

Szent István Egyetem
Gazdasági-, Agrár-, és Egészségtudományi Kar

***Fogyatékkal élők fogászati és szájsebészeti
ellátása Magyarországon***

TDK dolgozat

Konzulens:
Dr. Simon Fiala János
megyei szakfelügyelő főorvos

Készítette:
Győri Zsuzsanna
Ápolás és betegellátás alapszak

Gyula
2013.

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés	4.
1.1.	Fogyatékoság fogalma	4.
1.2.	Szociológiai megközelítés	6.
1.3.	A probléma aktualitása	7.
2.	Hipotéziseim	10.
3.	Módszerek	11.
4.	Eredmények	13.
4.1.	Statisztikai eredmények	13.
4.2.	Kérdőíves felmérés eredményei	16.
4.3.	Interjú eredményei	23.
5.	Megbeszélés	24.
6.	Javaslatok	33.
7.	Összefoglalás	36.
8.	Irodalmi jegyzék	45.
9.	Mellékletek	47.

***„Mert emberek, mert szomjazzák a jót,
mert rettegek a rosszat és nevetni,
sírni tudnak, akármilyen együgyűek,
és a maguk módján még boldogok,
igen, boldogok is lehetnek...”***

Garai Gábor

1. Bevezetés

A fogyatékossgal élők létszáma Magyarországon

A 2001. évi népszámlálási adatok szerint 577 ezer fogyatékos ember élt Magyarországon, a népesség 5,7% -a. Ez az adat a Központi Statisztikai Hivatal szerint is alábecsült. Az 1990. évi népszámláláshoz képest a fogyatékos emberek létszáma és aránya jelentősen emelkedett (II. sz. mell.). A létszámnövekedés azzal is összefügghet, hogy 2001-ben a fogyatékos emberek többen vállalták fogyatékossgukat, mint 1990-ben. Az is elképzelhető, hogy többen vannak tisztában egészségi állapotuk fogyatékossgal kapcsolatos jellegével. A fogyatékos népességen belül továbbra is a mozgássérülteké a legnagyobb csoport. A fogyatékossgon belül minden 10. ember értelmi fogyatékos személyek közé tartozik. A nő és férfi nem megoszlása némileg eltér egymástól. A férfiak körében magasabb az értelmi fogyatékosok, alsó, felső végtagi hiány és az egyéb testi fogyatékosok aránya, nők esetében viszont több a gyengén látó és a mozgáskorlátozott (4).

1.1.Értelmi fogyatékossg fogalma

Lányiné 1986-os írásában így fogalmazta meg: „Az értelmi fogyatékossg a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és környezeti hatások eredőjeképpen alakul ki, amelynek a következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától az első évektől kezdve számottevően elmarad, és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott. „
A fogyatékossgot definiálják pedagógiai, orvosi, társadalmi, pszichológiai és szociológiai szempontból.

Az 1998. évi XXVI. törvény 4 §. pontja szerint:

„Fogyatékos személy az, aki érzékszervi-így különösen látás,- hallásszervi, mozgásszervi, értelmi képességeit jelentős mértékben vagy egyáltalán nem birtokolja, illetőleg a kommunikációjukban számottevően korlátozott és ez számára hátrányt jelent a társadalmi életben való aktív részvétel során.” (15)

A fogyatékoság okai között szerepet kaphatnak fizikai, kémiai tényezők, biológiai kórokozók és hatások is (7). Ezek a következők:

- fertőző betegségek: rubeola, varicella
- sugárzás
- alkohol
- nikotin
- gyógyszerek
- fogamzásgátlók
- egyéb kemikáliák
- balesetek

A WHO (Egészségügyi Világszervezet) becslései alapján a világ népességének csaknem 10%-a szenved valamilyen fogyatékoságban.

- Károsodás (impairment) : valamilyen biológiai vagy pszichológiai hiányt jelent. Például valamilyen végtag hiánya.
- Fogyatékoság (disability) : bizonyos tevékenységek elvégzésére való csökkent vagy módosult képesség.
- Hátrány (handicap) : károsodásból vagy fogyatékoságból eredő társadalmi hátrány.

Elsődleges fogyatékoságok a biológiai károsodás, másodlagos a lelki tulajdonságok károsodása, harmadlagos pedig a cselekvésbeli elváltozások (8).

A Magyar Köztársaság Alkotmánya kimondja, hogy minden magyar állampolgárnak joga van az emberi méltósághoz, a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez, valamint a szociális biztonsághoz (10).

1.2. Értelmi fogyatékoság szociológiai megközelítése, esélyegyenlőség sérülése

Az emberek egyéni tisztességén, társadalmi kulturáltságán és személyes viszonyulásán múlik, hogyan bánnak fogyatékos társaikkal (9).

Az ember úgy van a sérülten születéssel, vagy válással, mint a halállal: nehezen képes elfogadni, hogy van. A fogyatékos embereket a társadalom egyenrangú tagjaként ugyanazok a jogok illetik meg, mint minden más állampolgárt. A társadalom valamennyi területén érvényesítendő elvek, hogy fogyatékos személyt nem érhet hátrányos megkülönböztetés, fogyatékosága miatt nem lehet korlátozott más emberek számára elérhető javakhoz való hozzáférésben (17,18).

Miután a fogyatékos emberek az őket mindenki mással egyformán megillető jogaikkal, fogyatékoságuknál fogva kevésbé tudnak élni, indokolt lenne, hogy némi előnyben részesüljenek.

Mindez azt jelentené, hogy a többségi társadalom tagjaival azonos mennyiségben és azonos minőségben tudják igénybe venni például az egészségügyi szolgáltatásokat.

1998. évi XXVI. törvény, a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról az egészségügyben a 12§ 2. bekezdés szerint:

„A fogyatékos személy számára biztosítani kell- a fogyatékoságával összefüggésben- az állapota javításához, az állapotromlása megelőzéséhez szükséges rendszeres és hatékony egészségügyi ellátást.” (16)

Rehabilitációjuk komplex egészségügyi, mentálhigiénés, foglalkozási és szociális folyamat az érintettek – fogyatékos emberek és családtagjaik – aktív közreműködésével a társadalmi integráció érdekében (6).

Joguk lenne a szűrővizsgálatokhoz is, ez a fogyatékoságuk okán sokszor kivitelezhetetlen.

„A szűrővizsgálat olyan időről időre történő vizsgálat, mely az arra alkalmas módszerrel, akár tünetmentes személyeken is a rejtett betegség fennállásának valószínűsítése vagy kizárása céljából történik.”(12)

Ez az Országgyűlés által 2006. február 13-án, 345 igen szavazattal egyhangúan elfogadott Új Országos Fogyatékoságügyi Program része, mely 2007-2013 közötti időszakra jelöli ki az általános teendőket. A 40 oldalas tervezet nyomán készült kormányhatározatból már az is nyilvánvalóvá válik, hogy az elvek gyakorlati megvalósulásáig még sok a teendő az egészségügyben. A programban szerepel a speciális ellátási szükségletű fogyatékos emberek szakszerű és teljes körű egészségügyi ellátása (19).

1.3. A probléma aktualitása

De vajon mi történik, ha egy értelmi sérült vagy akár vak, siket embernek orvosi ellátásra lenne szüksége?

Nem speciális gondozásra, csupán egy nőgyógyászati vagy fogászati kezelésre? Ez sok mindentől függ. A fogyatékoság jellegétől, súlyosságától éppúgy, mint attól, hogy területileg hol lakik. Attól, hogy segítséggel, vagy önállóan boldogul-e a rendelőben, és persze attól, hogy felkészültek-e a fogadásra azok, akiknek el kell látniuk őket. Míg a mozgássérülteknek a járdaszegélyek és tömegközlekedési eszközök, addig a gyengén látók számára a „néma” közlekedési lámpák jelentenek legyőzhetetlen akadályt.

„Az értelmi fogyatékos a társadalom iskolázottabb rétege elmebetegnek tekinti, úgy véli, hogy zárt intézetben a helye. A kevésbé iskolázottabbak az

értelmi fogyatékos, személyes ismeretség hiányában közveszélyesnek tartják, vagy úgy bánnak vele, mintha nem is ember volna.” (13)

A békéscsabai Réthy Pál Kórház és Rendelőintézet szájsebészeti szakrendelőjében dolgozom. Munkám során számtalan esetben találkozom a fogyatékoság kapcsán nagyon nehezen, olykor pedig megoldhatatlan fogászati illetve szájsebészeti beavatkozással. A fogyatékkal élők kooperációs készsége rossz és ebből problémák származnak. Ők rosszul reagálnak a számukra idegen hangokra, mozdulatokra, nem értik mi történik velük. Amíg egy egészséges ember belátja, hogy orvosa nem akar fájdalmat okozni, és gyógyító szándékkal közeledik, addig ezt egy értelmi fogyatékos nagyon nehezen vagy egyáltalán nem érti meg. Amennyiben kismértékű a szellemi visszamaradottsága a páciensnek, kitartó kapcsolatteremtéssel el lehet érni, hogy bizonyos beavatkozásokat az orvos altatás nélkül végezzen el.

Az értelmi fogyatékos gyermekek és még inkább a felnőttek fogászati ellátása megoldatlan Magyarországon. Az egyik legszembetűnőbb jellegzetességük az elhanyagolt száj, a rossz fogak, foghíjasság, vagy korai teljes fogatlanság, amely nem csak esztétikai hátrány, hanem a fogyatékosok ellen ható tényező is, de a táplálkozásra is rossz hatást gyakorol (III. sz. mell.). Bizonyított tény, hogy a szájhygiéné folyamatos megtartásával, esetleges helyreállításával több betegség megelőzhető, a fennálló betegség súlyossága csökkenthető (14).

A nem megfelelő elhanyagolt szájhygiéné, a mechanikus irritáció, a táplálkozási szokások, az egészségügyi kulturáltság hiánya nagymértékben növeli a szájüregi daganatos megbetegedések számát is (1).

Statisztikai adatok bizonyítják, hogy a rizikócsoporthoz tartozók között az arány még kedvezőtlenebb, így éppen a legveszélyeztetettebb rétegek azok, akik hosszú évekig nem jutnak el fogorvoshoz (2).

Az elhanyagolt állapot okozója főként az, hogy nincsenek megfelelő kezelő helyek, olyan fogászati rendelők, ahol türelemmel, akár altatással oldják meg a problémát. Az ilyen speciális rendelők fenntartása hiánypótló feladat. A

középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékos, valamint a halmozottan sérült emberek fogászati ellátása csak altatásban végezhető el. Ezt a speciális alapellátást nem támogatja az OEP, csak orvosi egyetemi városokban. (Budapest, Szeged, Debrecen, Pécs)

Hiába lobbiznak a szülők, orvosok, hogy legalább részben magára vállalja az OEP ezt a terhet. Konzerváló ellátásban éppen ezért egyáltalán nem részesülnek a súlyosan fogyatékos, vagy halmozottan sérült emberek. Az egyetlen, amit megkapnak – azt sem könnyen – a sürgősségi foghúzás. Az altatásos fogászati kezelés lehetősége nem csak a fogyatékos számára létfontosságú, de a családnak és a gondozónak is, hiszen a tehetetlenségből, elutasításból táplálkozó stressz senkinek nem jó.

Magyarországon ma 13 megyében nincs megoldva az altatással ellátott konzerváló fogászat fogyatékosok számára, többek között Békés megyében sem.

Nap, mint nap veszem fel édesanyák, hozzátartozók, gondozók kétségbeesett telefonját, miszerint: „... akkor most mi tévők legyünk? Már megint elveszíti gyermekem egy fogát csak azért, mert picit szuvas? „ A válaszem: igen!

Dr. Simon Fiala János Megyei Szakfelügyelő Főorvos asszisztenseként dolgozom. Végigkísérem évek óta vívott „szélmalom harcát”. Próbátételében, mely tervezetben az értelmi fogyatékosok fogászati alapellátásának előmozdítása a cél, világosan megfogalmazta, hogy a fogászati szakmai kollégium olyan állásfoglalása lenne szükséges, melyben ajánlja a narkózisban, vagy bódításban történő ellátást, illetve ennek OEP-hez történő befogadását (IV. sz. mell.).

2. Hipotéziseim

- 1. Feltételezem, hogy az otthoni környezetben, családban élő, fogyatékkal bíróknak a fogazata kevésbé elhanyagolt, mint az intézményben élőknek.**
- 2. Feltételezem, hogy ha az ellátási forma a jelenlegi szinten marad, fogazatuk további romlást fog mutatni és a későbbiekben a rehabilitációjuk egyre nagyobb költséggel jár.**
- 3. Feltételezem, hogy ha az OEP befogadná az altatásban történő fogmegtartó kezeléseket megvényként, megsokszorozódna az ellátások száma az igényeknek megfelelően.**
- 4. Feltételezem, hogy ha az anaesthesiológiai protokollnak eleget tevő fogorvosi rendelő finanszírozását az OEP és az ÁNTSZ befogadná, a minimum feltételek megteremtésére áldozott összeg rövid időn belül megtérülne.**

3. Módszerek

Dolgozatom elkészítésénél a következő módszereket alkalmaztam:

- Kérdőíves felmérést végeztem (I. sz. mell.) a békéscsabai Szociális Gyermekvédelmi, Rehabilitációs és Módszertani Központban, illetve az otthon gondozott, fogyatékkal élők között. A kérdőívet hozzátartozók és gondozók töltötték ki. A kérdőív 25 kérdést tartalmazott, kitöltése anonim módon történt. Kérdéseim kiterjedtek a fogmosási szokásokra, fennálló fogászati panaszok felmérésére, speciális igények felmérésére. 120 darab kérdőívet osztottam ki, melyből 98-at kaptam vissza, ebből 98 volt értékelhető, ezt tekintettem 100%-nak. Az eredményeket grafikus megjelenítéssel szemléltettem, táblázatokban, kör és oszlop diagramokban a Word Excel segítségével.
- Kórlapanalízist végeztem a békéscsabai Réthy Pál Kórház és Rendelőintézet szájsebészeti ambulanciáján a controlling osztály segítségével, illetve a békéscsabai Szociális Gyermekvédelmi Rehabilitációs és Módszertani Központban (V. sz. mell.) dolgozó Dr. Scherer Andrea fogorvos segítségével. Az ápoló és gondozó otthonban 115 gondozott bentlakásos ápolat, 37 fő bejárás foglalkoztatott. Összesen 152 fő középsúlyos, súlyos, vagy halmozottan sérült egyén. Az intézmény által saját költségből finanszírozott (orvosi, asszisztensi munkabér, anyagköltség, eszköz) fogszakorvos doktornőhöz évente egyszer jutnak el a gondozottak, több-kevesebb sikerrel. Dokumentációjukat, státusfelvételüket tanulmányoztam át gondosan, összehasonlítva a 2000-es, 2005-ös és 2010-es fogazati állapotukat.
- Interjút készítettem a Szegedi Fog-és Szájsebészeti Klinika adjunktus asszonyával, Dr. László Kókai Erzsébettel, aki a Csongrád megyei fogyatékkal élők konzerváló és szájsebészeti ellátását végzi el a területileg illetékesen odatartozó betegek körében.

- Tekintettel arra, hogy munkám során nagyon sok speciális fogászati, orvosi kifejezést használtam, VI. számú mellékletként dolgozatom végén megjelenítettem a magyar megfelelőit is.

4. Eredmények

4.1. Statisztikai eredmények:

A békéscsabai Szociális Gyermekvédelmi Rehabilitációs és Módszertani Központ gondozottjainak fogazati állapota 2000-ben, 2005-ben és 2010-ben:

I. számú táblázat

A Rehabilitációs és Módszertani Központ gondozottjainak fogazati állapota 2000-ben (n=50)

	<i>caries</i>	<i>gingivitis</i>	<i>radix</i>
<i>Bentlakásos</i> <i>25 fő</i>			
- <i>enyhén</i>	<i>4 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>3 fő</i>
- <i>közepesen súlyos</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>
- <i>súlyos, halmozottan sérült</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>
<i>Bejárós</i> <i>25 fő</i>			
- <i>enyhén</i>	<i>3 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>2 fő</i>
- <i>közepesen súlyos</i>	<i>6 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>6 fő</i>
- <i>súlyos, halmozottan sérült</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>

Tekintettel arra, hogy a gondozottak halálozási aránya igen magas, 50 kórlapot vettem alapul. Az összesített adatokból jól látható, hogy 2000-ben, 2005-ben és 2010-ben a vizsgálatok esetében a gingivitis 100%-ban jelen volt, míg a caries és a radixos fogazat az otthon ápoltak körében csekélyebb mértékben. Mindkét esetben volt panaszmentes, szanált fogazat (I.sz. táblázat).

II. számú táblázat

Ugyanazon gondozottak fogazati állapota 2005-ben (n=50)

	<i>Caries</i>	<i>gingivitis</i>	<i>radix</i>
<i>Bentlakásos</i> <i>25 fő</i>			
- <i>enyhén</i>	<i>6 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>5 fő</i>
- <i>közepesen súlyos</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>
- <i>súlyos, halmozottan sérült</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>
<i>Bejárós</i> <i>25 fő</i>			
- <i>enyhén</i>	<i>4 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>3 fő</i>
- <i>közepesen súlyos</i>	<i>7 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>7 fő</i>
- <i>súlyos, halmozottan sérült</i>	<i>8 fő</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>

Mivel ugyanazon betegek fogazati státuszát vizsgáltam, a táblázatban megfigyelhető, hogy a carieses fogazat és a radix az otthoni ápoltak körében is növekvő tendenciát mutatott, de kisebb mértékben, mint a bentlakásos gondozottak körében. Szanált és panaszmentes fogazat most is volt (II.sz. táblázat).

III. számú táblázat

A gondozottak fogászati státusza 2010-ben (n=50)

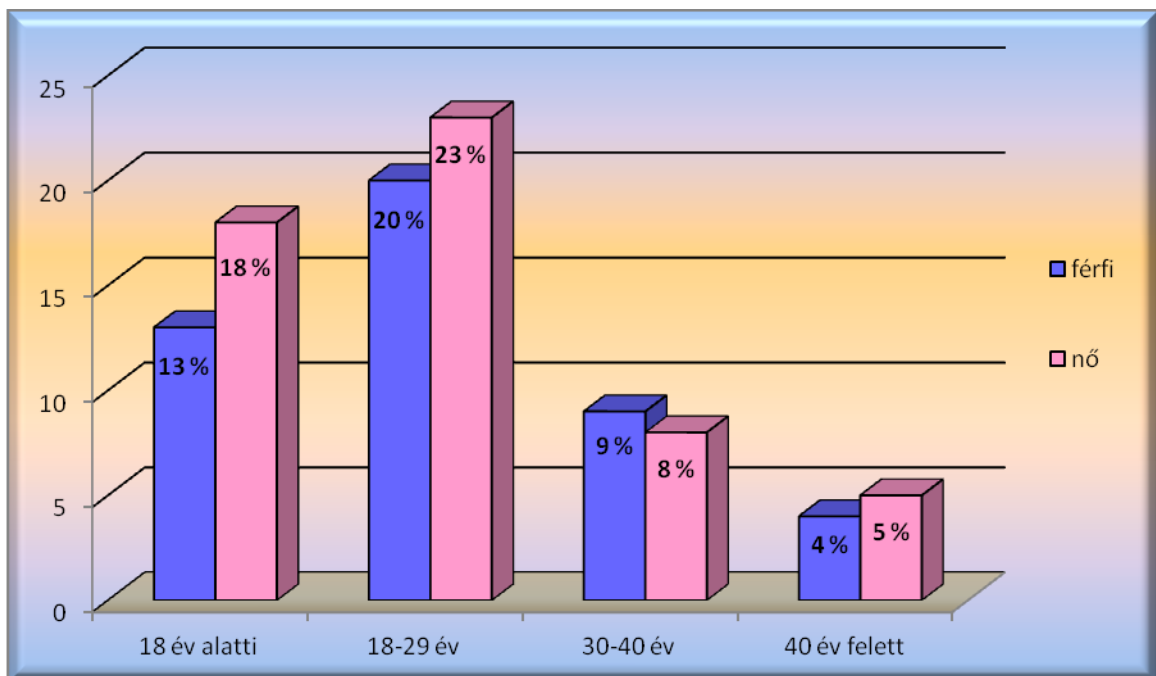
	<i>caries</i>	<i>gingivitis</i>	<i>radix</i>
<i>Bentlakásos</i> <i>25 fő</i>			
- <i>enyhén</i>	<i>6 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>6 fő</i>
- <i>közepesen</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>
- <i>súlyos, halmozottan sérült</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>
<i>Bejárós</i> <i>25 fő</i>			
- <i>Enyhén</i>	<i>6 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>5 fő</i>
- <i>közepesen</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>	<i>8 fő</i>
- <i>súlyos, halmozottan sérült</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>	<i>9 fő</i>

2010-re tovább romlottak a carieses fogak szanáció hiányában, és amely fogakat akkor még fogtöméssel rehabilitálni lehetett volna, addigra extrahálandó foggyökér állapotba került. Ez a tendencia az otthon ápoltak körében szintén csekélyebb mértékű. Szanált fogazattal is találkoztam (III. sz. táblázat).

4.2. Kérdőíves felmérő eredményei:

1. számú ábra

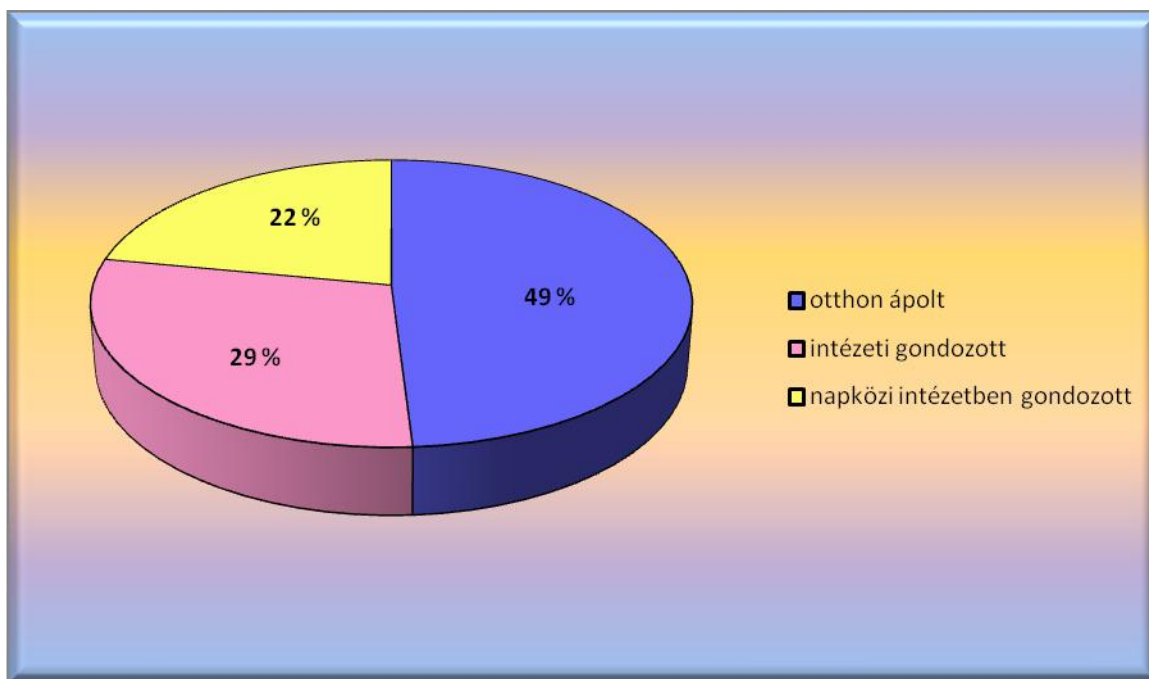
Vizsgált személyek életkor és nem szerinti megoszlása (n=98)



A megkérdezettek közül 46 férfi és 52 nő volt. Jelentős része 18-29 év közötti, összesen 42 fő, a 18 év alattiak 30 fő, a 30-40 év közöttiek 17 fő és a 40 év felettiak 9 fő. Az intézeti gondozottak és az otthon ápoltak között a korcsoportok hasonlóak voltak (1. sz. ábra).

2. számú ábra

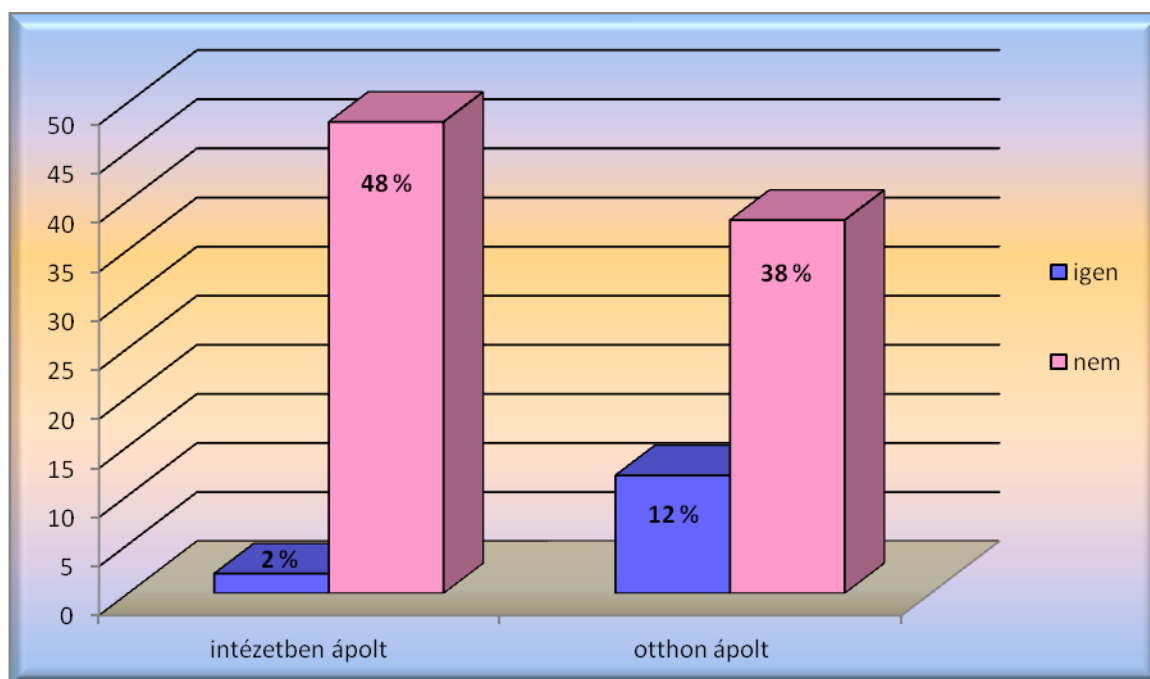
Vizsgált személyek gondozási hely szerinti megoszlása (n=98)



A vizsgált személyek közül 49%, azaz 48 fő otthoni körülmények között él, 22% azaz 22 fő napközi foglalkoztatott és 29% azaz 28 fő intézeti gondozott (2. számú ábra).

3. számú ábra

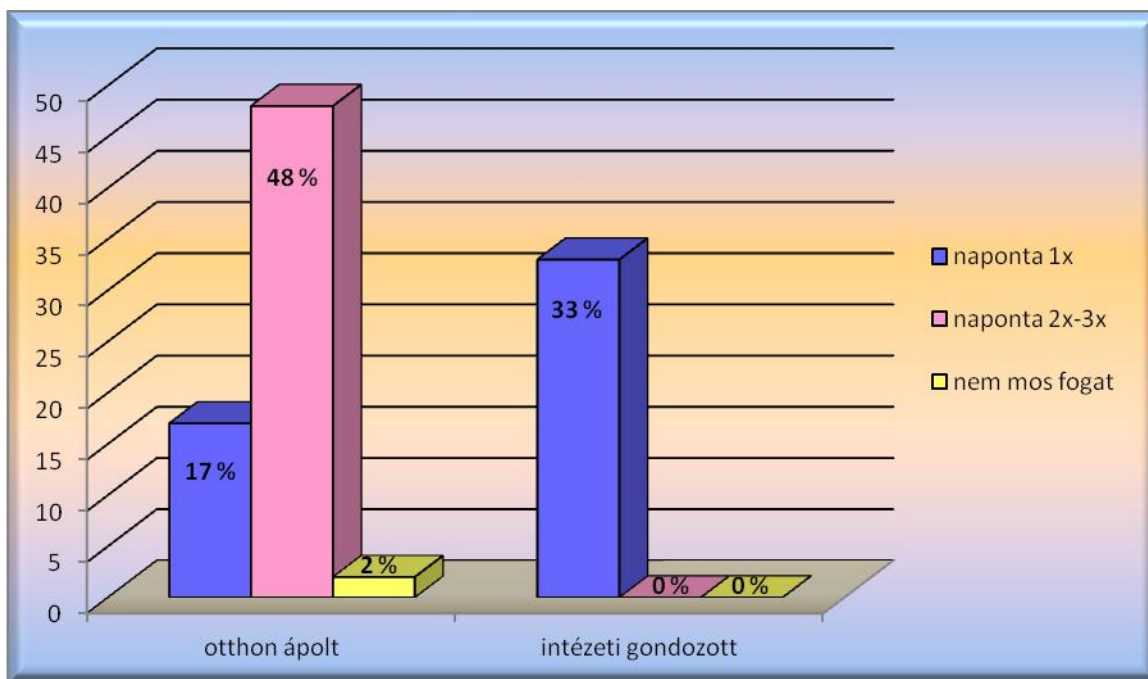
Önálló fogmosás kivitelezése szerinti megoszlás (n=98)



Az összesített adatok szerint jól látható, hogy akár az intézetben, akár az otthon ápoltak körében az önállóan történő fogmosás szinte alig kivitelezhető, mégis némi különbség mutatkozik a tekintetben, hogy otthon az időkorlát hiánya miatt mindez jobban megvalósítható (3. számú ábra).

4. számú ábra

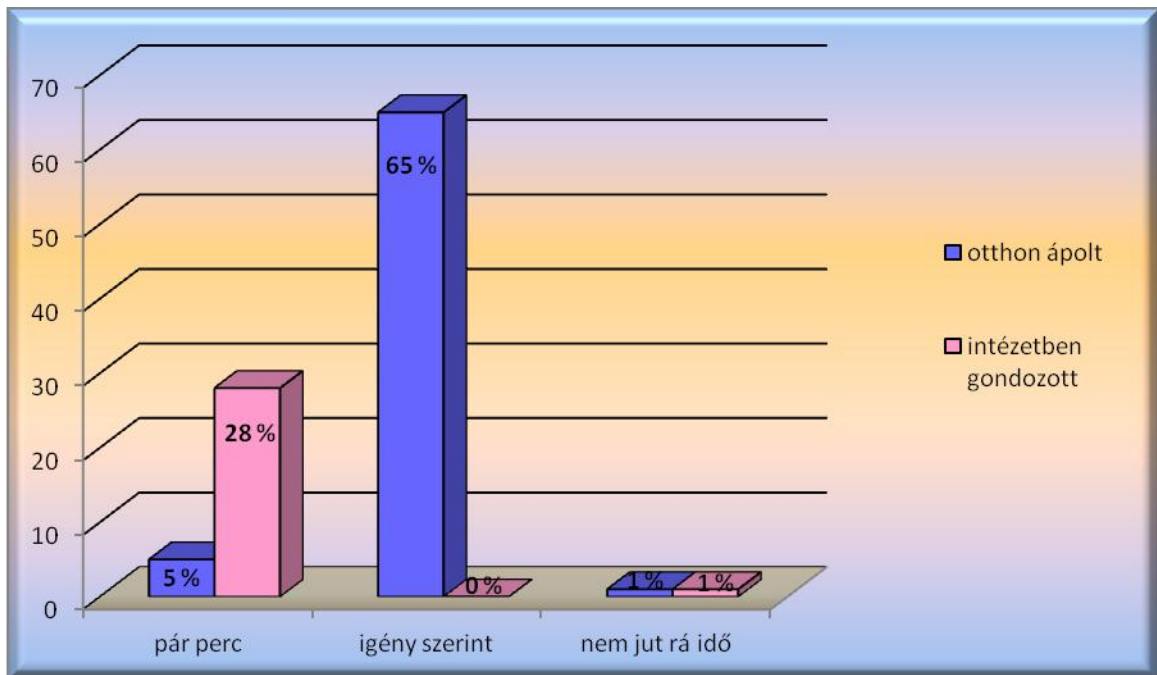
Fogmosás gyakorisága szerinti megoszlás (n=98)



Az otthoni körülmények között ápolott fogyatékos emberek szignifikánsan gyakrabban mosnak fogat naponta, mint az intézetben gondozottak. Az intézetben a reggeli tisztálkodás szerves részeként naponta egyszer, az otthon ápolottnál egyéni igény szerint történik a fogmosás (4. számú ábra).

5. számú ábra

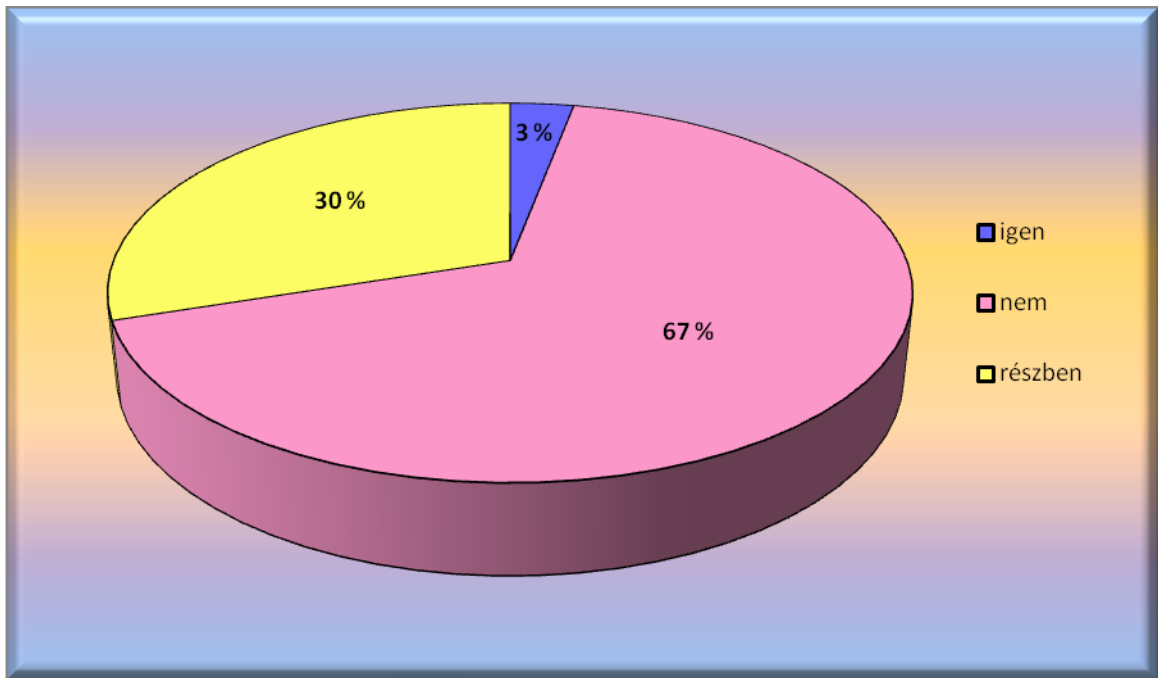
Időráfordítás szerinti felmérés (n=98)



Amíg az otthonban ápoltak körében pár perc, addig az otthon ápoltak körében az időráfordítás annyi, amennyit a tevékenység teljes kivitelezése igényel. Míg az otthonban egy gondozóra több ellátott jut, addig otthon, egy szülőnek egy sérült gyermek ellátása a feladata. A szignifikáns különbség ebből adódhat (5. számú ábra).

6. számú ábra

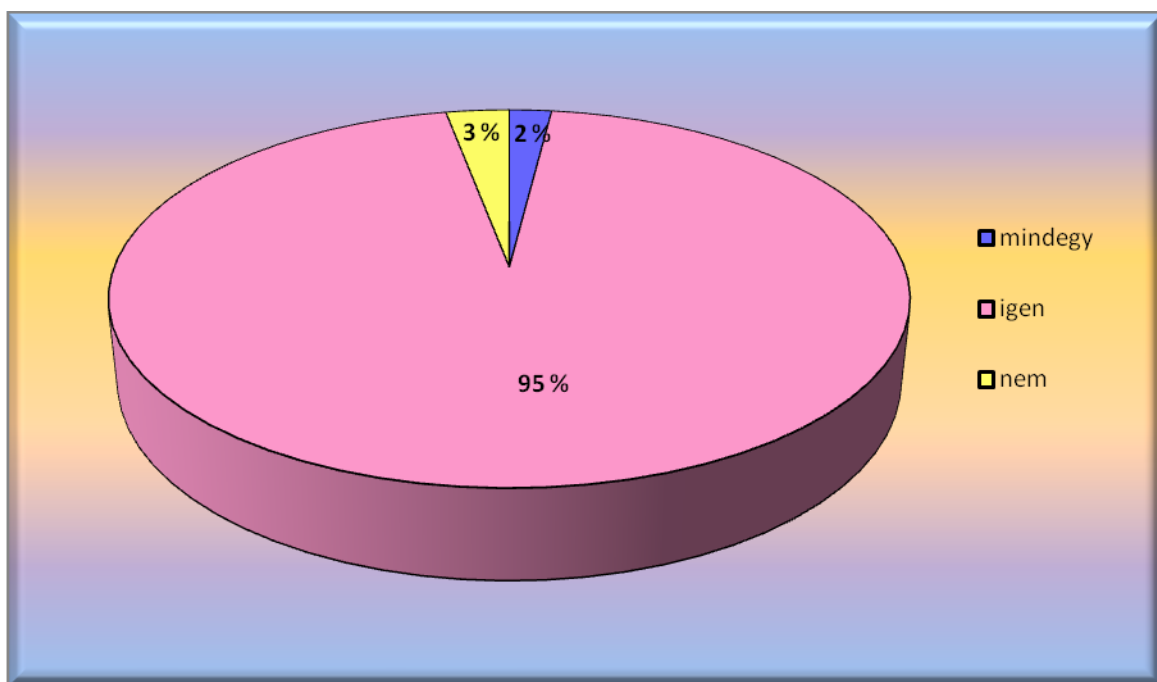
Kooperációs készség felmérése (n=98)



Az ábra szerint tökéletesen láthatóvá válik, hogy a fogászati beavatkozások jelentős százalékban kivitelezhetetlenek, így el is maradnak. A megkérdezettek 30%-a részben kooperál, ami annyit jelent, hogy esetleges státusz felvételre ugyan még rá lehet venni hosszasan a beteget, de egy lokális érzéstelenítőt, vagy egy foghúzást már nem lehet kivitelezni (6. számú ábra).

7. számú ábra

Felmérés az altatásban való ellátás igényéről (n=98)



Az adatokból jól látható, hogy bármelyik gondozási mód esetében, igény lenne a fogászati kezelések altatásban történő kivitelezésére (7. számú ábra).

4.3. Interjú során összesített eredmények:

Kutatómunkám alatt interjút készítettem a Szegedi Fog-és Szájsebészeti Klinika adjunktus asszonyával, Dr. László Kókai Erzsébettel, aki a Csongrád megyei fogyatékkal élők konzerváló és szájsebészeti ellátását végzi el a területileg illetékesen odatartozó betegek körében. Mivel egyetemi város, ezért az OEP finanszírozza a folyamatos, altatásban való ellátást. Csütörtökön és pénteken, azaz heti két alkalommal van ellátás biztosítva. Rendelésenként négy beteget látnak el, előzetes státusz felvétel nélkül. TIVA (teljes intravénás anaesthesia) alkalmazásával egy beteget, éberszedációs módszerrel három beteget. Az első kezelés alkalmával mindig szanációt végeznek, ellátják a beteg szájnyálkahártyáját, fogkö eltávolítást végeznek, majd az esetleges foghúzásokat oldják meg.

Három hónap gyógyulási idő elteltével konzerváló fogászati kezeléseket látnak el, melyet lehetőségekhez mérten egy alkalomra próbálnak leredukálni, tehát ahány carieses foga van, annyi tömést végeznek. A szegedi fogklinikán 2-3 hét előjegyzés mutatkozik az igényeknek megfelelően.

A Debreceni Fog-és Szájsebészeti Klinika egyetemi docense, Dr. Redl Pál elmondta, hogy bár egyetemi város, így a finanszírozással nem lenne probléma, mégis az ellátás hibádzik, vagyis nincsen. Elmondása szerint a személyi feltételek nem biztosítottak.

5. Megbeszélés

Kutatásom eredményei alapján az alábbi következtetéseket vontam le:

Az otthoni környezetben, családban élő fogyatékkal bíróknak a fogazata kevésbé elhanyagolt, mint az intézményben élőknek. Mindezt jól mutatja a békéscsabai Szociális Gyermekvédelmi Rehabilitációs és Módszertani Központ gondozottjai körében végzett kórlap analízisem, mely során a 2000, 2005, 2010 évben ugyanazon betegek fogorvos által felvett fogászati státuszát hasonlítottam össze 25 bejárós, otthon ápolt napközi otthonos, illetve 25 állandó lakosú enyhe, középsúlyosan és súlyosan, halmozottan sérült gondozottéval. A gingivitis 100%-ban volt jelen mindenkinél, melynek oka a nem megfelelő fogmosási technika. A fogakon illetve a fogközökben, a felületesen tisztított helyeken ételmaradék, lepedék marad, plakk képződik, mely tökéletes táptalaj a gyulladás okozó baktériumoknak.

Kérdőíves felmérésem során tökéletesen láthatóvá vált, hogy a családban élőknek, akár a fogmosás számának gyakorisága, akár a fogmosási időtartama is lényegesen jobb, mint az otthonban élő társaiknak. Míg nekik a család, az otthoni légkör lehetővé teszi, hogy akár mennyiségben, akár minőségben is, időkorláttól függetlenül tudja biztosítani a szájápolást, addig az intézetben gondozottak körében erre naponta egyszer kerül sor, és csak pár perc van rá betegenként. Intézetben egy-egy ápolóra a reggeli vagy esti tisztázás során akár 15-20 beteg is jut. Jelentős többségük nem kooperál, tehát kivitelezési nehézségekbe is ütköznek, hiszen az egyszerű, hétköznapi öblítés sem megoldható. Ilyen esetben egy szájvizes gézlappal próbálják a szájban, zugokban pangó ételmaradékokat eltávolítani.

A caries és a radixos fogazat mindkét esetben kimutatható volt. Nem volt olyan száj amelyben ne lett volna fogszuvasodás vagy radix. Az otthon ápoltak körében mindez csekélyebb mértékben volt jelen, köszönhetően a

gondosabb szájápolásnak. A fentiek értelmében az első hipotézisem beigazolódott.

Az elmúlt 10-12 évben az ellátási forma nem változott, így a fogyatékkal élők fogazata nagymértékű romlást mutatott. Kórlap analízisem bebizonyította, hogy a 2000-ben, 2005-ben és 2010-ben fogszakorvosi vizsgálattal felvett státuszban ugyanazon szájban jelentős állapotromlás figyelhető meg. Az ínygyulladás 100%-ban volt jelen, még a caries és a betört foggyökér az intézeti ápoltak körében esetszám tekintetében magas volt, tehát alig volt olyan beteg, akinek ne lett volna caries és radix a szájában, ugyanakkor számszerűség vonatkozásában szinte megduplázódott, tehát ugyanazon szájban 2000-hez és 2005-höz képest is dupla annyi fogszuvasodás volt fellelhető. Radix tekintetében 25%-os állapotromlás mutatkozott.

Az otthon gondozottaknál mindez lassúbb folyamat, ugyanakkor egyenes következménynek látszik, hiszen 30%-os állapotromlás mutatkozott a caries tekintetében és csaknem 30%-os esetszám növekedés figyelhető meg a radix esetében is. A státusz felvételen jól látszik, hogy a 2000-ben még caries superficialisként feltérképezett fog 2005-ben már caries profunda lett, 2010-re pedig már az ellátás hiányában radixá vált. 2000-ben egy pici töméssel ellátható lett volna a fog, 2005-ben gyökérkezelést és gyökértömést igényelt volna, míg 2010-re extrahálандó foggyökérré romlott. Természetesen mindez jelentős fájdalom mellett történt, ugyanakkor a beteg ezt hangokkal, sajátos mozdulatokkal esetleg étvágytalansággal tudta csak jelezni.

A családban élőknel mindez talán azért ritkább, mert nagyon sok szülő megmozgatva mindent, esetlegesen magánrendelésre elviszi gyermekét és óriási összeget fizetve a beavatkozásokért, rehabilitálja gyermeke fogazatát. Leleményesebb szülők között előfordult, hogy egyetemi nagyvárosba költöztek néhány hónap erejéig albérletbe, csak azért, hogy ideiglenes lakcím

igazoló kártyájuk segítségével hozzájuthassanak az illetékes klinika, altatásban elvégzett szakellátásához.

Ezen analízisből egyértelművé válik, hogy ha az ellátási forma ezen a szinten marad, akkor az állapotromlás megállíthatatlan az ellátatlanul maradt 13 megyében, illetve a klinikai háttérrel ugyan bíró, de nem funkcionáló debreceni klinikához tartozó betegek körében.

A radixos fogazat rehabilitációja lényegesen költségesebb, mint a carieses fogazat szanációja, hiszen a foggyökeret eltávolítás után az elégséges rágás biztosítása érdekében pótolni kell. A fogpótlás az OEP támogatása hiányában önköltséges, bármely térítési kategória vonatkozásában. A carieses fogazat rehabilitációja OEP által finanszírozott rendelőben költségmentes, hiszen a társadalombiztosító 100%-ban támogatja a mai álláspont szerint. A második hipotézisem is beigazolódott.

Az interjúm során is fény derült, illetve a kérdőíves válaszok alapján is egyértelműen látszik, hogy igény van az altatásos fogászati ellátásra. A szegedi klinika 2-3 hetes előjegyzése is azt bizonyítja, hogy az ellátás folyamatos, holott „csak” a Csongrád megyében élő fogyatékos személyeket látják el, gondosan betartva a megye határokat. A kérdőíves vizsgálatom szerint a megkérdezettek 95%-a igénybe venné ezen szakellátást.

Az OEP azonban jelenleg csak egyetemi városokban, a fekvő háttérrel bíró rendelőket finanszírozza. Az OEP és az ÁNTSZ által közzétett minimum feltételek megvalósítása nem könnyű pénz hiányában, de nem lehetetlen városi kórházakban sem. Az eddigi tárgyalások alkalmával kiderült, hogy az OEP nyitott lenne a változtatásra, azonban előre mozdulás évek óta nem történt.

A békéscsabai Réthy Pál Kórház és Rendelőintézet szájsebészeti osztályának főorvosa sajátos „szélmalom harcában” a Békés megyei fogyatékosok érdekében már többször felszólalt, kivizsgálást kért, javaslattétellel bírt

(IV.sz.mell.), mindeddig hiába. A városi önkormányzattól és a megyei egészségügyi bizottságtól is kért segítséget. Véleménye szerint az is jó megoldás lenne, ha nem megyei szinten, hanem regionálisan lenne megoldva az ellátás, hiszen előjegyzés alapján a környező megyékből is érkezhetnének, nem túl nagy utat megtéve a rendelésre. Az OEP azonban a regionális ellátást nem támogatja, mivel az egészségügyi pénztárak megyei szinten szervezettek, így ez a szervezés a megyékre hárul.

Békéscsabán mindez a Degré utcai intézetben megvalósítható lehetne, mivel a helyi gondozottakon kívül bejárós fogyatékosokat is foglalkoztatnak. A fogászati rendelő adott, a személyzet kibővíthető a protokollnak megfelelően, ugyanakkor nem közvetlen kórházi fekvő háttérrel biztosítva, az OEP által kiadott befogadási előírásoknak nem tud megfelelni. Mindezek ismeretében, több tekintetben is beigazolódott harmadik hipotézisem.

Negyedik hipotézisem részben összefügg a harmadikkal, hiszen az OEP által történő befogadás egyik legfontosabb lépcsőfoka az anaesthesiás protokoll feltételeinek való megfelelés (VII sz. mell.).

Hipotézisemet csak részben igazoltam, mivel nem tudtam betekintést nyerni egyetemi ellátó helyek finanszírozásába, ugyanakkor végeztem a békéscsabai kontrolling osztály segítségével néhány számítást.

Az Anaesthesiológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium által készített szakmai protokoll a fogorvosi rendelőben végzett szedálásról a következő leggyakrabban alkalmazott módszereket sorakoztatta fel:

- szájon át alkalmazott gyógyszerek (tabletta, oldat)
- intramuscularis injectio
- intravénás injectio
- inhalációs módszer

„Az orális szedatívumot a fogorvos is elrendelheti. Köztudottan ezek a pharumaticumok azonban nem elegendőek a fogorvosi beavatkozások

kivitelezésére, hiszen a fogyatékkal élők csaknem 100%-a folyamatosan szed anxioliticus hatású szert. Intramuscularis szedatívum adása esetén a gyógyszer beadása és az azt követő felügyelet már anaesthesiológus orvos feladata. Intravénás és inhalációs szedálás esete feltételekhez kötött anaesthesiológus szakorvosi tevékenység.

A szedálási állapot mélysége szerint megkülönböztethető fokozatok:

- éber, kooperabilis, pl.: N₂O:O₂ belégzéses szedálás
- álmos, szomnolens- intravénás, párolgó inhalációs anaestheticumokkal végzett szedálás
- magára hagyva elalszik, de ébreszthető- már átmenet az általános érzéstelenítés felé, szakszerű légút biztosítást igényel (VIII. sz. mell.).

Intravénás és inhalációs szedálás feltételei:

- személyi: a beavatkozást végző fogorvostól független anaesthesiológus szakorvos közreműködése. Az intravénás/ inhalációs szedálást a beavatkozást végző orvos még akkor sem végezheti maga, ha egyébként ilyen irányú szakképesítéssel rendelkezik, hiszen neki a manuális tevékenységre kell összpontosítania a figyelmét. A 2. és 3. fokozatú szedálás esetén anaesthesiológus asszisztens jelenléte is szükséges.” (5)
- objektív feltételek anaesthesiológussal egyeztetve a teljesség igénye nélkül: könnyen hozzáférhető műtőasztal, vagy fekvő helyzetbe hozható fogorvosi szék, szabad légutak biztosításának eszközei, mesterséges lélegeztetés valamennyi eszköze, oxigén és nitrogén-oxidul palack, nagy teljesítményű szívó berendezés, véna behatolás és fenntartás eszközei, újraélesztés valamennyi fontos gyógyszere, anaesthesiológia legfontosabb gyógyszerei, monitorozás lehetőségei, telefon (segítség eléréséhez), defibrillációs táska, közeli- az ellátás helyszínén lévő- posztoperatív ébredő/ őrző

Összegezve tehát a tárgyi feltételek teljes egésze mellett a személyi feltételek a következők:

- anaesthesiológus szakorvos (mindhárom fokozat esetében)
- anaesthesiológus asszisztens (a 3. fokozat esetében)
- fogszakorvos
- fogorvosi asszisztens
- beteghordó
- a posztoperatív őrzőbe ápoló személyzet

Az anaesthesiológia protokoll által leírt éber, kooperábilis N₂O:O₂ belégzéses szedálást lehetne alkalmazni egy altatóorvos közreműködésével, a fogyatékkal élők mintegy 60-70%-ánál. A nitrogén-oxidul szedo-analgéziás kezelést már 1844-ben egészségügyi célra használták. Fogfájás csillapító hatását már 1798-ban egy fiatal angol tudós Humphrey Darty is bebizonyította. A nitrogén-oxidult Connecticutban használták először hivatalosan, majd Angliában.

Fogorvosi használatra Európába elsőként Franciaországba került egy készülék 1867-ben. Az USA-ban számtalan fogorvosi rendelőben használnak nitrogén-oxidul készüléket. A skandináv országokban 3-4 millió sikeres esetről készült már dokumentáció (3).

Magyarországon számos magán fogorvosi rendelőben használják a PORTER MXR szedo-analgéziás készüléket. Átlagosan 20-60.000 forintot kérnek el a bódításért. Mély altatás esetében a magánrendelőkben az ár átlagosan 90-150.000 forint. Erre még rászámolandó a fogászati kezelések ára, mely átlagosan tömésenként 12.000 ft. Nem beszélve az esetleges szájsebészeti beavatkozásokat, melyeknek összege magánrendelőkben bizony tetemes.

De miért fizessen ennyit egy fogyatékkal élő, mikor a fogmegtartó kezelések és a szájsebészeti beavatkozások is egyaránt OEP által finanszírozott, azaz ingyenes tevékenységek?

Egy 21 éves, általunk kezelt otthoni körülmények között gondozott fogyatékos férfi beteg esetével szemléltetem az esélyegyenlőség abszolút hiányát.

Státusza ma a következő képet mutatja: szájában 12 fog szuvas, de megmenthető állapotban van, 3 foggyökér, kizárólag az eltávolítás jöhet szóba. Meglévő fogai fogkövesek, ínygyulladása állandó.

A beteg oldaláról nézve, fogmegtartás esetén a leírt státusz alapján		
OEP által finanszírozott rendelő		Magánrendelő, átlagot számolva
- fogkő eltávolítás: ingyenes		10.000 forint
- szájnyálkahártya kezelés:		
	ingyenes	3.000 forint
- fogtömés:	ingyenes	12.000 forint /darab=144.000 forint
- fogeltávolítás feltárással:		
	ingyenes	15.000 forint/ darab=45.000 forint
- maszkos altatás : ingyenes		30.000 forint
- mély altatás : ingyenes		100.000 forint
Összesen :	ingyenes	bódítás esetén: 232.000 forint altatás esetén: 302.000 forint

A controlling osztály segítségével kiszámoltam, hogy mindez mennyibe kerülne az ellátás oldaláról. Mennyi lenne a költségráfordítás és mennyi lenne a bevétel, ha OEP által finanszírozott rendelőben lehetne elvégezni az ellátást.

Altatás nélkül:	
Bevétel	Kiadás
1 fog tömése átlagosan 1250 pont, 2,5-szeres szorzóval = 3125 forint tömésenként, tehát a 12 fog tömése 37.500 forint	Anyagköltség (controlling osztály számítása alapján) + rezsi órabér: kb. 14.000 forint
1 gyökér eltávolítása 1500 pont, 2,5-szeres szorzóval=3750 forint, tehát a 3 foggyökér eltávolítása 11.250 forint	Haszon! 34.750 forint
Összesen: 48.750 forint	

Mivel a fogászati alapellátás zárt kasszából van finanszírozva, ezért a lejelentett pontérték hónapról hónapra változik, de átlagosan 2,5x-es szorzóval számoltam. Nyári időszakban ez több, a tavaszi, őszi időszakban kevesebb.

Altatással, ahol <u>csak</u> a fogeltávolítás számolható el		
Altatási bevétel		Altatási kiadás
Szájsebészet 1 fog sculptioja esetén: 4600 forint	Anaesthesiológia 1 fog sculptioja esetén:10.979 forint	21.862 forint, melyből a kórházi műtő 20434 forintot jelentett. Tehát az altatási költség csupán kb. 1500 forint volt.
Összesen: 15.579 forint		

Tehát a deficit **6283** forint.

Mindez egy fog extractiójára lett kiszámolva. Jelen esetben egy altatással több fogat is el lehetne távolítani, quadránsenként. A controlling osztály egy foghúzást számolt ki, bevételi és kiadási oldalról, gondosan lebontva apró részletekre. Amennyiben egyszerre több fogat távolítanánk el, nyilván jelentősen növekedne az altatási költség is egyenesen arányosan.

Ugyanakkor látszik, hogy ha a teljes intravénás narkózis alatt nem fogeltávolítást végeztünk volna, hanem OEP által finanszírozott fogtömést, akkor mindez nem lenne deficitese, nem hagyva figyelmen kívül, hogy az altatási költség 90%-át a kórházi műtő használata emésztette fel: percenként 511 forintot.

Nem feledve, hogy mindez a TIVA, azaz a költséges altatási módszer, a szedo-analgéziás készülékhez nem kell műtő és nem kell anesthesiológus asszisztens. A készülék ára ma 1.5 millió forint (árajánlat: Szeged, Dóm-dent fogászati szaküzlet).

A Szegedi Fogászati és Szájsebészeti Klinika különvált az Arc-állcsont Sebészeti Klinikától, tehát pillanatnyilag nem rendelkezik fekvő háttérrel, mégis folyamatos az ellátás, mivel a regionális illetve a városi ÁNTSZ privilégiuma, hogy mindezek ellenére működési engedélyt adott a rendelőnek. Az OEP nem gördített akadályt a rendelés elé, a változások ellenére sem.

7. Javaslatok

A fogyatékos személyeket érintő döntések során tekintettel kell lenni arra, hogy ők is a társadalom és a helyi közösség egyenrangú tagjai, ezért meg kell teremteni nekik azokat a feltételeket, amelyek lehetővé teszik számukra a társadalmi életben való részvételt.

A tervezési, döntési folyamatok során kiemelten kell kezelni a fogyatékos személyek sajátos szükségleteit, és figyelemmel kell lenni arra, hogy a fogyatékos személyek a bárki által igénybe vehető lehetőségekkel csak különleges megoldások alkalmazása esetén élhetnek.

Az állam köteles gondoskodni a fogyatékos személyeket megillető jogok érvényesítéséről, hátrányaikat kompenzáló intézményrendszer működtetéséről.

A Központi Stomatológiai Intézet új vezetése megtette az első lépéseket a probléma megoldására.

A fogászati és szájsebészeti ellátási struktúra fejlesztése értelmi fogyatékosok számára két irányba lehetséges.

1. Az értelmi fogyatékosok fogászati és szájsebészeti ellátásának centralizálása
2. Az értelmi fogyatékosok fogászati és szájsebészeti ellátásának decentralizálása

Centralizálás esetén ki kell építeni azokat az ellátási centrumokat, ahol az értelmi fogyatékosok megfelelő ellátásban részesülnek. Ez a szakemberek, eszközök, és nem utolsó sorban az anyagi háttér biztosítását jelenti a kormányzati szervek részéről. A centrumok megyeszékhelyen történő elhelyezése lehetővé tenné az egyenlő hozzáférést.

Decentralizálás esetén a fogorvosi alapellátáshoz kellene asszociálni az értelmi fogyatékosok ellátását. Ez a megoldás sokkal kevésbé effektív, és lényegesen költségesebb is.

Az országos fogászati és szájsebészeti szakfelügyelet a centralizálás modelljét támogatja.

A jelenlegi helyzet a súlyos alulfinanszírozás miatt nem kezelhető. Az Emberi Erőforrások Minisztériumának prioritásai között nem szerepel a fenti probléma megoldása.

Összegezve mindez Békés megye tekintetében:

A békéscsabai Degré utcai intézményben már meglévő, ÁNTSZ által működési engedéllyel rendelkező, fogászati ellátást biztosítani tudó, tárgyi és személyi feltételekkel bíró fogorvosi rendelőbe, az altatási protokolláris tárgyi feltételeket kellene már csak beszerezni, akár pályázati, akár alapítványi, akár városi- megyei önkormányzati segítségével. Mindez körülbelül 2 millió forintot jelentene. Az ÁNTSZ által kiadott ágazati azonosító kóddal az altató orvos és asszisztens szerződése biztosítva lenne, mivel mindez az alapellátás speciális formája.

Ebben az esetben meg lehetne takarítani a kórházi műtő költségeit. A szedo-analgéziás készülékkel való bódítás után fél órával a páciens hazamehet, illetve komplikáció esetén a kórház 2-3 percre van az intézménytől.

Az altatási protokoll objektív feltételeinek jelentős része intézményi szinten már adott, beszerzése nem kerülne jelentős többlet költségbe.

Az OEP nyitott a befogadásra és a finanszírozásra. A városi és a regionális ÁNTSZ-hez számtalan felháborodott édesanya aláírása és panasztétele került már, a város és megye támogatásáról biztosította a feleket, mégsem történik semmi!

De akkor hol a hiba? A fogyatékosok ellátásának témája 10 éve foglalkoztat, dolgozatomat 3 éven át készítettem, folyamatosan napra kész voltam a témában.

Sajnos soha, egy percig sem jutott eszembe az, hogy mire elvégzem a kutatásomat és formába öntöm mindezt, megoldás születik a problémára. Bár így lett volna.

Dolgozatom eredményeinek birtokában úgy érzem nagyon tanulságos a közmondás:

„Sok baba közt elvész a gyerek”

7. Összefoglalás

A WHO becslése alapján a világ népességének csaknem 10%-a szenved valamilyen fogyatékoságban. A 2001-es utolsó nyilvánosságra hozott népszámlálási adatok szerint 577.000 fogyatékos ember él Magyarországon, a népesség 5,7%-a. Miután a fogyatékkal élő emberek az őket mindenki mással egyformán megillető jogaikkal fogyatékoságuknál fogva kevésbé tudnak élni, indokolt lenne, hogy némi előnyben részesüljenek. Mindez azt jelentené, hogy a többségi társadalom tagjaival azonos mennyiségben és azonos minőségben tudják igénybe venni például az egészségügyi szolgáltatásokat. De vajon mi történik, ha egy értelmi fogyatékos embernek fogászati ellátásra lenne szüksége?

A közép súlyos és súlyos mentális sérültek fogászati ellátása hazánkban szinte teljes egészében megoldatlan. Magyarországon 13 megyében nincs altatással ellátott helyreállító fogászat a fogyatékosok számára. Ez az ellátási forma a fogászati alapellátás speciális részét képezi. Ehhez azonban különleges feltételek szükségesek, melyek tartalmazzák a jól képzett szakmai munkaerőt és az altatáshoz és fogászati ellátáshoz szükséges berendezéseket.

Dolgozatomban kutatom, hogy ennek szakmai, illetve személyi feltételeinek létrehozása milyen akadályokba ütközik, következésképpen az esélyegyenlőség mely okok miatt sérül már a kezdetekben.

Módszerek:

Dolgozatom elkészítésénél a következő módszereket alkalmaztam:

- Kérdőíves felmérést végeztem a békéscsabai Szociális Gyermekvédelmi, Rehabilitációs és Módszertani Központban, illetve az otthon gondozott, fogyatékkal élők között. A kérdőívet hozzátartozók és gondozók töltötték ki. A kérdőív 25 kérdést tartalmazott, kitöltése anonim módon történt. Kérdéseim kiterjedtek a fogmosási szokásokra, fennálló fogászati panaszok felmérésére, speciális igények felmérésére. 120 db. kérdőívet osztottam ki, melyből 98-at kaptam vissza, ebből 98 volt értékelhető, ezt tekintettem 100%-nak. Az eredményeket grafikus megjelenítéssel szemléltettem, táblázatokban, kör és oszlop diagramokban a Word Excel segítségével.
- Kórlapanalízist végeztem a békéscsabai Réthy Pál Kórház és Rendelőintézet szájsebészeti ambulanciáján a controlling osztály segítségével, illetve a békéscsabai Szociális Gyermekvédelmi Rehabilitációs és Módszertani Központban dolgozó Dr. Scherer Andrea fogorvos segítségével. Az ápoló és gondozó otthonban, 115 gondozott bentlakásos ápolat, 37 fő bejárás foglalkoztatott. Összesen 152 fő középsúlyos, súlyos, vagy halmozottan sérült egyén. Az intézmény által saját költségből finanszírozott (orvosi, asszisztensi munkabér, anyagköltség, eszköz) fogszakorvos doktornőhöz évente egyszer jutnak el a gondozottak, több-kevesebb sikerrel. Dokumentációjukat, státusfelvételüket tanulmányoztam át gondosan, összehasonlítva a 2000-es, 2005-ös és 2010-es fogazati állapotukat.
- Interjút készítettem a Szegedi Fog-és Szájsebészeti Klinika adjunktus asszonyával, Dr. László Kókai Erzsébettel, aki a Csongrád megyei fogyatékkal élők konzerváló és szájsebészeti ellátását végzi el a területileg illetékesen odatartozó betegek körében.

- Tekintettel arra, hogy munkám során nagyon sok speciális fogászati, orvosi kifejezést használtam, VI. számú mellékletként dolgozatom végén megjelenítettem a magyar megfelelőit is.

Eredmények a hipotéziseimnek megfelelően:

Az otthoni környezetben, családban élő fogyatékkal bíróknak a fogazata kevésbé elhanyagolt, mint az intézményben élőknek. Mindezt jól mutatja a békéscsabai Szociális Gyermekvédelmi Rehabilitációs és Módszertani Központ gondozottjai körében végzett kórlap analízisem, mely során a 2000, 2005, 2010 évben ugyanazon betegek fogorvos által felvett fogászati státuszát hasonlítottam össze 25 bejárós, otthon ápolt napközi otthonos, illetve 25 állandó lakosú enyhe, középsúlyos és súlyos, halmozottan sérült gondozottéval. A gingivitis 100%-ban volt jelen mindenkinél, melynek oka a nem megfelelő fogmosási technika. A fogakon illetve a fogközökben, a felületesen tisztított helyeken ételmaradék, lepedék marad, plakk képződik, mely tökéletes táptalaj a gyulladást okozó baktériumoknak.

Kérdőíves felmérésem során tökéletesen láthatóvá vált, hogy a családban élőknek, akár a fogmosás számának gyakorisága, akár a fogmosás időtartama is lényegesen jobb, mint az otthonban élő társaiknak. Míg nekik a család, az otthoni légkör lehetővé teszi, hogy akár mennyiségben, akár minőségben is, időkorláttól függetlenül tudja biztosítani a szájápolást, addig az intézetben gondozottak körében erre naponta csak egyszer kerül sor, és pár perc van rá betegenként. Az első hipotézisem beigazolódott.

Az elmúlt 10-12 évben az ellátási forma nem változott, így a fogyatékkal élők fogazata nagymértékű romlást mutatott. Kórlap analízisem bebizonyította, hogy a 2000-ben, 2005-ben és 2010-ben fogszakorvosi vizsgálattal felvett státuszban ugyanazon szájbán jelentős állapotromlás figyelhető meg. Az ínygyulladás 100%-ban volt jelen, még a caries és a betört foggyökér az intézeti ápoltak körében esetszám tekintetében magas volt, tehát alig volt olyan beteg, akinek ne lett volna caries és radix a szájában, ugyanakkor számszerűség vonatkozásában szinte megduplázódott, tehát ugyanazon szájbán 2000-hez és 2005-höz képest is dupla annyi

fogszuvasodás volt fellelhető. Radix tekintetében 25%-os állapotromlás mutatkozott.

Az otthon gondozottaknál mindez lassúbb folyamat, ugyanakkor egyenes következménynek látszik, hiszen 30%-os állapotromlás mutatkozott a caries tekintetében és csaknem 30%-os esetszám növekedés figyelhető meg a radix esetében is. A státusz felvételen jól látszik, hogy a 2000-ben még caries superficialisként feltérképezett fog 2005-ben már caries profunda lett, 2010-re pedig már az ellátás hiányában radixá vált. 2000-ben egy kicsi tömással ellátható lett volna a fog, 2005-ben gyökérkezelést és gyökértömést igényelt volna, míg 2010-re extrahálандó foggyökérré romlott. A második hipotézisem is beigazolódott.

Harmadik hipotézisem több eredményben is igazolódni látszik, hiszen interjúm során is fény derült, illetve a kérdőíves válaszok alapján is egyértelműen látszott, hogy igény van az altatásos fogászati ellátásra. A szegedi klinika 2-3 hetes előjegyzése is azt bizonyítja, hogy az ellátás folyamatos, holott „csak” a Csongrád megyében élő fogyatékos személyeket látják el, gondosan betartva a megye határokat. A kérdőíves vizsgálatom szerint a megkérdezettek 95%-a igénybe venné ezen szakellátást.

Negyedik hipotézisem részben összefügg a harmadikkal, hiszen az OEP által történő befogadás egyik legfontosabb lépcsőfoka az anaesthesiás protokoll feltételeinek való megfelelés. Hipotézisemet csak részben igazoltam, mivel nem tudtam betekintést nyerni egyetemi ellátó helyek finanszírozásába, ugyanakkor végeztem a békéscsabai kontrolling osztály segítségével néhány számítást.

Egy 21 éves, általunk kezelt, otthoni körülmények között gondozott fogyatékos férfi beteg esetével szemléltetem az esélyegyenlőség abszolút hiányát.

Státusza ma a következő képet mutatja: szájában 12 fog szuvas, de megmenthető állapotban van, 3 foggyökér, kizárólag az eltávolítás jöhet szóba. Meglévő fogai fogkövesek, ínygyulladás állandó.

A beteg oldaláról nézve, fogmegtartás esetén		
OEP által finanszírozott rendelő		Magánrendelő, átlagot számolva
- fogkő eltávolítás:	ingyenes	10.000 forint
- szájnyálkahártya kezelés:		
	ingyenes	3.000 forint
- fogtömés:	ingyenes	12.000 forint /darab=144.000. -
- fogeltávolítás		
	feltárással: ingyenes	15.000 forint/ darab=45.000. -
- maszkos altatás	: ingyenes	30.000 forint
- mély altatás	: ingyenes	100.000 forint
Összesen :	ingyenes	bódítás esetén: 232.000 forint altatás esetén: 302.000 forint

A controlling osztály segítségével kiszámoltam, hogy mindez mennyibe kerülne az orvosi oldalról. Mennyi lenne a költségráfordítás és mennyi lenne a bevétel, ha OEP által finanszírozott rendelőben lehetne elvégezni az ellátást.

Altatás nélkül:	
Bevétel	Kiadás
1 fog tömése átlagosan 1250 pont, 2,5-szeres szorzóval = 3125 forint tömésenként, tehát a 12 fog tömése 37.500 forint	Anyagköltség (controlling osztály számítása alapján) + rezsi órabér: kb. 14.000 forint
1 gyökér eltávolítása 1500 pont, 2,5-szeres szorzóval=3750 forint, tehát a 3 foggyökér eltávolítása 11.250 forint	Haszon! 34.750 forint
Összesen: 48.750 forint	

Mivel a fogászati alapellátás zárt kasszából van finanszírozva, ezért a lejelentett pontérték hónapról hónapra változik, de átlagosan 2,5-es szorzóval számoltam. Nyári időszakban ez több, a tavaszi, őszi időszakban kevesebb.

Altatással, ahol csak a fogeltávolítás számolható el		
Altatási bevétel		Altatási kiadás
Szájsebészet	Anaesthesiológia	21.862 forint, melyből a kórházi műtő 20434 forintot jelentett. Tehát az altatási költség csupán kb. 1500 forint volt.
1 fog extractiója esetén: 4600 forint	1 fog extractiója esetén:10.979 forint	
Összesen: 15.579 forint		

Tehát a deficit **6283** forint.

Mindez egy fog extractiójára lett kiszámolva. Jelen esetben egy altatással több fogat is el lehetne távolítani, quadránsenként. A controlling osztály egy foghúzást számolt ki, bevételi és kiadási oldalról, gondosan lebontva apró

részletekre. Amennyiben egyszerre több fogat távolítanánk el, nyilván jelentősen növekedne az altatási költség is egyenesen arányosan.

Ugyanakkor látszik, hogy ha a teljes intravénás narkózis alatt nem fogeltávolítást végeztünk volna, hanem OEP által finanszírozott fogtömést, akkor mindez nem lenne deficitese, nem hagyva figyelmen kívül, hogy az altatási költség 90%-át a kórházi műtő használata emésztette fel: percenként 511 forintot.

Nem feledve, hogy mindez a TIVA, azaz a költséges altatási módszer, a szedo-analgéziás készülékhez nem kell műtő és nem kell anesthesiológus asszisztens. A készülék ára ma 1.5 millió forint (árajánlat: Szeged, Dóm-dent fogászati szaküzlet).

A Szegedi Fogászati és Szájsebészeti Klinika különvált az Arc-állcsont Sebészeti Klinikától, tehát pillanatnyilag nem rendelkezik fekvő háttérrel, mégis folyamatos az ellátás, mivel a regionális illetve a városi ÁNTSZ privilégiuma, hogy mindezek ellenére működési engedélyt adott a rendelőnek. Az OEP nem gördített akadályt a rendelés elé, a változások ellenére sem.

Dolgozatomat az alábbi gondolattal zárnám:

***„ A jó szándék kevés!
Több kell: az értelem!
Mit ér a hűvös ész?
Több kell: az érzelem!”***

Váci Mihály

8. Irodalmi jegyzék

1. Bánfalvi K., Újvári Á.: Rizikótényezők a szájüregi daganatok kialakulásában. Magyar Fogorvos, 3. 168-169.oldal, 2001.
2. Bánóczy J.: A szájüregi daganatok problematikája, epidemiológiája. Magyar Fogorvos, Különszám 4-6.oldal, 2002.
3. Dental Hírek- VI.évfolyam 6.szám: Félelem- és szorongásmentes fogászati kezelés www.dentalpresshungary.hu
4. Dézsi Betti: Tanulmányok az Országos Fogyatékosügyi Portálhoz, 2004.
www.meosz.hu/doc/, www.meosz.hu/diszkr/doc/kiegeszitoanyag1.doc
5. Divinyi T.: Sedoanalgéria a fogászati és szájsebészeti érzéstelenítésben.
In.: Szabó Gy.: Szájsebészeti, maxillofaciális sebészet, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2004.
6. Dr. Hatos Gyula, Kisgyörgyné Cziráki Andrea, Dr. Stollár János:
Fogyatékosok szociális ellátása, rehabilitációja
Segédanyag a szociális szakvizsgához, Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet, Budapest, 41.oldal, 2004.
7. Dr. Jámbor Balázs: Gyógypedagógiai egészségtan, Comenius Bt. Pécs, 29-34. oldal, 1998.
8. Illés Sándor: A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai
(In.: Dr. Illyés Sándor szerk.: Gyógypedagógiai alapismeretek, ELTE Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 25-27. oldal, 2000.)
9. Kálmán Zsófia, Könczei György: A taigetosztól az esélyegyenlőségig, Osiris Kiadó, 31. oldal, 2002.
10. Kováts András, Tausz Katalin (szerk.): Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről, Szociális Szakmai Szövetség, Budapest, 8-9.oldal, 1997.

11. Nagy J.: Orvosi latin szógyűjtemény, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1998.
12. Német K. és tsai.: Magyarországon és az Amerikai Egyesült Államokban
Működő szervezett daganatszűrő programok ajánlásai. Nővér, 5.
28-37. oldal, 2005.
13. Stollár János: A fogyatékosok, különösen az értelmi fogyatékosok
Társadalmi beilleszkedési lehetőségei, MTA Szociológiai Kutató
Intézet,
Szociálpolitikai értesítő, 137-138. oldal, 1985.
14. Termer K.: Stomatológia, Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 1993.
15. 1998. évi XXVI. törvény 4.§.a. bekezdés www.netjogtar.hu,
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026.TV
16. 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és
esélyegyenlőségük biztosításáról az egészségügyben 12.§. 2. bekezdés
net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026,
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800026.TV
17. 2003. évi CXXV. törvény (Ebkvt.) alkotmányban foglalt 54.§.(I)
bekezdés www.meosz.hu,
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300125.TV
18. 2003. évi CXXV. törvény (Ebkvt.) alkotmányban foglalt 70/ A §(I)
bekezdés www.meosz.hu,
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0300125.TV
19. http://www.szmm.gov.hu/doc/upload/200608/ofp_konnyen_ertheto_valtozata.pdf

9. Mellékletek

I. számú melléklet

Tisztelt Szülő/ Gondozó!

Győri Zsuzsanna vagyok, a Szent István Egyetem Gazdasági, Agrár- és Egészségtudományi Kar III. éves hallgatója. Szeretném segítségét kérni dolgozatom megírásához.

Téma: A fogyatékkal élők fogászati és szájsebészeti ellátása ma Magyarországon.

A kérdőív kitöltésével engedélyt ad az adatok feldolgozására, az anonimitás megtartása mellett. A kérdőívet névtelenül kérem visszaadni, így is védve a személyiségi jogokat. Vállalom a teljes titoktartási kötelezettséget illetve az adatok bizalmas kezelését.

A kérdőív kitöltésekor ott, ahol választhat a válaszok közül, az üres négyzetekbe „x”-et tegyen, a kipontozott részre kérem, írja le saját véleményét.

Előre is köszönöm, hogy a kérdőív kitöltésével segítséget nyújt dolgozatom megírásához.

Tisztelettel: Győri Zsuzsanna

Kérdőív

1. Életkora:.....év
2. Neme:
☐ Férfi ☐ Nő
3. Hol lakik?
☐ Város
☐ Falu
4. Válassza ki, hogy az alábbi felsorolás közül az Ön gyermeke, gondozottja életvitelszerűen hol él!
☐ Otthoni körülmények között
☐ Intézeti gondozott

☐ Napközi otthonos intézet
5. Milyen gyakran mos fogat?

☐ Naponta 1x

☐ Naponta 2x- 3x

☐ Nem mos fogat

☐ Egyéb
6. Önállóan mos fogat?

☐ Igen

☐ Nem
8. Milyen gyakran cseréli fogkefáját?

☐ Havonta

☐ 3 havonta

☐ Félévente

☐ Még ritkábban

8. Használ-e egyéb eszközöket is?

☐ Igen

☐ Nem

9. Ha igen, mit?

☐ Fogselyem

☐ Szájvíz

☐ Szájzuhany

☐ Elektromos fogkefe

☐ Egyéb

10. Milyen időközönként ellenőrzik fogait?

☐ Havonta

☐ Félévente

☐ Évente

☐ Panasz esetén

11. Mennyi idő jut szájapolásra egy nap?

☐ Pár perc

☐ Amennyit a gondozott igényel

☐ Nem jut rá idő naponta

12. Jelenleg vannak-e szájüregi panaszai?

☐ Igen

☐ Nem

13. Ha igen, mi?

☐ Fájdalom

☐ Vérzés

☐ Duzzanat

☐ Lapedék

☐ Fogszuvasodás

☐ Szájszag

14. Mióta vannak panaszai?

☐ Néhány napja

☐ Néhány hete

☐ Néhány hónapja

☐ Évek óta

15. Panasz esetén bármely orvos vállalja-e a kezelést?

☐ Igen

☐ Nem

16. Ha nem, hova tud fordulni megyén belül?

- ☐ Kórházba
- ☐ Sehova
- ☐ Nem tudom

17. A speciális fogmegtartó kezelés kórházi ellátása biztosított?

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Nem tudom
- ☐ Csak foghúzás esetén

18. Kooperál-e az orvossal?

- ☐ Igen
- ☐ Nem
- ☐ Részben

19. Ha igen, kivitelezhető-e egy esetleges beavatkozás is?

- ☐ Könnyen
- ☐ Nehezen
- ☐ Segítséggel (gondozó, családtag)
- ☐ Nem

20. Ha igen, mindez időben mennyit vesz igénybe?

☐ Átlagos időráfordítás

☐ Fél óra

☐ Óra

☐ Órák hossza

21. Kezelés előtt igényel-e speciális felkészülést?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Nem tudom

22. Ha igen, mit?

☐ Szedatívumot

☐ Beszélgetést

☐ Egyéb

23. Egyetértene-e azzal, hogy a beavatkozást altatásban végezzék el?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Mindegy

24. Egyetértene-e azzal, hogy regionális ellátó központokat létesítsenek?

☐ Igen

☐ Nem

☐ Mindegy

25. Ha van észrevétele, esetleges valamilyen javaslata, hozzászólni valója a felmérő kérdéseivel, vagy a témával kapcsolatban, kérem a kipontozott vonalra írja le.

.....

.....

.....

.....

.....

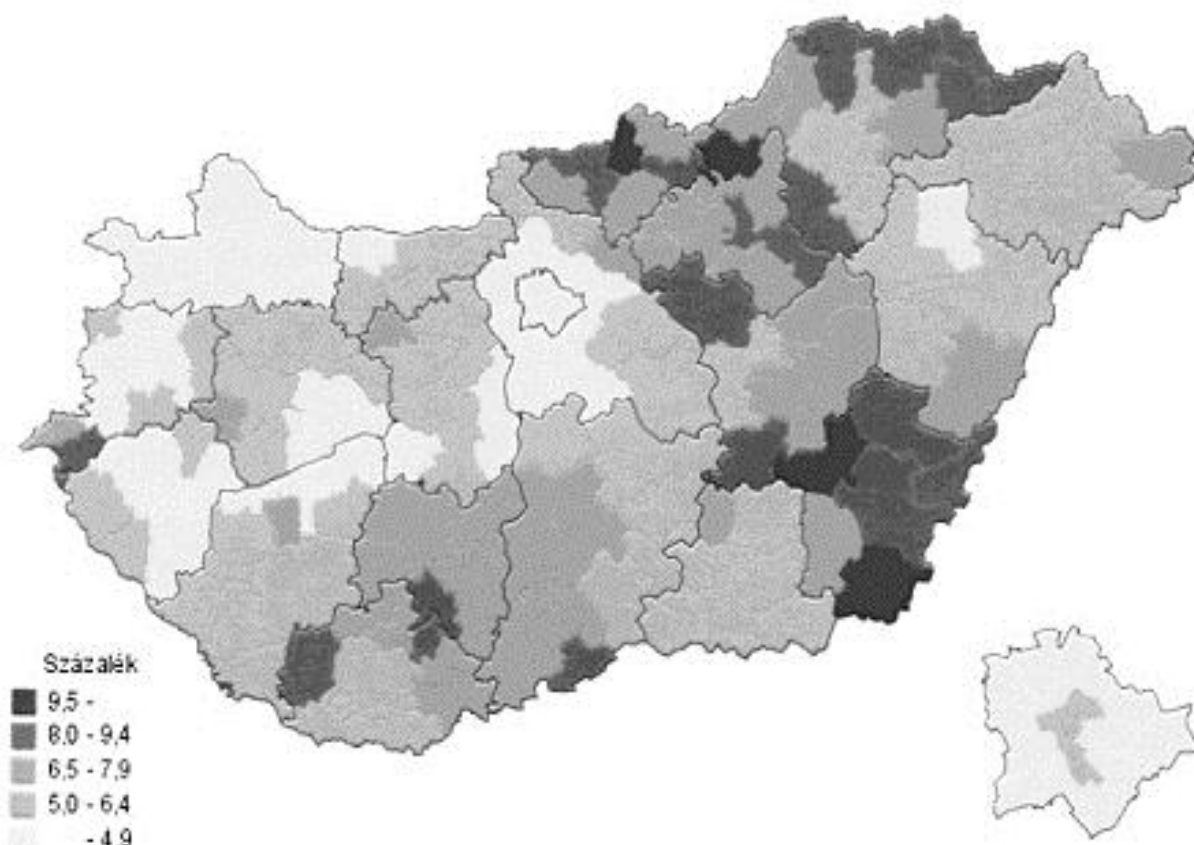
.....

Közreműködését tisztelettel köszönöm!

Győri Zsuzsanna

II. számú melléklet

A fogyatékos személyek aránya a népesség százalékában



III. számú melléklet







IV. számú melléklet

Dr. Simon- Fiala János
Megyei Szakfelügyelő Főorvos
Békéscsaba
Réthy Pál Kórház - Rendelőintézet
Szájsebészeti Osztály
Gyulai u. 18. sz.
5600
Tel.: 66/441-411

Doc. Dr. Kivovics Péter

Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelő Főorvos

Tervezet: Értelmi fogyatékosok fogászati ellátása

Magyarországon körülbelül 577.ezer fogyatékos él, ebből kb. 200.ezer értelmi fogyatékos, 0,8 % értelmileg akadályozott és/vagy halmozottan sérült. A halmozottan sérülteknél az értelmi fogyatékosokhoz gyakran más betegség is társul (hallás, látás károsodás, mozgás sérülés). Ők az együttműködésre képtelenek, kb. 16.ezer személy, ennek 25 %-a Budapesten él. Ők azok, akiket speciális személyi és tárgyi felkészültséggel és altatási lehetőséggel bíró rendelőben lehet ellátni. **A narkózisban történő fogászati ellátás a fogorvosi alapellátás körébe tartozik, annak speciális formája.** Az altatásban történő ellátás nem csak a fogyatékosok számára létfontosságú, de a családnak és a gondozóknak is az.

Az értelmi fogyatékos gyermekek, de méginkább a felnőttek fogászati ellátása szinte teljesen megoldatlan Magyarországon. A legtöbb esetben szájsebészeti osztályokon narkózisban csak fogeltávolításokat végeznek. Speciális fogorvosi rendelők, méginkább regionális központok kialakítása hiánypótló feladat lenne.

A fogyatékosoknak biztosítani kell: az egészségügyi ellátása során az állapota javításához, az állapotromlása megelőzéséhez szükséges rendszeres és hatékony egészségügyi ellátást, a speciális szaktudást, valamint gondoskodni kell az ehhez szükséges képzés és továbbképzés feltételeiről.

Cél: A fogyatékos rehabilitációja, a társadalomba való beilleszkedése, továbbá ne erősítse betegség tudatát!

A kormány a rehabilitációhoz kapcsolódó feladatok ellátására hozta létre a Fogyatékosok Esélye Közalapítványt. (1066 Budapest, Mozsár u. 14.)

1999. január 19-én alakult meg az Országos Fogyatékosügyi Tanács.

A finanszírozási változások miatt a progresszivitási szint magasabb fokán lévő orvostudományi egyetemek, (pl. Szeged), más megyékből nem tudják a fogyatékkal élők ellátását vállalni.

Én regionális központok (lsd. ÁNTSZ) létrehozásában látom a probléma megoldását, azonban az eü.pénztárak megye szinten szervezettek, így ez a feladat jelenleg a megyékre hárul.

1. A fogyatékkal élők fogorvosi ellátása megyei feladat, melyre heti 30+15 óra engedélyezett. Ez az ellátási forma nem a szájsebészeti ellátás keretébe tartozik.
2. javasolom a kapcsolat felvétel a megyei önkormányzatok eü.bizottságainak elnökeivel és a megyei kórházak vezetésével a teendők megbeszéléséről.

- A megyei szakfelügyelőnek csak ajánlási és javaslattételi joga van.** Amennyiben a fent említett feltételek rendelkezésre állnak, a fogyatékkal élőkkel megillető esélyegyenlőség elve nem sérülne, és így az Európai uniós direktíváknak megfelelő ellátásban részesülhetnek.

59

V. számú melléklet

A SZOCIÁLIS INTÉZMÉNYEGYSÉG MUNKÁJÁNAK BEMUTATÁSA

A Békés Megyei Szociális, Gyermekvédelmi, Rehabilitációs és Módszertani Központ Szociális Intézményegységének jogelődje, a Fogyatékosok Ápoló-Gondozó Otthona 1978-ban létesült, egyetlen intézményként Békés megyében, amely a kiskorú fogyatékosok bentlakásos ellátására szakosodott. Napjainkban a *szociális intézményegység* vegyes profilú intézményként többféle ellátási forma megszervezését biztosítja **235 sérült gyermek és fiatal** számára. Azon közép súlyos vagy súlyos mértékben akadályozott, vagy más fogyatékoságban szenvedő személyek ellátásával foglalkozik, akiknek oktatása, képzése, foglalkoztatása, valamint gondozása csak intézményi keretek között oldható meg. Számukra biztosítja az ápolást, gondozást, rehabilitációs, rehabilitációs ellátást, szociális és szabadidős foglalkoztatást, hét szakmai területen.

Az intézmény alapszemléletét a barátságos környezetben való családias ellátás jellemzi. Minden ellátott, a számára legmegfelelőbb fejlesztéseken vehet részt. A szociális intézményegység szolgáltatásaival, speciális terápiák alkalmazásával a mindenoldalú fejlődést szolgálja.

AZ INTÉZMÉNY ELLÁTÁSI TÍPUSAINAK BEMUTATÁSA

A.) Személyes gondoskodás körébe tartozó szakosított ellátások

I.) Ápoló - gondozó otthoni részleg, négy gondozási egységből áll:

1. **"B" osztály: 42 férőhelyen** történik a gondozás a súlyosan, halmozottan sérült, életkoruk vagy sérülésük miatt járni nem tudó fekvő, vagy tolószékkal, segédeszközzel közlekedő lakóknak.
2. **"C"osztály: 44 férőhelyen** önállóan vagy kis segítséggel járni tudó fiúk kerülnek elhelyezésre.
3. **"D" osztály: 44 férőhelyen** járni tudó lányok, külön elhelyezéssel fekvő, kerekesszékekkel, vagy más segédeszközzel közlekedő, valamint járni éppen megtanult gyermekek ellátása történik.
4. **"E" osztály: 16 férőhelyen** a nagyobb önállósággal rendelkező 18 éven felüli fiatalok számára biztosítunk ellátást.

II.) A rehabilitációs részleg és lakóotthonok 3 típusú ellátást biztosít:

1. **Rehabilitációs részleg, 13 férőhelyen** az önálló életvezetési képességek kialakítását illetve helyreállítását szolgáló ellátás történik. Önálló és cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt álló, önállóan, vagy segédeszközzel önállóan közlekedő, rehabilitációra alkalmas fiatalokat lát el.
2. **Rehabilitációs célú lakóotthon: 12 fő felnőtt fogyatékos személyt** befogadó intézmény, amely az ellátást igénybevevők részére, életkoruknak, egészségi állapotuknak, és önállóságuk mértékének megfelelő ellátást, szükség szerint étkezést, mentális gondozást, az önálló életvitelhez szükséges feltételeket, illetve felkészítést biztosít.

3. Ápoló-gondozó célú lakóotthon: Az ápoló, gondozó célú lakóotthonban **12 férőhelyen** olyan értelmi sérült fiatal kerül elhelyezésre, akik önellátásra részben képesek, és tartós ápolást nem igényelnek.

B.) Személyes gondoskodás körébe tartozó szociális alapszolgáltatás

I.) Fogyatékosok nappali ellátása

Nappali ellátási részleg: 40 férőhelyen az otthonukban élő fogyatékos személyek részére biztosít lehetőséget nappali tartózkodásra, étkezésre, társas kapcsolatokra, alapvető higiéniai szükségletek kielégítésére, napközbeni gondozásra, nevelésre, foglalkoztatásra három éves kortól.

VI. számú melléklet

Rubeola- rózsahimlő

Varicella- bárányhimlő

Impairment- károsodás

Disability- fogyatékoság

Handicap- hátrány

Anaesthesiológia- érzéstelenítéssel és érzéstelenítő szerekkel foglalkozó tudományág

Caries- szuvasodás

Gingivitis- fogínygyulladás

Radix- gyökér

Kooperál- együttműködik

Státusz- állapot, helyzet

Analízis- elemzés

Extractio- foghúzás

Intramuscularis- izom közé vagy izomba adott

Intravénás- gyűjtőérbe történő

Inhalációs- belégzéssel, belélegeztetéssel

Orális- szájon át történő

Szedatívum- nyugtatószer, csillapítószer

Szomnolens- aluszékony

Manuális- kézi

Postoperatív- műtét utáni

TIVA- teljes intravénás anaesthesia

Caries superficialis- felületi fogszuvasodás

Caries profunda- mélyre menő fogszuvasodás

VII. számú melléklet

Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja
A fogorvosi rendelőben végzett szedálás

Készítette: Az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium

I. Alapvető megfontolások

II. Diagnózis

A szedálás célja, indikációja: anxiolízis a fogászati kezelés előtt és alatt.

Különösen indokolt olyan esetekben, amikor a beteg erősen szorong, vagy a beavatkozás hosszú, és az átlagosnál nagyobb megterheléssel jár, illetve ha a szorongás, félelem vegetatív következményei (tachycardia, vérnyomásemelkedés, stb.) az adott beteg esetében kockázati tényezőként jönnek szóba.

Utóbbi csoportba tartozhatnak pl. az ischaemiás szívbeteg, hypertóniások, hyperthyreosisban szenvedők. Dönthetünk szedálás alkalmazása mellett fenti indikáció hiányában is a beteg kifejezett kérésére. Lehet a szedálás javallata a beteg korlátozott kooperációs képessége, tűrőképessége, szellemi fogyatékoság is.

A szedálás szükségességének megállapítása az anamnézis felvételét, a beavatkozásra vonatkozó felvilágosítást követően, a fogorvos és a beteg párbeszéde alapján történhet, intravénás és inhalációs módszer alkalmazása esetén az aneszteziológus egyetértése szükséges.

III. Kezelés

A szedálás leggyakrabban alkalmazott módszerei:

- *Szájon át* alkalmazott gyógyszerekkel (tabletta, oldat)
- *Intramuskuláris* injekcióval
- *Intravénás* injekcióval
- *Inhalációs* úton

Az orális szedatívumokat a fogorvos is elrendelheti.

Amennyiben a beteg folyamatosan szed anxiolitikus hatású szert, legcélszerűbb a szokásos gyógyszerelés folytatása.

A gyógyszer bevétele ideális esetben felnőtteknél egy órával, gyermekeknél legalább fél órával a beavatkozás előtt történjen.

Az erre alkalmas gyógyszerek többsége a *benzodiazepinek* csoportjába tartozik.

Pl.: *midazolam* tabletta – adagja felnőttek számára 7,5 (-15) mg,

gyermekek közül a jó állapotú, 25 kg testsúly feletti, egészséges páciensek ugyancsak 7,5 mg-ot kaphatnak. Kisebb gyermekeknek is adható *midazolam*, esetleg fájdalomcsillapító hatású *paracetamol* szirupban. (A *midazolam* adagja 0,3-0,4 mg/testsúly KG, a *paracetamolé* 12 mg testsúly KG-ként.)

Ellenjavallatot képez a myasthenia gravis, súlyos légzési zavarok és organikus agyi károsodások megléte, valamint alkohol abusus (hatásfokozódás, kiszámíthatatlan hatás jelentkezhet!). Terhesség első három hónapjában a benzodiazepinek adása lehetőleg kerülendő.

Megjegyzés: Idős betegek *benzodiazepinek* iránti érzékenysége nagy, 65 év felett az adag feltétlenül csökkentendő, vagy teljesen el kell tekinteni a szedatívum adásától.

Mindig számítanunk kell arra, hogy az erősebb szedáció gátlások felszabadítása révén az egyébként fegyelmezett gyermekekben vagy idős betegekben paradox reakciót, nyugtalanságot válthat ki!

Az *alprazolam* (0,25-0,5 mg) és a *diazepam* (5 mg tabletta) hosszabb hatásúak, ám ezek is eredményesen adhatók fogászati beavatkozások előtt.

A szedatívumot kapott beteg autót nem vezethet, lehetőleg kísérelével bocsássuk el!

Intramuskuláris szedatívumot felnőttek esetében nem szoktunk adni, gyermekeknél szóba jöhet *ketamin* (esetleg *ketamin* és *midazolam*) adása, azonban mind az indikáció megállapítása, mind a gyógyszer beadása és a beteg ezt követő felügyelete aneszteziológus orvos feladata!

Az intravénás és inhalációs szedálás a továbbiakban részletezett feltételekhez kötött **aneszteziológus szakorvosi tevékenység.**

A szedáltsági állapot mélysége szerint megkülönböztethető fokozatok:

1. Éber, kooperabilis – pl. $N_2O:O_2$ belégzéses szedálás
2. Álmos, szomnolens – intravénás, párolgó inhalációs anesztetikumokkal végzett szedálás
3. Magára hagyva elalszik, de ébreszthető - már átmenet az általános érzéstelenítés felé, szakszerű légútbiztosítást igényel!

Az intravénás és inhalációs szedálás feltételei

A szubjektív feltétel:

- A beavatkozást végző fogorvostól független aneszteziológus szakorvos közreműködése. (Az intravénás/inhalációs szedálást a beavatkozást végző orvos még akkor sem végezheti maga, ha egyébként ilyen irányú szakképesítéssel rendelkezik, hiszen neki a manuális tevékenységre kell összpontosítania figyelmét!)
- 2. és 3. fokozatú szedálás esetén aneszteziológus asszisztens jelenléte is szükséges.

Az objektív feltételek (a szedálást végző aneszteziológussal egyeztetve):

- Könnyen hozzáférhető műtőasztal, vagy szükség esetén fekvő helyzetbe hozható fogorvosi szék
- Szabad *légutak* biztosításának eszközei („Guedel pipa”, *laringeális maszk*, intratracheális tubusok különböző méretben, laringoszkóp, egyéb szükséges kellékek.)
- A mesterséges lélegeztetés valamennyi szükséges eszköze (különböző méretű arcmaszkok, oxigénpalack + reduktor, légzőcsövek, Ambu típusú lélegeztető ballon, csatlakozók, tartozékok – működőképes állapotban!) 2. és 3. fokozatú szedálás esetén altatógép is szükséges.
- Nitrogénoxidul-oxigén belégzéssel végzett inhalációs módszer esetén ezenkívül: megfelelő, hitelesített adagolóval ellátott oxigén és nitrogénoxidul palack, cserepalackok, speciális légzőkör és orrmaszk, gáz-elszívó rendszer
- Nagy teljesítményű szívórendszer csatlakozókkal (szájüreg, légutak leszívására)
- Intravénás behatolás és a véna fenntartásának eszközei (tűk, fecskendők, szerelékek, rögzítési lehetőség, stb.)
- A sürgősségi betegellátás és újraélesztés valamennyi fontos gyógyszere. (A gyógyszerek lejáratát idejének ellenőrzése és cseréje rendszeresen történjen.)
- Az anesztézia legfontosabb gyógyszerei – az aneszteziológussal egyeztetett lista alapján (pl. *midazolam*, *fentanyl* vagy egyéb opioid, *propofol*, *ketamine*, antidotumok, stb.)
- Monitorozási lehetőség: pulzoximéter, fonendoszkóp, vérnyomásmérő.

- Telefon, gyors szaksegítség elérhetősége, szükség esetén gyorsan elérhető elektromos defibrillálási lehetőség (mentőszolgálat?). A párolgó inhalációs anesztetikummal történő és az intravénás szedálás defibrillátor meglétéhez kötött!
- A kezelés és altatás helyszínéhez közeli posztoperatív ébredő/őrző-helyiség, és lehetőség a beteg szakszerű monitorozására az ébredési időszakban, megfelelő sürgősségi gyógyszerekkel felszerelve.

A sürgős ellátás gyógyszerei:

- *Adrenalin* (1 mg ampulla 10 ml-re hígítva→100µg/ml), hígításhoz fiziológiás steri konyhasóoldat
- *Atropin* (1 mg ampulla)
- *Methylprednisolon* intravénás injekció
- *Hisztamin-felszabadulást gátló* gyógyszer (tabletta és injekció)
- β_2 receptor izgató spray (*salbutamol, terbutalin*)
- *Midazolam* injekció (és tabletták)
- 5-10% steril *glukózoldat* intravénás alkalmazásra
- *Inzulin* (kristályos készítmény) injekció céljára
- *Krisztalloid* infúzió (pl. *fiziológiás só, Ringer lactat* oldat)
- *Fájdalomcsillapító* gyógyszerek

Alkalmasság intravénás és inhalációs szedálásra, a beteg előkészítése

Kíváncsi, hogy a tervezett szedálás előtt a beteget aneszteziológus orvos lássa, aki az esetleg szükséges vizsgálatok elrendeléséért, a beteg optimális előkészítéséért is felelős. A kivizsgálás legfontosabb pontjai:

- Anamnézis felvétel (korábbi beavatkozások, anesztéziák, kísérőbetegségek, gyógyszeresedés, gyógyszerallergia, stb.)
- Fizikális vizsgálat: pulzus, vérnyomásmérés, auszkultáció, szükség esetén egyéb vizsgálatok
- Laboratóriumi vizsgálat – csak kivételes esetben, szükségességét az aneszteziológus orvos szabja meg.

Szedálásra nem alkalmasak a nagyon súlyos állapotú, dekompenzált (ASA IV-V kockázati csoportba tartozó) betegek. Elkerülhetetlen, sürgős fogorvosi ellátásuk intézetben kell, hogy történjen, egyéb kezeléseket csak állapotuk kompenzálása után szabad végezni. Nem ajánlott az intravénás/inhalációs szedálás súlyos vérzékenységekben szenvedő betegeknél.

Egyéb követelmények:

- Éhgyomrúság:
Normális gyomor-bél működés esetén a könnyebb szilárd tápláléktól az intravénás vagy inhalációs szedálást megelőző 5 órán, folyadékoktól (tea, víz kis mennyisége!) a megelőző 2 órán keresztül tartózkodnia kell a betegnek. (Az aneszteziológus orvos esetleges gyomor-ürítési korlátozottság, vagy egyéb szempontok alapján ennél hosszabb éhgyomri periódust is elrendelhet.)
- Húgyhólyag kiürítése a kezelés előtt

Az elbocsáthatóság feltételei szedálást követően (ld. az *Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium irányelveit is!)*:

- A beteg térben és időben tájékozott, éber
- Stabil vitális paraméterek (keringés és légzés)
- Vérzés, egyéb fogászati probléma nem észlelhető
- Hányinger, hányás nincs, vagy megszűnt

- Fájdalomcsillapítás kielégítően rendezett, a fájdalom orális szerrel uralható
- A beteg képes önállóan öltözni, táplálkozni, járni
- Önállóan vizeletet ürít
- Hazaszállítás kíséréssel és a kellő időtartamú felügyelet a szedálást követő időben megoldott (szociális háttér)
- Fogászati és aneszteziológiai utasításokkal ellátva, írásos dokumentáció készen van

Az intravénás illetve inhalációs szedálás dokumentálása

A dokumentációnak tartalmaznia kell:

- a beavatkozás előtti anamnéziszfelvétel és betegvizsgálat legfontosabb pontjait;
- a beteg (vagy gyámja) felvilágosítást követő írásos beleegyezését;
- az alkalmazott szedálási módot, gyógyszereket, azok adagját, alkalmazási módját;
- a beteg szedálás közben illetve ezt követően észlelt vitális paramétereit;
- a beteg állapotát (tudat, éberség, keringés, légzés, fájdalom, pszichomotoros aktivitás) elbocsátáskor.

VIII. számú melléklet

1. A szedálás fokozatai

Szint	Tudat, idegrendszer	Légutak	Spontán légzés	Cardio-vascularis rendszer	Minimális monitorozás
I. Anxiolysis	Tiszta tudat, kicsit csökkent reakciókészség, kognitív funkció minimálisan érintett	Szabadok	Megtartott kielégítő	Nem érintett	Inspectio
II. Felületes „éber” szedálás (conscious sedation)	Verbális/taktilis ingerekre adekvát válasz; tudatállapot enyhén befolyásolt	Szabadok	Általában kielégítő	Nem vagy kis mértékben érintett	Vérnyomás (NIBP), pulzus, pulzoximetria Monitorozás a beavatkozást követően is kötelező! A beavatkozást végzőtől független, a légútbiztosítás, lélegeztetés módszereiben jártas orvos (aneszteziológus) jelenléte szükséges!
III. Mély szedálás	Tudat deprimált, a beteg magára hagyva alszik, erős ingerekre, fájdalomingerre reagál.	Gyakran szükséges beavatkozás (Esmarck műfogás, Guedel „pipa”, stb.)	Deprimált lehet, asszisztálás gyakran szükséges	Többnyire érintett	Fentieken kívül EKG, IV vonal, O ₂ , lélegeztetési lehetőség, defibrillátor elérhetősége fontos! Aneszteziológus szakorvos jelenléte szükséges!
IV. Általános érzéstelenítés	Teljes öntudatlanság, fájdalomingerre sincs reakció	Professzionális légútbiztosítás szükséges	Asszisztált v. Kontrollált lélegeztetés	Deprimált lehet	Teljes aneszteziológiai felszerelés (altatógép, monitor, stb.) Aneszteziológus szakorvos és asszisztens jelenléte elengedhetetlen.

Dr. Becsei László
Főigazgató Főorvos

Helyben

Tárgy: Kérelem

BÉKÉSCSABA RÉTHY PÁL KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET		
Érkezett: 20... 2012. MARCH 09	Megnevezés	—
Küldő: Győri Zsuzsanna	Hív.szám:	—
Idő.szám: 415-1/2012/16	Eladó:	T-SZU 21, 2012.03.09 f

Tisztelt Főigazgató Úr!

Alulírott Győri Zsuzsanna a következő kéréssel fordulok Önhöz:

A Szent István Egyetem Egészségtudományi és Környezetegészségügyi Intézetének Ápolás- és betegellátás tagozatának harmad éves hallgatója vagyok. Szakdolgozatom elkészítéséhez felmérést szeretnék végezni -controlling osztály segítségével- a Réthy Pál Kórház szájsebészeti szakrendelésen megjelenő betegek körében, melyhez szeretném az Ön engedélyét kérni.

A dolgozatom címe:

"A fogyatékkal élők fogászati és szájsebészeti ellátása ma Magyarországon "

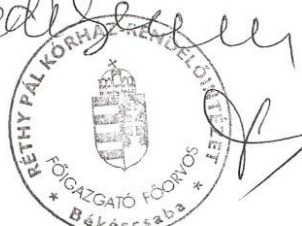
A kutatásom eredményeit természetesen csak a dolgozatom céljára kívánom felhasználni az anonimitás maximális tiszteletben tartásával.

Támogatását előre is köszönöm.

Tisztelettel: Győri Zsuzsanna
fogászati asszisztens

Békéscsaba, 2012. március 09.

Cs. J. Becsei





**Békés Megyei Szociális, Gyermekvédelmi,
Rehabilitációs és Módszertani Központ**



Szociális intézményegység 5601 Békéscsaba, Degré u. 59. Pf.: 286 Tel.: (66) 530-220, (20) 294-1410 Fax: (66) 530-231, E-mail: modsz.int.bcsaba@fago.hu modszertan@fago.bhn.hu Honlap: www.fago.hu	Gyermekvédelmi intézményegység 5600 Békéscsaba, Degré u. 59. Telefon: (66) 560-270 (20) 261-2600, (20) 261-2606 Fax: (66) 560-275 E-mail: tegveszgvula@globonet.hu	5510 Dévaványa, Mátyás út 1. Telefon: (66) 483-041 5630 Békés, Bartók Béla u. 1. Telefon: (20) 293-3213 5667 Magyarbánhegyes, Kossuth u. 81. Telefon: (68) 480-035
---	--	--

Engedély

Alulírott Sziszák Katalin igazgató **engedélyezem**, hogy **Győri Zsuzsanna**, a Szent István Egyetem Gazdasági, Agrár- és Egészségtudományi Kar végzős hallgatója az intézményünkben élő lakók orvosi dokumentációjába betekintszen, valamint Sárosi Istvánné asszisztens, és Alekszáné Sajben Erzsébet ápoló-gondozó részlegvezetővel interjút készítsen, melyet szakdolgozatába beépíthet.

Békéscsaba, 2012-10-19.

Sziszák Katalin
igazgató





	Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ
	Dr. Kivovics Péter egyetemi docens
	Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelet Levelezési cím: Semmelweis Egyetem Fogpóllástani Klinika 1088 Budapest, Szentkirályi utca 47. Tel.: +36-1-318-00-11, Fax: +36-1-317-52-70, Mobil: +36-20-825-03-15 E-mail: ofszs@gmail.com , kivovics@hotmail.hu www.ofszs.hu

Állásfoglalás

értelmi fogyatékosok fogászati- szájsebészeti ellátásának személyi és tárgyi feltételeiről

Az értelmi fogyatékos betegeket fogyatékoságuk szerint három fő csoportba soroljuk:

1. Enyhe értelmi fogyatékoság
2. Középsúlyos értelmi fogyatékoság
3. Súlyos értelmi fogyatékoság

Ad 1. Az egyes csoportba tartozó enyhe értelmi fogyatékosok fogászati-szájsebészeti kezelése nem tér el jelentősen az ép értelmű betegek kezelésétől. Az ellátás során előtérbe kell helyeznünk a fogászati prevenciós munkát. A fogászati ellátás során az esetek jelentős részében nagyobb türelemre, több időre van szükség. Az esetek kis részében szükség lehet éber szedálásra.

Ad 2. A kettes csoportba tartozó középsúlyos értelmi fogyatékosok fogászati-szájsebészeti ellátása jelentős mértékben eltér az ép értelműek ellátásától. Már az igen fontos fogászati



prevenációs tevékenység is nehézségbe ütközik. A betegek többsége intézeti elhelyezett. A fogászati-szájsebészeti beavatkozások többségét éber szedálásban vagy az általános anesztézia valamilyen formájában tudjuk elvégezni.

Ad 3. A hármas csoportba tartozó súlyos értelmi fogyatékosok fogászati-szájsebészeti ellátása igen jelentős mértékben eltér az ép értelműek ellátásától. Csak passzív fogászati prevenációs tevékenység lehetséges. A betegek szinte kivétel nélkül intézeti elhelyezettek. A fogászati-szájsebészeti beavatkozások túlnyomó többségét éber szedálásban vagy az általános anesztézia valamilyen formájában tudjuk elvégezni.

Az ellátási struktúra fejlesztése két fő irányban lehetséges:

1. Az értelmi fogyatékosok fogászati-szájsebészeti ellátásának centralizálása
2. Az értelmi fogyatékosok fogászati-szájsebészeti ellátásának decentralizálása

Centralizálás esetén ki kell építeni azokat az ellátási centrumokat ahol az értelmi fogyatékosok megfelelő ellátásban részesülhetnek. Ez a szakemberek, eszközök, és nem utolsósorban az anyagi háttér biztosítását jelenti a kormányzati szervek részéről. Ezekben a centrumokban mind a sürgősségi, mind a szisztémás ellátás kivitelezhető. A centrumok megyeszékhelyeken történő elhelyezése lehetővé tenné az egyenlő hozzáférést. Ez a modell elfogadott az EU-s országok többségében.

Decentralizálás esetén a fogorvosi alapellátáshoz kellene asszociálni az értelmi fogyatékosok ellátását. Ez a megoldás sokkal kevésbé effektív, és lényegesen költségesebb.

Az országos fogászati és szájsebészeti szakfelügyelet a centralizációs modellt támogatja.

A jelenlegi helyzet a súlyos alulfinanszírozás miatt a nem kezelhető. Az Emberi Erőforrások Minisztériumának prioritásai között nem szerepel a fenti probléma megoldása.



Megoldási javaslat:

A Központi Stomatológiai Intézet új vezetése megtette az első lépéseket a probléma megoldására. Az Intézet konszolidálása és a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karához csatolása után megfelelő finanszírozás biztosítása esetén a Központi Stomatológiai Intézet képes kialakítani azt a működő modellt, mely mintaként szolgálhat megyei centrumok kiépítésére. Az első lépés forrásigénye 30-35 millió forint (a konszolidáción felül).

Az állásfoglalást Dr. Muzsik Béla osztályvezető (GYEMSZI), illetve Dr. Török Krisztina főigazgató asszony (GYEMSZI) kérésére készítettük.

Budapest, 2012. augusztus 12.

Dr. Kivovics Péter
Egyetemi Docens
Az Orvostudomány Kandidátusa
Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelő Főorvos
Olygofrénpedagógia-logopédia szakos gyógypedagógiai tanár