

# Emlékek a háziiorvosi dokumentálás történetéből. Az emberminőség orvosi meghatározásának kísérlete

[Dr. Morvay Frigyes ny. háziorvos, Szombathely]

A XX. század első felében működő orvosok is vezettek egyszerű és egyénileg szerkesztett feljegyzéseket betegeikről. Amikor az 50-es évek végén az országot körzetekre osztották az alapellátás számára, pusztán három dokumentációs elem létezett melyek az orvos–beteg találkozások valamiféle eseményét rögzítették és ezek a következők voltak:

1. betegforgalmi napló, ami a beteg nevét, a megjelenési dátumát és a megjegyzés rovatban a pár szavas orvosi diktátumot tartalmazta.

2. A táppénzes betegnapló ugyancsak a beteg személyi adatait ismételte, majd a táppénzbevételbe kerülés okát és az időtartam végét tartalmazta.

3. Egy-két évvel később a betegkarton került bevezetésre, ami valójában a XX. századot is túlélte változatlan formában. Az egyetlen szál karton tetején a beteg személyi adatai álltak, majd a feljegyzési mezőben a megjelenés dátumát követően rögzítette az asszisztensnő az orvosi diktátumot. Ha a karton betelt, akkor több karton összekapcsolásával gyűltek a rákövetkezők, jobb esetben boríték tartotta össze a köteget.

Amikor a karton bevezetésre került, akkor az 1. számú betegforgalmi naplót új típusú betegforgalmi napló váltotta fel, mely már csak a napi dátum alatt a megjelentek névsorát tartalmazta.

A dokumentálást egy orvosirnok végezte, aki bárki lehetett, akit asszisztensnőnek is hívtak, a szükséges képzések utólagosak voltak, míg eljutottunk a kartonozó orvosirnoktól az asszisztensnőn át a körzeti nővérig és ezzel a személyi állomány teljessé vált. A rendelő egyetlen helysége így benépesült az ország körzeti orvosi rendelőinek legtöbbszörében a század utolsó évtizedéig.

Az egészségügyi ellátás gúlája a 60-as évek során épült fel. Az alapellátás ezzel eltérő jelleget kapott a falvakban és a városokban. A kezdeti viszonyok részletezése nem tartozik a jelen írásomhoz, csupán annyit jegyzek meg, hogy a körzeti ellátás a XX. század közepénél még alig terjedt túl az orvosi táská adta felszereltség képességein, amikor a körzeti orvosokban Európaszerte bizonyos „lázaadás” indult egyrészt az ellátást illető többletnyújtás érdekében, másrészt a végtelen sok és igen értékes szakmai adatok elvesztése láttán.

A mai napig időszerűnek tarthatjuk Andor-Szatmári szavait „Az általános orvostan sajátos kérdései” c. könyvéből: „A körzeti orvos kezében betegeiről, a rábízott családokról, a közösségről számtalan nagyjelentőségű információ gyűlik össze. Ezek az adatok a közelmúltig

veszendőbe mentek, nem kerültek feldolgozásra, noha a megfelelő tudományos összehasonlítás, értékelés és feldolgozás segítségével visszahatnak az egész orvostudományra és annak fejlődését szolgálják.” (1978)

Nyugaton korábban, majd Magyarországon 1967-ben megalakult az Általános Orvosok Tudományos Egyesülete, amely egyesület lehetőséget és keretet biztosított az együttgondolkodásra. Szakági önállóságot, presztizst, és tudományos kutatási illetékességet követelve megalakította kutatócsoportjait, amelyek egyik típusa a Dokumentációs Munkacsoport lett. A praktizáló orvosok nemzetközi lapja az Allgemeinmedizin International General Practice 1983-tól foglalkozik részletesen a dokumentálás kérdésével, amit denominátor problematikának nevez és már nemzetközi használatra klasszifikációkat javasol. A magyar körzeti orvosok köréből is számtalan javaslat, kísérleti modell látott napvilágot kongresszusokon és közlésekben, de általános érvényű reform nem valósult meg. Többen eljutottak a peremlyukkártyás karton használatához is, ami bizonyítja az adatok rendszerszemléletű rögzítésének és feldolgozásának igényét közvetlenül a számítógépek megjelenése előtt. Mondható, hogy az orvosi alapellátásból eredő szakmai adatok problematikája nyugvóponton a mai napig sem jutott és az a kívánatos igény, hogy az orvosi gyakorlatból származó adatok feldolgozása visszahasson az orvostudomány egészének, azon belül az oktatásának javára, romantikus vágy maradt.

## Változatlanul

- nem jutnak adatok a dokumentációba,
- elvesznek adatok igen nagy számban,
- az adatok nem dolgozhatók fel kellően,
- nem áttekinthetőek,
- nem átadhatók sem helyettesnek, sem utódnak, sem az utánunk jövő generációknak.
- Hiányoznak az egységesség elemei,
- a számítógépes szoftverek nem illeszkednek az orvosi gondolkodásmód rendszeréhez, mivel többnyire mechanikus mérnöki munkák.

A számítógépek általánossá válását követően már nincsenek többé alulról jövő reform-munkák a dokumentálás kutatásában. Az orvosok a jelentéskérő helyeket elégitik ki adatközléseikkel és a bürokráciával túlterheltség időzavara, sajátos idegölő módjai a szakmai szemlélet igényességét kiszorítja, a dokumentálást egy szükséges minimumra kényszeríti.

Az egészségügyből és különösen az alapellátás munka-

területéről származó adatoknak felbecsülhetetlen értékük van. Például:

- rögzítik a beteg megjelenésének idejét,
- a beteg kilétét,
- az érkezésének mikéntjét,
- az okát
- az érkezés célját
- a kórelőzményt
- a fizikális vizsgálat adatait
- a műszeres és kapcsolt laboratóriumi leleteket
- a diagnózist
- a kezelés eszközeit (mindegyik félért)
- állapotfelmérést és viszonyításokat
- későbbi terveket, tanácsokat, utasításokat
- táppénzbevétel adatait, illetve annak zárását
- beutalásokat
- utalásokat követő válasz-adatokat (konzultációk adatait)
- telefonos előjegyzéseket, telefonos konzultációkat
- igazolásokat
- halotti bizonyítvány adatait.

A felsorolt adatok sora az orvos–beteg találkozás egy-szeri adat-igényét tartalmazza, amelyeknek kapcsolódniuk kell a többszöri találkozás során keletkező adatrendsze-rekhez. Ha az adatok szemléletes és áttekinthető rend-szerekbe kerülnek, úgy kiadják az egyén „egészség-betegség életútját”.

Az Egészség–betegség életút az egyén élettörténetének szerves része.

Az egyének – mint egy közösség egyedeinek – egészség-betegség életútjai tükrözik:

- a közösség: falú, város, kerület egészségtérképét
- a megbetegítő tényezők halmozódását
- megbetegítő tényezők elhárításának tervezhetőségét
- ártó, vagy javító életminőségi tényezők felismerhe-tőségét.

Ma mindezek esélyét vagy kidobjuk az ablakon, vagy szándékosan nem vesszük figyelembe.

A cél: az emberminőségek életminőségeinek összessé-géből kialakítani a mikrotársadalmak és a makrotársadalom lehető jobb minőségét.

Ez a cél előbb

- egy felismerés kérdése,
- majd több „beszólás” szüksége,
- végül cselekvések szüksége.

Az orvos–beteg találkozásra külön fejezetben – külön kiadott könyvecskében – részletesen írtam. Itt leírok egy másféle megközelítést:

Az orvos elé kerülő ember az orvos szemében első pillanatban képletesen a jéghegy csúcsa. Gondoljunk arra, hogy kik járkálnak az utcán:

- elsősorban DNS-program-variációk, benne:
- immunológiai alkatok
- hypothalamikus szindrómák

- egocentrikus maradványok és más komplexumok
- interiorizált tartalmak
- vélt egészségesek és potenciális betegek
- valóságos betegek és rokkantak.

Tehát „valakiféle személyiségek”, akikről mi „élve-bon-coló” adatokat nyerünk, azokat medikalizáljuk és messze eljutunk egészen a szociál-antropológiáig.

Filozófiai értelemben az Ember = jelenség.

Mi lehet a megközelítés elmélete és eszközei?

Jegyezzük meg legelőször, hogy az ember NEM közelíthető meg, mert:

- személyi jogainál fogva bizonyos dolgokhoz „semmi közünk”.
- Vannak adatok, melyeket nem ad ki, mert *a)* tudatosan rejti, vagy *b)* tudat alatt marad rejtve.

Másodsorban: IGEN, az ember megközelíthető, „élve boncolható”:

- Vannak szabadon alkalmazható mennyiségi és minő-ségi mércéink.
- Az egyén együttműködő.
- Az egyén kiszolgáltatott.
- A megközelítés lehetséges egy bizonyos határig.
- Bizonyos dimenziók bizonyos határig.

Az orvosi működésekből eredő adatoknak két nagy rendszerük van:

- ugyanazon szempontból megvizsgált egyénektől ere-dő adatok és
- azonos személytől (személyektől) ismételt vizsgá-latok adatainak sora.

Elérkeztünk a paradigmaváltáshoz az orvosi gyakor-latokból származó adatok dokumentálása terén. A „strigulázó informatika” korszaka lejárt, ugyanakkor az új para-digmának csak a körvonalait látjuk. Kérdés: lehetséges-e tökéletes, holisztikus orvosi informatikát kívánni és megalkotni?

A feladat, hogy egyszerre legyenek:

- Teljeskörűek (holisztikusak).
- Autentikusak.
- Technizáltak.
- Problémaorientáltak.
- Interdiszciplinárisak.
- Gyorsak és gördülékenyek.
- Nem elidegenedettek.
- Archiválásra alkalmasat alkotók.
- A társadalom egészére kihatóan hasznosak.

Nehezíti a feladatainkat e téren, hogy az adatok termé-szetüket illetően is sokfélék, így vannak:

- Leíró statisztikai jellegű adatok.
- Lassan változó adattípusok.
- Dinamikusan változók.
- Gyorsan változók.
- Munkaeszköz jellegűek.
- Rendelésen kívüli területről származók.
- Archiválандók és elévülők.
- Feldolgozásra kerülők.

- Jelzéseket tartalmazók, illetve véleményalkotók
- A vizsgált személy környezetére vonatkozók,
- Közösségre és munkahelyekre vonatkozók
- Jelentendők.

Kívánatos a dokumentálás terén:

- az egyszerűsítés igénye (A XX. Századvég háziiorvosa 38 különféle nyomtatvánnyal dolgozott!)
- a titkosítás
- a munkamegosztás módja.

Az orvosi dokumentálás XXI. századi paradigmaváltása felé szerintem megjelennek olyan új igények, melyek ismertetése elé Cicerót idézem:

„A lelkiismeretes, gondos orvosnak, mielőtt betegének gyógyszert rendelne, nem csupán a gyógyítandó betegget, hanem a beteg egész életmódját és összes testi tulajdonságainak természetét meg kell fontolnia.”

Az ember háziiorvosi vizsgálatának, tipizálásának vannak kidolgozott exakt paraméterei, de ezen túlmenően, mivel egy orvos-emberi szubjektum kerül szembe egy orvos elé kerülő szubjektummal, ahogy az orvos-beteg találkozásról szóló munkámban írtam: attitűd találkozik attitűddel, az exakt paramétereken túl szubjektív jellegű ismervek, címkek, jelzőrendszerek is bevonulnak az előttünk álló ember minősítésébe. Bizonyára ezt a kezdeményezést tudománytalannak tartják többen, noha valójában mindig is éltünk a mindennapi munkában szubjektív véleményalkotásainkkal.

Ismertük a mottót:

*Az egyes ember olyan, mint sok más  
És olyan, mint senki más.*

Az Orvostovábbképző szemle 2003. 7. számában ír egészségi hatásvizsgálatokról, melyben a Funkcionális és szubjektív skálák c. részfejezetben a következőket találjuk: „Az egészségi állapot megközelíthető a betegségentítások helyett az egészséges ember képességeitől való eltérés meghatározásával is. Pl.:

- ZAVAR – (impairment): létező probléma
- AKADÁLYOZOTTSÁG – (activity restriction): a végrehajtás csökkent képessége
- KORLÁTOZOTTSÁG – (participation restriction): a társadalmi szerep betöltése terén megnyilvánuló probléma.”

A pályastabil háziiorvosi működésben az orvos kérdései: milyen a hozzám tartozó közösség egyedeinek minősége? Miként határozható meg az emberminőség?

A másik kérdés a működési terület közösségére vonatkozóan merül fel, minthogy milyen az adott terület közösségi egészsége?

Az első kérdés az emberminőség iránt nem filozófiai kérdés, hanem természettudományi.

- Nem csak karakterológia,
  - nem csak pszichológia,
  - nem csak humán-ökológiai,
- hanem a jelen munkám célja szerint háziiorvosi szem-

léletű munkaeszköz és munkastílus. Miután az egészségfogalom is csak a testi-pszichés egyensúlyról szól, ami egy dinamikus állapotot jelentő kifejezés, ami sem a kezdetről, sem az állapotról önmagában nem szól, csupán arról, hogy az egyén bizonyos alkalmazkodási egyensúlya az éppen adott környezetben megvan-e vagy nincs, így keresni kell olyan paramétereket, melyek az egyént az orvos számára egy átmeneti időre ún. emberi minőségében meghatározzák.

A második kérdés

- sem csak szociológia,
- sem csak humán-ökológia,
- és nem valamiféle politikai érdekeltségű kérdés,

hanem sokkal inkább egészségkultúrális, társadalomszervezési hasznosságot rejt és az orvos érdeklődési körén túl a helyi közösség vezetési köreit érdekelheti. Hogy milyenek minősítsük a társadalom egészségét és mikor beszéljünk társadalom kórtanról – szociál-patológiáról – az külön tanulmány tárgya.

Amikor az emberi minőség kérdését elemezni kezdtem Szombathely ÉK-i külkerületében voltam háziiorvos és 1514 főt vizsgáltam meg az alábbiak szerint:

1. táblázat: A vizsgáltak kor és nemek szerinti megoszlása

Korcsoport:	15-34	35-59	60 év felett	összesen
Férfi	185	266	229	680
Nő	175	303	356	834
Összesen	360	569	585	1514

2. táblázat: A személyes kód képzése

Somaticus	Pszichés	Szociális	Compliance
1 ép	1 kiegyensúlyozott	1 rendezett	1 eredményes
2 érintett	2 irritált	2 hiányos	2 gondozható
3 veszélyeztetett	3 tartós stresszben	3 nehezített	3 gátolt
4 rokkant	4 kritikus	4 függő	4 nem coop.
5 decomp.	5 decomp.	5 talajtalan	5 indolens
			(önpusztító)

Látható, hogy valamennyi általam kijelölt ismérv mennyire szubjektív, ugyanakkor feltételezem, hogy hasonló, vagy azonos fogalmi kifejezésekkel illeti magában más háziiorvos is a hozzáfordulókat mérlegelésében. Az ismervek belső szerkezetét, részletes kifejtését a csatolt jegyzetben találja az olvasó. Érdeklődésre konzultáció tárgyát képezheti. Felvethető, hogy bővebb ismerveket is használhattam volna, mint: műveltségi, családi állapotra vonatkozó rész kódokat, amelyek tartalmi részét a személyi adattár tartalmazza és feldolgozó munka esetén könnyedén hozzákapcsolhatók.

A vizsgáltak krónikus betegségeit 10 csoportba kódoltam, és 11-féle rizikót tüntettem fel. (Ha még részle-

tesebben kívánnánk a krónikus betegségek kijelölését, akkor a 10 csoporton belül nemcsak a van/nincs jelölést alkalmazzuk, hanem kidolgozott számszerű kódokat.)

Ha az ismertetett kategóriába a megítélt számok kerülnek, akkor egy négyjegyű számot kapunk, amit SZEMÉLYES KÓD-nak neveztem el. Ezzel a „képlet” a következő:

#### AZ EMBERT MEGHATÁROZÓ ADATOK A HÁZIORVOS NÉZŐPONTJÁBÓL

Név	Neme	Szül. idő	Krónikus betegség	Rizkók	Személyes kód
		1/2 év-hó-nap	1234567891012345678910	S P So C	
Példa:					
A B	1	46.10.09	2 3 7	1 3 5 6	3 3 1 3

Az így nyert kódsor az egyén személyi adathordozójának a vizsgálat idejével megjelölt helyére kerül, leghevesebben úgy, hogy a későbbiekben ismételt kódsorok egymás alá kerüljenek. Ezzel az illető Egészség-betegség életútja hosszútávon is követhető.

A kódsor revíziója akkor válik szükségessé, ha valamilyen váratlan esemény történik ami valamelyik kategóriában változást okoz, illetve évente automatikusan.

A 3. táblázaton bemutatom az 1930-as évben született férfiak és nők összesített adatait

A táblázat a krónikus betegségek tartományában rész-kódokat tartalmaz.

Ez a munk tábla még a 80-as években készült, tehát a személyek az életük 50-es éveikben vannak, ezért szól a tanulmány „Emlékek...”-ról és még a „strigula-adatgyűjtés” korszakából.

Felismerhető, hogy megfelelő szoftver esetén hasznos feldolgozás válik lehetségessé.

Kívánatos tehát az adatgyűjtésben a munkamegosztás és a gépi feldolgozhatóság.

A múltbéli manuális feldolgozás is meghozta meglepő eredményeit, melyekből csak néhányat ragadok ki:

- a tízévenkénti állapotok összehasonlításakor azt látjuk, hogy az állapotok romlása nem fokozatos, hanem zuhanásszerű.
- A férfiak egészségromlása nagyobb arányú - bár ezt ismertük.
- A nők „szociális helyzete” a családban eltérő, azaz rosszabb a férfiakénál.
- A nők egészségromlását romló pszichés és szociális állapotmegélés kíséri.
- A compliance terén a JÓ compliance a férfiak 54,5%-át jellemzi, míg a nőknél az arány 59%- az INDOLENS érték férfiaknál 14,6%, nőknél 6,2%.
- Furcsa, hogy az indolens férfiak a rokkantak és a dekompenzáltak csoportjaiban a legnagyobb arányú.
- Következtetéseket vonhatnánk le abból, hogy a nők életminősége a rosszabb, amit ők magasabb átlagos életkorral élnek meg.

Kísérletet tettem családfa-kutatásokra is, ami egy kongresszusi előadásomat hallva egy gyermekgyógyász professzornak nagyon tetszett, azonban be kellett vallanom, hogy ez a kísérlet a kezdetén megfeneklett, mert a megkérdezettek - akár fiatalok, akár idősebbek - semmit nem tudnak felmenőik betegségeiről, halálukairól.

A feldolgozásból újabb munkaeszköz lesz, egyrészt rákérdezhetünk az egyének életminőségére, arra, hogy a róluk alkotott orvos-szemléletű állapotukat ők miként élik meg, másrészt tehetünk tágabb kitekintést a közösségi egészségre, amit a szakirodalom Community diagnosis-nak nevez.

Az életminőség fogalmát Keller Mayer professzor értelmezhetetlennek nevezte.

A kérdés többszű:

- Életkoronként
- Nemenként
- Egészségi állapottól függően
- Szellemi kultúráltság szerint
- Családi állapot szerint
- Lakókörnyezetenként
- Foglalkozási áganként
- Munkahelyek szerint
- Élethelyzetenként (nyugdíjas, munkanélküli, hajléktalan)
- Anyagi helyzetétől függően
- A nemzetben elfoglalt helyzetként
- Közéleti részvételtől függően
- Valamely függő helyzetből adódóan
- A vizsgálat időpontjában, illetve korszakában.

Az életminőség közvetlen személyi tényezői:

- Fájdalom hiánya
- Gyógyszerek nélküli egészség
- Gyógyszerekkel megelégedéssel megélt egyensúly
- Ép érzékszervek
- Segédeszközökkel megelégedetten megélt egyensúly
- Diéta nélküli táplálkozási lehetőség
- Önmegvalósítás lehetősége
- Kellő információk és sokoldalú kapcsolatok lehetősége
- A szabadidő eltöltése és módjainak kérdése
- Megbecsültség
- Frustráció hiánya
- Sokrétű alkotó készség és képesség
- Önismeret és pozitív gondolkodás
- Szeretetre máltóság és szeretetadó képesség
- Harmonikus és kielégítő szexuális élet.
- Humor-készség
- Törvénykövető hívő megnyugvás.

Bizonyára még több és több pozitív tulajdonság és helyzet, valamint több negatív tényező elkerülhetősége adja az életminőség jó vagy nem jó voltát az illető egyén számára az aktuális boldogsága és megelégedettsége, illetve boldogtalansága és elégedetlensége tekintetében.

3. ábra: Összesítő munkatáblázat azonos évben született férfiakra és nőkre

1930	Férfi	Chr. bet.										Rizikók										Szem. Róci			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	S	P	C	
VJ	1300224						6					1	4							10	2	2	1	3	
NA	1300113	1							2			1	2	3								2	1	2	2
KJ	1300118											2	4									2	1	1	2
OM	1300118	1	1	7				4				1	2	3	4	5		8		10	4	2	2	1	
TL	1300320						4						4									4	2	2	1
NZ	1300808	1	<sup>7</sup> / <sub>6</sub>	<sup>7</sup> / <sub>9</sub>					2			1	3	4	5		7	8				3	1	2	3
SZ	1301023								2			1	2									2	1	2	3
VZ	1301215		<sup>7</sup> / <sub>6</sub>					4	2			1	4				8					3	2	2	3
PZ	1301112	1		<sup>16</sup> / <sub>18</sub>	<sup>9</sup> / <sub>9</sub>							2	3	4						10	4	3	4	2	
HZ	1302222	1				<sup>7</sup> / <sub>4</sub>			2			1	3									2	1	1	3
HE	1300419												4									2	1	1	1
KL	13006012						4		2			1	2	4								3	2	3	5
NF	130314										0											1	1	1	1
1930-NB																									
GJ	230100621												3	6								2	2	1	2
MF	2300530	1		9									3	4						10	3	2	3	2	
BS	2300721		7	1	4							1	4	5								3	2	2	2
GF	2300816	1	1	1									3									2	3	3	1
MJ	2300126	1	1										3	4	6							2	2	2	1
SJ	2300410	1	1	4									3	4			8					3	3	2	1
HJ	2300603	1							2			1	2						4	10	4	3	3	5	
KA	2300515	2	1	4									3	4	6							3	2	3	2
MJ	2300424			<sup>6</sup> / <sub>15</sub>	5								4							10	4	3	2	2	
SL	2301108						4	W					4									2	3	2	2
VL	2300720																				10	2	3	2	1
UL	2300416													4								2	2	2	1
KL	2301116																				10	2	3	3	2
NZ	2300826	1											1	2							10	4	3	3	4
NL	2300903			<sup>15</sup> / <sub>18</sub>	3								2								10	4	4	4	5
NZ	2300805	1											3	4								2	1	2	1
FJ	2300925	1											3	4								1	3	3	4
AL	2301216																					1	1	1	4
FG	2301124					5	4						4								10	3	3	2	1

Nem nevezném az életminőséget értelmezhetetlennek, sőt igenis sokat vizsgálandónak akár az egyének részéről, akár a kormányok feladataként.

Természetesen egyszerű orvosi teszt és képlet milderre nem alkotható és nem is szükséges.

Részemről csupán néhány orvosi dokumentációs kísérlet bemutatása volt a cél és minden más, amihez e munka hozzájárulhat szolgálja a jövő nemzedéket.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A szerző ismételten szót emel az orvosi működésekől származó adatok hasznos, rendszerszerű feldolgozhatósága érdekében, amit még a mai napig sem tettek lehetővé alkalmas szoftverek. Saját munkája során megvalósított adatgyűjtését kiegészítette egy „személyes kód”-csoporttal, és így az emberminőség meghatározásának egy modelljét mutatja be. A leszűrhető következtetések segédanyagot képeznek a közösségi egészség kialakítása és javítása felé, végül kiinduló szempontokat sorol fel az életminőség kutatásához, amit nem tekint jelen munkájának feladatául.

## Jegyzet

A személyes kód fogalmainak tartalma

### A) Somatikus teszt

1. ép: tünet és panaszmentes.
2. érintett: betegségeiből, műtéteiből felgyógyult, gondozási igény nélküli.
3. veszélyeztetett: munkaköri okból, élvezeti szerek túlzott fogyasztása miatt veszélyeztetett. Anyagcserebetegsége miatt gondozást igényel.
4. rokkant: minősített rokkant, részleges, vagy teljes munkaképtelen. Rehabilitációt igényel.
5. dekompenzált: / ismert többféle orvosi fogalom!

### B) Pszichés állapot:

1. kiegyensúlyozott: ép mentális egyensúly.
2. irritált: még kiegyensúlyozott, de már családi, munkahelyi, környezeti okból nyugtalanító hatások érik, sikerélmény hiánya van, hosszútávú terveivel nehézségei vannak.
3. tartós stressz: egy vagy több stresszforrásból folyamatos és intenzív hatások érik, aminek folytán már elfáradó és már nem kiegyensúlyozott.
4. kritikus: krízisszituációk krízisreakciókkal. Nyugtatókkal él, ideggondozó is diagnosztizálta. Suicidveszély, depresszió.
5. dekompenzált: delíriumok, pszichiátriai osztályos kezelések.

### C) Szociális helyzet:

1. rendezett: önálló, önfenntartó, megelégedett anyagi helyzetű.
2. hiányos: szűkös anyagi helyzetű, de még független és önálló.
3. nehezített: kifejezett anyagi gondok, csökkent mobilitás.
4. függő: súlyos életszínvonalvesztés, létfenntartásában függőség.
5. talajtalan: hajléktalan, vagyontalan, intézeti gondozásra, vagy mások folyamatos gondoskodására szorul.

### D) Compliance:

1. együttműködő és eredményesen gondozható.
2. gondozható, amiben változó lazaságok vegyülnek.
3. gátolt a gondozásban: valamely körülmény miatt gátolt, a gondozás e miatt felszínes.
4. nem együttműködő: kimondottan hanyag.
5. elutasító: önpusztító, indolens.

morvay.frigyes.dr@t-online.hu