognitív funkciók romlásának változását. Ezen vizsgálat során lehetőség nyílik a betegség tüneteinek megismerésére, tünetek jelentkezése esetén megfelelő szakemberhez történő irányításra is lehetőség van. A szűrések során egyéb társbetegségek felismerésére is lehetőség van, melynek megfelelő kezelése biztosíthatja a demencia későbbi kialakulását. A betegutak lerövidítésével biztosítva van a minél korábbi kezelés megkezdése a betegség kialakulásának minél későbbi megjelenése. Szórányanyagokon keresztül minél szélesebb tömegeket tud megismertetni a betegség korai tüneteivel. Egészségügyi szakemberek tudásának bővítése a kezeléslehetőségeinek megismertetése szakmai kerekasztal segítségével is lehetséges

V.6.1. Rövid távú cél

Rövid távú cél, hogy a demenciával élő személyek és hozzátartozóik minél rövidebb idő alatt a számukra megfelelő ellátáshoz jussanak. Ehhez információval kell rendelkezniük a betegségről és az igénybe vehető támogatási formákról egyaránt. Ugyancsak cél, hogy helyi szinten kialakuljon egy egészségügy és szociális ellátás kooperációján alapuló modell, amelynek értékelése további irányokat határozhat meg annak rendszerszintűvé emelése érdekében.

Ennek érdekében pilot jelleggel a kiválasztott EFI-ban INDA-pont állítható fel, amelynek erősítésére az EFI éves szakmai tervébe beemelésre kerül a demencia prioritásként történő kezelése, valamint az INDA-pontok szakembereivel együttműködve meghatározhatók azok az események, amelyek során együttes jelenléttel valósulhatnak meg a demencia korai felismerését segítő szűrőprogramok.

Az INDA szakemberei részt tudnak vállalni a szervezési feladatokban, a programok disszeminálásában.

Az INDA-pontok EFI-ba telepítésével a szakemberek tanácsadó, koordináló szerepe erősödik meg. Az ott dolgozó szakember feladata lesz:

- szűrések,
- tanácsadás,
- betegtámogatás, hozzátartozók támogatása,
- esetkoordináció,
- kommunikáció,
- adatgyűjtés, elemzés.

A felsorolt feladatok egymással szoros összefüggésben, esetenként átfedésben valósulnak meg. Az INDA-pont szakembere közreműködik a korai betegség felismerés elősegítésében. Ennek érdekében szűrővizsgálatokat készít elő, szervezésében közreműködik, a szűrővizsgálati adatokat összesíti. Tervezett kommunikációt folytat kapcsolódva az EFI-k egészségfejlesztési kommunikációs tevékenységéhez az egészséges idősödére való figyelemfelhívásban, a demencia kérdéskörében. Ennek érdekében tájékoztató füzeteket, szóróanyagokat állít össze, amelyek felhívják a lakosság figyelmét a korai felismerés jelentőségére, a minél korábban történő szakszerű beavatkozások szükségességére. Az EFI-vel való kapcsolat segíti abban, hogy megismerje a helyi egészségügyi ellátórendszer működését, miközben folyamatos kapcsolatban áll a szociális ellátórendszer helyi

szereplőivel. Mindezek ismeretében képes megfelelő tájékoztatást nyújtani a demenciával élő személy és/vagy hozzátartozója számára, és adekvát szolgáltatás felé irányítani. Kiemelt szerepe lesz a hozzátartozók támogatásában, amelyek egyéni és csoportos formában is megvalósíthatók. Egyéni tanácsadás, segítő beszélgetések keretében a demenciával és ellátórendszerrel kapcsolatos személyre szabott tudást tudja átadni, valamint mentális támogatást nyújt. Csoportos formában önállóan is szervezhet hozzátartozói támogató csoportokat, de nagyon fontos, hogy információkkal rendelkezzen az ilyen jellegű, településen működő csoportokról a tájékoztatás nyújtás érdekében.

Az esetkoordináció során ő lesz az a szakember, aki a demenciával élő személy betegségútját ismeri, tudja, hogy milyen ellátásokban részesül, és a betegségprognózis ismeretében fel tud készülni a következő szükséges lépések előkészítésére. A személyes gondoskodás biztosítása az esetkoordinációban valósul meg az egyén helyi szinten elérhető szolgáltatásokhoz juttatásával. A birtokában lévő szűrési adatok, esetkoordináció kapcsán megismert ellátórendszeri és egyéni esetinformációk statisztikai jellegű elemzését elvégzi, amelyből javaslatokat tud megfogalmazni a helyi működés javítására. Kiemelt feladata annak feltérképezése, hogy az adott település a demenciával élő személyek mely szükségleteire nem tud megfelelő válaszokat adni.

Az INDA-ponton lehetőség szerint több szakember dolgozik, szociális és egészségügyi képesítéssel egyaránt. A feladatok elosztása a szakmai kompetenciák függvényében történhet. Számukra olyan helyiségek rendelkezésre állása szükséges, ahol az adminisztratív feladatok elvégezhetők, lehetőség van nyugodt körülmények között segítő beszélgetés folytatására, a demenciával élő személy számára is megnyugtató környezet kialakítására, valamint megfelelő helyiség csoportmunkára.

V.6.2 Hosszú távú cél

A program hosszú távú célja, hogy hatékony együttműködés valósuljon meg a szociális és egészségügyi ellátórendszer között, amelynek következtében a betegutak lerövidülnek, átláthatóvá válnak a célszerűség elvét szem előtt tartva, mindezzel elérve, hogy a demenciával élők életminősége javuljon, valamint megtörténjen a gondoskodó családok erősítése.

Eredménynek tekinthető, ha a demencia diagnózis a betegség korai fázisában születik meg, és ennek megfelelően korai segítségnyújtás történik, valamint a demenciával élők és/vagy hozzátartozóik tudják, hogy hova fordulhatnak segítségért, ismerik az INDA-pontot. A támogatásokban nemcsak a demenciával élők részesülnek, hanem családjuk is, ami erősíti a család gondoskodó szerepét, végső soron hozzájárul ahhoz, hogy a demenciával élő személy minél hosszabb ideig saját otthonában élhessen. Az adekvát ellátórendszeri támogatás esetében az is fontos, hogy a támogatásnyújtás hol történik, hiszen a demenciával élők életminőségét befolyásolja, hogy a saját otthonukban magukat biztonságban érezve élhetnek, vagy számukra idegen környezetben, adott esetben sok ember társaságában kell tölteni idejük kisebb-nagyobb részét.

V.7. Fenntarthatóság

	Célcsoport	Általános cél	Specifikus cél	Feladatok		
Egészségfejlesztési Irodák	lakosság	egészséges környezet megteremtése	helyi szükségletekre reagáló megoldások	EFI (helyi irodák)		
		egészséges életmód széleskörű elterjesztése	egészséges életmódot támogató pozitív közösségi minták terjesztése	szűrés	dohányzás, alkoholizmus elleni kampány	
				házi orvosok: szűrés, kommunikáció	egyéb kampánytevékenység	
				tájékoztatás: kampányfilmek, internet – facebook oldal	lakossági életmódfejlesztés	táplálkozásvezetés
				testmozgás tanácsadás	mentális egészség javítása	stresszkezelés
		egészségügyi szolgáltatások minőségének és elérhetőségének javítása	házi orvos szerepének, tudásszintjének növelése	rendszeres továbbképzések: egészségügy területén		
		közösségi terek teremtése	betegség terhek csökkentése, tudatosság növelése	specifikus klubprogramok, betegklubok		
		I n lakosság,	tájékoztatottság, előítéletek	betegséggel kapcsolatos ismeretek	általános lakossági ismeretterjesztés: média és	

kiemelten a demenciával élők életminőségének javítása	csökkentése	széleskörű terjesztése, tudatosság növelése	internet bevonásával, filmek, szóróanyagok, kiadványok készítése
			kampányprogramok
	tényadatok ismerete demenciáról		kutatási programok
	szakemberek tudásszintjének növelése	szakmai kompetenciafejlesztés, együttműködési készségek fejlesztése	rendszeres továbbképzések: szociális és egészségügyi területen
			szakmai képzések
		korai betegségfelismerés	szűrőprogramok, háziorvosi szerep erősítése
	komplex beavatkozási modell	helyi szükségletekre reagáló komplex megoldások	hozzátartozói támogató csoportok
			önsegítő csoportok facilitálása
egyéni támogató beszélgetés			
életerv készítés szűrés			
INDA-pontok kialakítása			

A fenti táblázat mutatja, hogy melyek az EFI-k és az Interprofesszionális Demencia Alapprogram kapcsolódási pontjai. A célcsoportból kiindulva szinte teljes átfedést találhatunk, amiben az eltérés abban mutatkozik, hogy az INDA a hangsúlyt egy tématerületre helyezi, és ennek megfelelően az általános széleskörű tájékoztatás mellett az adott témában, azaz a demenciában közvetlenül érintettek kerülnek fókuszba.

Ahogy azt már korábban felvázoltuk, a szakmaközi együttműködések alapja a közös cél. A célok tekintetében mindkét esetben beszélhetünk általános és specifikus célokról. A célok definíciója sok átfedést mutat, a megfogalmazásban pedig tükröződnek a szakterületi sajátosságok. Az EFI és az INDA célkitűzései között egyaránt szerepel a tájékoztatás, egészségtudatosság növelése. Mindkét esetben elmondható, hogy az ismeretek növelésével kívánnak hatékonyan hozzájárulni ahhoz, hogy az egyének tudatos döntéseket tudjanak hozni, valós választásuk legyen az egészséges életmódot illetően. Mindegyik esetben látható a szakemberek tudásának növelése, mint cél, az EFI esetében az egészségfejlesztési szolgáltatások minőség emelésének specifikus céljaként. Közös célként beazonosítható a helyi szükségletekre reagáló modell, környezet kialakítása, ami azt erősíti, hogy helyben elérhető hathatós megoldások születhetnek. A betegségterhek csökkentése szintén egy specifikus cél, ami az INDA esetében is megjelenik, a családok erősítésével, kapcsolódva az EFI lelki egészségfejlesztő céljához is. Az EFI kiemelt törekvése a lakosság széles körének fizikai aktivitásra, mozgásban gazdag életmódra, egészséges táplálkozásra ösztönzése és ezáltal a legjelentősebb idült, nem fertőző betegségek okozta halálozás és betegségteher megelőzésének és csökkenésének előmozdítása, ami összhangban van az INDA céljaival, hiszen az egészséges életmód csökkenti a demencia kialakulásának valószínűségét. Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy a közös célok adottak, amelyek mentén a tevékenységek kirajzolhatók, jelen esetben pedig a már folyamatban lévő vagy tervezett tevékenységek összekapcsolhatók.

Kiemelt szerepet kapnak a kampánytevékenységek, amelyek során az EFI által készített általános egészségfejlesztő, egészségvédő tartalmakhoz jól illeszthető az INDA demencia központú kommunikációja, ahogy már kifejtettük kitérve a hozzátartozói támogatói lehetőségekre, köztük a támogató és önségítő csoportokra. Az EFI esetében is tervezettek specifikus klubprogramok, betegklubok, amelyekben helyet kaphat a demencia témaköre is. A szakemberek fejlesztése szintén hangsúlyos terület, de amíg az EFI az egészségügyi ellátások különböző szegmenseire fókuszál, addig az INDA a szociális ellátásokra helyez hangsúlyt, és a kapcsolódó egészségügyi ellátásokra, valamint a köztük lévő kapcsolódási lehetőségekre. A

fő célban, ami a szakemberek tudásának korszerűsítését, bővítését jelenti ez esetben is egyezőséget tapasztalunk, a specifikus célok pedig tökéletesen kiegészítik egymást, erősítve a komplexitás érvényesülését. Egyúttal megvalósul a kompetencia alapú feladatelosztás is, amelynek eredményeként az erőforrások jól hasznosulnak.

A helyi szintű beavatkozások megvalósulását hatékonyan szolgálják azon tevékenységek, amelyek során a helyi lakosság és szakemberek számára elérhető helyen, átfogó szolgáltatások biztosítása történik. Az egészségfejlesztés területén ez az EFI-k felállítását jelenti, míg a demenciával élők életminőség javításában az INDA-pontok felállítása. Ez szintén szoros kapcsolatot jelent, különös tekintettel arra, hogy az INDA-pontok nemcsak önálló szervezetként hozhatók létre, hanem más szervezethez, szolgáltatáshoz kapcsoltnak. A közös célok definiálása mentén igazolható, hogy az INDA-pontok EFI-vel való kapcsolata indokolt, valóban komplex megoldásokat hozhat létre.

VI. ÖSSZEGZÉS

Az INDA – Interprofesszionális Demencia Alaprogram – ismerve a demenciával kapcsolatos adatokat, stratégiákat nemzetközi és hazai viszonylatban hangsúlyozza a sürgető és komplex beavatkozások szükségességét a demenciával élők életminőségjavítása érdekében. Fő gondolata, hogy elsődlegesen a meglévő szolgáltatások koordinációjával lehet magasabb hatékonyságú és minőségű szolgáltatáshoz juttatni a demenciával élőket és családtagjaikat, amiben a különböző szakmák közti együttműködések determinánsak. Az együttműködések terén fókuszban a szociális és egészségügyi ellátások közti kapcsolat áll, hiszen a demencia egy olyan betegség, amely során az egészségügyi beavatkozások mellett a szociális ellátások támogató jelenléte is elengedhetetlen. Mindezek kiegészülnek az oktatás, média bevonásának jelenleg kiaknázatlan lehetőségével.

Az Alaprogram komplexitása megmutatkozik célcsoportjában és az érintett szakterületekben egyaránt. Célcsoportként definiálja a demenciával élő személyek, közvetlen környezetüket (hozzátartozók, család), ellátást biztosítókat és végső soron a társadalom egészét.

Tartalmát tekintve 4 fő pillérré támaszkodik: kutatás, képzés, kommunikáció és központok. A kutatást a tényeken alapuló információk minimális megléte indukálta, amely során nagymintás, átfogó kutatásra még nem nyílt lehetőség a program keretében, de a háziorvosok demenciával kapcsolatos attitűdjének, tudásának vizsgálata tovább folytatódhatott, újabb szegmensekkel kiegészülve az INDA keretében. A háziorvosok, mint a betegség felismerés és az egészségügyi szakellátás irányítás kulcsszereplői kevés specifikus tudással rendelkeznek, ami egyértelműen igazolja, hogy szükséges továbbképzésük e téren. A képzések terén a szociális szakképzésre és továbbképzésre koncentrálva kerültek kidolgozásra képzési tematikák, hozzá kapcsolódó tananyag, ami hatékonyan segíti a leendő és a már ellátásban dolgozó szociális szakemberek tudásának gyarapítását és szemléletének formálását. A kommunikáció olyan általános ismeretközlő tevékenység, amelynek részesei a különböző, nemcsak szociális ellátásokban dolgozó szakemberek, a demenciával élők és hozzátartozóik, valamint a társadalom egésze, azaz az INDA célcsoportjai. Az a tény, hogy a demenciával kapcsolatosan kevés ismerettel rendelkezünk – betegségről, kórlefolyásról, igénybe vehető szolgáltatásokról, tette indokoltá átfogó kommunikációs terv és ehhez kapcsolódó kommunikációs produktumok (film, szóróanyag, kiadvány) kidolgozását, amelyek a helyi kommunikációs stratégiák kialakítása során is hatékonyan adaptálhatók vagy felhasználhatók. A központok tekintetében INDA-pontok kialakítására fogalmaz meg javaslatot, amelyek könnyen

hozzáférhető, információs pontokként szolgálnak az érdeklődők és segítségre szorulóknak. A tevékenységek középpontjában a tanácsadás és az esetkoordináció áll, amely során kiemelt szerepe van a szakmaköziségnek.

Az INDA a szociális ellátórendszer szemszögéből vizsgálja a demens ellátás helyzetét, további lehetőségeket keresve és innovatív megoldási alternatívákat dolgozva ki. Az EFI-vel való szoros együttműködés mindezen törekvést erősítve utat nyithat az egészségügy más szereplőivel való kooperáció kialakítására, fejlesztésére, amelynek egy fontos színterét az INDA-pont kialakítása jelentheti. A kölcsönös előnyökön alapuló közös cél érdekében végzett munka eredményeként a demenciával élő személyek és családjuk életminősége növelhető. Mindez hosszú távon kihat a társadalmi, gazdasági produktivitásra, hiszen a kiegyensúlyozott családok képesek betölteni szerepüket, produktívan működni.

VII. IRODALOMJEGYZÉK

A népesség gyarapodó rétege – Az időskorúak jellemzői. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2014. október.

Ezüstkor – időskorúak Magyarországon, 2012 – Központi Statisztikai Hivatal, 2013

People in the EU – statistics on an ageing society. Eurostat.
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_%E2%80%93_statistics_on_an_ageing_society

Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer (TEIR), www.teir.hu

A házi orvosok szerepe és lehetőségei az időskori demenciák ellátásában. Összeállította: Dr. Heim Szilvia, oktató családorvos, PTE ÁOK, Családorvostani Intézet, Kutatásvezető: Vajda Norbert. Budapest, 2015. október. (Készült az Interprofesszionális Demencia Alaprogram keretében)

World Alzheimer's Report 2015, The Global Impact of Dementia, An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends, by Alzheimer's Disease International, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

A szociális ellátórendszer működéséről, kihívásairól, Balogh Emese (szerk.) – 2004, Budapest, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet

Kortünet vagy kórtünet? Mentális zavarok időskorban, Tariska Péter (szerk.) – 2002, Budapest, Medicina Kiadó

Demensek a szociális ellátórendszerben, Gyarmati Andrea – 2010. június, Kapocs IX. évfolyam, 2. szám

Az együttműködés a szociális munka egyik kulcsa és eszköze, Dr. Budai István - Párbeszéd : szociálismunka-folyóirat Vol. 2. (2015.) No. 1., <http://parbeszed.lib.unideb.hu/file/2/551924f969e72/szerzo/PBUDAImasolat.pdf>

The organisation of interprofessional courses and projects. Hume, S. – 1999, : In: TEMPUS FECCC project programme for teachers' mobility, 16 October 1999, Jászberény, 27 October 1999, Bournemouth University, IHCS, unpublished.

Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka. Dr. Budai István – 2009, Esély, 5. 83–114.o.

Szakközvetítői együttműködés a közösségi munkában. Dr. Budai István – 2011, In: Budai I., Nárái M. (szerk.): Közösségi munka –Társadalmi bevonás –integráció.Szöveggyűjtemény. Győr, Széchenyi István Egyetem, Győr, 55–72.o.

Bezzegh Péter (2017): Az Egészségfejlesztési Irodák területi elhelyezkedése járások szerint
www.szechenyi2020.gov.hu Egészséges Magyarország 2014-2020

Égerházi Anikó 2006. A demencia és a depresszió összefüggései időskorban Bibliogr.: p. 47.
- Abstr. hun. In: Hippocrates. - ISSN 1419-3337. - 2006. 8. évf. 1. sz., p. 44-47.

Perczel Forintos Dóra: Spiritualitás és lelki egészség, „A szív” című folyóirat, 38-41, 2011. április.

Kovács T. (2015): Interprofesszionális együttműködési lehetőségek az egészségügyben: a demencia diagnózisa és kezelése. INDA.

A népesség gyarapodó rétege – Az időskorúak jellemzői. Központi Statisztikai Hivatal.

Budai I. (2009): Az interprofesszionális együttműködés és a szociális munka. Esély, 2009/5. 83-114.

Égerházi A., Balla P., Degrell I. (2001): Gyógyítható-e a demencia? Hippocrates, III/1, március-április.

Hoffmann I. (2007): Nyelv, beszéd, demencia. Akadémia Kiadó, Budapest.

INDA (2015): A demenciában előforduló pszichopathológiai tünetek befolyásolása lehetőségei.

Kálmán J., Kálmán S., Pákáski M.: Demenciákhoz társuló viselkedési és pszichés zavarok felismerése és kezelése antipszichotikumokkal: a CATIE-AD vizsgálat. Neuropsychopharmacologia Hungarica 2008:10:233-249.

Kopp M. - Skrabski Á. (2000): Pszichoszociális tényezők és egészségi állapot. Demográfia 2000/2-3., 252-277.

Kovács T. (2015): Interprofesszionális együttműködési lehetőségek az egészségügyben: a demencia diagnózisa és kezelése. INDA.

Kovács T. (2016): Demencia a mindennapi gyakorlatban. Korszerű Kaleidoszkóp, 2016/2, 5-8.

Kovács T. (2018): A demencia kockázati tényezői. Orvostovábbképző Szemle, XV. évf. 2. szám.

Kurz A. (2017): Alzheimer Europe Brusel EP lunch debate előadás anyaga, June 16.

Préda I. (1994): Az atherosclerosis kialakulása és a veszélyeztető tényezők szerepe. Orvostudományok-1994.69.évf.1.sz., p. 3-16p,Bibliogr.76 tétel.In:Orvostudományok.-ISSN 0030-6037.

Szabó Lajos (2011): Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai, Akadémia Kiadó, Budapest.

Szirmai I. (2005): Neurológia. Medicina Könyvkiadó.

Tariska P., Bereczki D., Degrell I., Janka Z., Karsay K. (2002): Ajánlás demenciák kivizsgálására és gyógykezelésére. Psychiatria Hungarica, 17; 202-223.

Továbbképző füzet (2002): Szempontok a mentálisan hanyatló idősök vizsgálatához és képességfejlesztéséhez. Fővárosi Önkormányzat Idősök Otthona, Módszertani Osztály, 2002/3.