

Éber kómás betegek otthonápolása

Kocsis Istvánné, Dr. Macskásy Olívia, Tasnádi Ágnes
Bethesda Otthonápolási Szolgálat, Budapest

A cikk összefoglalja az éber kóma klinikumát, röviden utal annak etiológiájára.

Kiemeli, hogy a kötelező bejelentés hiánya miatt a hazánkban évente előforduló esetek száma nem állapítható meg, ezért a kórkép hazai epidemiológiai vonatkozása nem mérhető fel. Ezután vázolja az éber kómás beteg otthonápolásának lehetőségeit, feltételeit.

A teljesség igénye nélkül utal az ápolást megvalósító közösség személyi összetételére. Kitűnik az éber kómás beteg ellátását végző személyek felsorolásából, hogy ez a feladat nem hárítható át az ápolást vállaló családra még akkor sem, ha az ápolás fortélyait az ellátásban részt vevő családtagok a hazabocsátás előtt készség szinten megtanulták.

Az éber kóma definíciója

Állandósult vegetatív állapot stabil keringéssel, spontán lélegzéssel, amelyet az agykéreg súlyos károsodása és/vagy az agykérgi és agytörzsi összeköttetések megszakadása okoz.

Klinikai kép

A nyitott szemű beteg ébernek látszik (innen az elnevezés), de vele *kapcsolat nem teremthető*.

Szemével nem fixál, tekintete sem tárggyal, sem felszólítással nem terelhető. Spontán, céltudatos mozgást nem kezdeményez. Ürítési funkcióit irányítani nem tudja. Felső végtagjain a dekortikális spazmus jeleként flexiós, az alsó végtagon extenziós tónusfokozódás észlelhető.

Fizikai külső ingerre mozgásokkal, tömeges izomválasszal és autonóm reakciókkal (szapora szív működés, gyors légzés, izzadás, kipirulás, nyáladzás) válaszol.

Kóros reflexek, leépülési jelek (orális automácia) jelennek meg, deliberációs reflexek (fogó reflex) alakulnak ki.

Etiológia

Az állapot kiváltó oka *leggyakrabban traumás agyi kontúzió*, de okozhatja vaszkularis agyi katasztrófa, agyi anoxia (hypovolaemiás shock, intoxikáció), anyagcsere zavar, tumor stb.

Epidemiológia

Mivel a kórkép hazánkban *nem tartozik bejelentési kötelezettség alá*, elemezhető statisztikai adatokkal nem rendelkezünk. Az OORI Koponya és Agysérülteket Ellátó Osztálya húszéves fennállásának jubileumi előadásban elhangzott adataira szorítkozhatunk, mely szerint húsz év alatt 1016 agysérültet (791 férfit és 225 nőt) kezeltek. Az OORI anyagában 52 permanens vegetatív állapotú betegről számol be.

Szolgálatunk 1998. augusztusa óta 10 éber kómás beteggel került kapcsolatba. Tartósan több éve közülük 2 beteget ápolunk, a többiekkel konzultációs szinten tartunk kapcsolatot, ápolásuk során szerzett tapasztalatainkat ismertetjük jelen dolgozatunkban.

Rövid esetismertetés

V.Z., 24 éves férfi, aki 18 éves korában autóbaleset áldozataként került tartósan vegetatív állapotba.

Ellátásában az akut intenzív terápiát követően az OORI-ban megkísérelték rehabilitációját, majd krónikus belgyógyászati osztályon ápolták.

Másfél éves intézeti kezelés után édesanyja hatodik éve otthon gondoskodik róla. Ápolásába szolgálatunk 1998. augusztusában kapcsolódott be.

Állapotát a hibátlanul ápolt test kritériumai jellemzik.

Tudati funkciója nincs. Taktilis ingerekre sem reagál. Szabad légútját tracheostoma biztosítja, táplálása orrszondán keresztül történik. Állandó katétere van. GCS: 3.

K.SZ., 14 éves leányt 3 éve iskolából hazafelé igyekezve zebrán személygépkocsi ütötte el.

Akut intenzív ellátás után az OORI-beli rehabilitációs kezelését megkezdték. Szolgálatunk 1998. augusztusától segíti otthonápolását.

Állapotában lassú, de folyamatos javulást észlelünk, érzelmileg megszólíthatóvá vált, "szembeszédél" vele kontaktus teremthető. Tracheostómája van. PEG-en keresztül történik a szondatáplálása, de szájon keresztül etetve már stabilan nyel. GCS: 6.

Az éber kómás beteg otthoni ápolásának feltételei

Az otthonápolás alapfeltétele

Legyen(ek) a betegnek olyan családtagja(i), aki(k) otthonápolásra még az intézeti ellátás során felkészíthető(k), megtanítható(k) és a nap 24 órájában otthoni ápolást vállalja(ják).

Az ápolást vállaló hozzátartozó általában a családtagok közül a legközelebb áll az éber kómás beteghez. Számára csak az ápolás alternatívája létezik. Ő az, aki tudja és naponta megéli, hogy *“a szeretet mindent hisz, mindent remél és soha el nem fogy.”*

Az ő munkáját segíti a házi orvos irányításával az otthonápolási szolgálat.

Személyi feltételek

Az éber kómás beteg minden kezdeményezési készségétől megfosztva, magára hagyva életképtelen. Sorsát meghatározza az őt ápoló közösség szakmai felkészültségén túl az ágyát körülvevők érzelmi gazdagsága, lelki és fizikai teherbíró képessége.

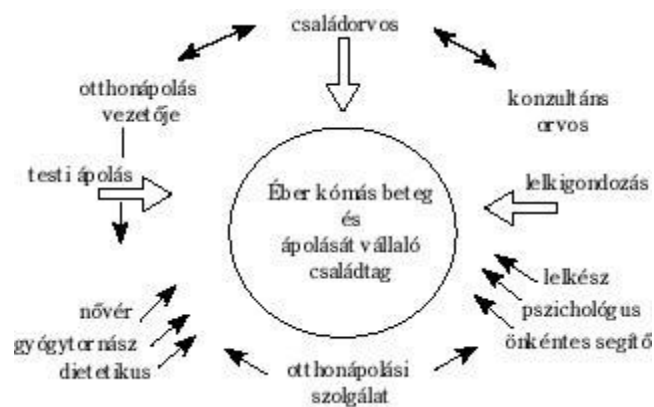
A közölt ábrából egyértelműen kitűnik, hogy az ápoló közösség centrumában az éber kómás beteg és az ő ápolását vállaló családtag(ok) áll(nak).

Az ápolás a családorvos irányításával történik, ő a beteg gazdája. Munkáját konzultáns orvosok (ideggyógyász, szemész, gégész, belgyógyász, radiológus, urológus stb.) segítik.

A családorvos az otthonápolás vezetőjével együttműködve irányítja az ápolást, így biztosított az éber kómás beteg szakszerű testi ápolása. Ebben a munkában nővér, gyógytornász, dietetikus vesz részt.

A beteg mellett a család lelkigondozása lelkész, szükség esetén pszichológus feladata. Az önkéntes segítők a testi ápolásban és lelkigondozásban egyaránt jelentős segítséget tud nyújtani a családnak és a betegnek.

Az otthonápolási szolgálat hetenkénti megbeszélésein a felmerülő gondokra közösen keresnek megoldást a team tagjai. Itt értékelik az ápolói munkát, megbeszélik a feladatokat, az alkalmazható módszereket.



Az ápolási közösség személyi összetétele, kapcsolatrendszere

Éber kómás beteg otthonápolását meghatározó szempontok:

1. A beteg együttműködésének minimális szintje nélkül kell az ápolást megvalósítani.
2. Ápolása otthoni körülmények között folyamatos, intenzív őrzés (pulzus, légzésszám, tenzió folyadékforgalom, testhőmérséklet naponkénti ellenőrzése).
3. Az ápolás két részből áll: általános és speciális ápolási feladatokból.

Az általános ápolási feladatok megegyeznek a tartósan ágyban fekvő beteg ápolási teendőivel.

A speciális ápolási feladatok

- a kiesett funkciók pótlására;
- szövődmények megelőzésére;
- rehabilitációra irányulnak.

Speciális szomatikus feladatok:

- szabad légút biztosítása (tracheostoma, váladék leszívás, párástítás, oxigén-terápia, kanül- és kanülbetét csere);
- szondatáplálás: orr- vagy gyomorszondán (PEG-en) keresztül (szondatápkészítés, adagolás, szondacsere);
- katéteres vizeletgyűjtés (katétercsere);
- kiesett funkciók pótlása (ágyban forgatás, fel- és kiültetés, passzív torna).

Speciális pszichés feladatok a tudati funkciók előhívását segítik.

Az éber kómás beteg racionális eleméből érzelmi lénygé vált, ezért csak *hallásán, látásán keresztül, érintéssel, íz- és szagingerekkkel, tehát érzékszervein keresztül szólítható meg.*

Akusztikus ingerek: beszéd, ének-zene, természethangok.

Az élő beszéd és az énekhang semmivel nem pótolható személyességet hordoz. A betegszoba hangulatát alapvetően meghatározza a benne lévő csend és hangok minősége.

Az éber és alvó fázisok kialakulásában jelentős szerepe van a hangok megnyugtató, elaltató vagy felrázó, ébresztő hatásának.

A hangzó zene kinyitja a beteg zárt világát.

Vizuális ingerek:

Az éberkómás beteg tekintetének terelhetővé válása jelzi a tudatállapotának javulását. A szeme, mint “világra tárt ablak” gyakran az önkifejezés és értelmezés egyetlen eszközeként funkcionál.

A betegágyat körülvevő személyek, fényképek, képek, a betegszoba tárgyai információt hordoznak. A múltból előhívható és a jelenben azonosítható személyek, tárgyak elindíthatják a beteget az “eszmélésben” és “önépitkezésben.”

Különös jelentőségük van a környezet színeinek, tudva azt, hogy a sárga – narancssárga – vörös színek és árnyalataik hatnak élénkítően.

Taktilis ingerek:

Az érintés a szavak nélküli beszéd eszköze. Az éberkómás beteg magányát is oldja. A jelenléte közli. A *simogatás* ismétlődő ritmusával érzelmet közvetít. A kézfogás megerősítés. A párbeszédben álló felek szövetségének jele.

Íz- és szagingerekk:

Szonatáplálás során kialakult gyakorlat, hogy a beteget az étkezés első fázisaként szájon át megkínáljuk.

A különböző ízanyagoknak jelentős szerepük van a táplálkozás mechanizmusában.

A szag, az illat primer örömforrás lehet. Különösen a virágok illata ajándékozza meg a beteget. Az illat segítségével előhívható a memóriából a virágok felidézhető képe.

Kiesett mozgások pótlása

- ágyban forgatás (nappal 2, éjjel 4 óránként);
- ágyban felülés, ágyszélre ültetés;
- ágytól tolokocsiba – karosszékbe ültetés;
- tolokocsival lakáson belüli és kívüli (séta kertben, utcán) helyváltoztatás.

Tornáztatás

Aktív izommunka helyettesítése masszírozást követő passzív tornáztatással, kis és nagy ízületek mozgásával a kontrakturák kialakulásának megakadályozására.

A tornáztatásnál figyelembe kell venni a maradék motoros funkciókat, és ezekre kell építeni a rehabilitációs programot.

Éber kómás beteg otthonápolásának tárgyi feltételei

A beteg ápolásának elengedhetetlen eszközei:

- intenzív ágy;
- antidekubitor matrac;
- tolokocsi;
- fürdetőszék- vagy tálca;
- betegemelő;
- szívókészülék;
- párasító berendezés;
- inhalátor;
- O₂;
- hulladéktároló.

Összegzés

Lényeges kiemelni, hogy hazánkban ezen hosszú, esetenként évekig tartó ápolást igénylő betegcsoport szükség szerinti *intézményesített ellátása nem megoldott*, bár erre jelentős igény mutatkozik az éber kómás személy akut

betegsége vagy az őt ápoló család időszakos tehermentesítése idejére.

Az éber kómás betegek körüli teendők újszerű, *multidiszciplináris csapat munkáját feltételeznék.*

Az ápoló közösség a tartósan vegetatív állapotú beteg szakszerű testi, lelki ellátását igyekszik megvalósítani.

Szükséges azt megemlíteni, hogy a témakörben négy év alatt összegyűlt tapasztalatok azt mutatják, hogy *az ellátást vállaló családok a lelki nehézségeken túl súlyos anyagi költségekkel is meg vannak terhelve.*

Az OEP az ellátáshoz nélkülözhetetlen eszközök, ápolási anyagok, segédeszközök beszerzését nem kielégítően támogatja, a hotelszolgáltatáshoz nem járul hozzá.

Az ellátást vállaló családok anyagilag is magukra maradnak.

Meggyőződésünk, hogy ezen betegcsoportba tartozó személyt *méltányossági szempontokat figyelembe vevő egyedi elbírálásban* kellene részesíteni, és részükre minden segítséget (szakellátást testi, lelki vonatkozásban, és a szociális gondoskodás területén) *alanyi jogon biztosítani.*

A magyarországi ápolás oktatásának szakirodalmában az éber kómás betegek ellátására vonatkozóan nem találtunk utalásokat, ezért tartottuk szükségesnek, hogy közreadjuk e csoport ápolására vonatkozó tapasztalati úton szerzett ismereteinket.

Irodalom

1. Horányi Béla: Neurológia. Budapest. Medicina Könyvkiadó; Rt. 1961.
2. Harrison, 's: Principles of Internal Medicine. International Student Edition, 1983.
3. Szent Írás (Károlyi Gáspár fordítás). Budapest. Magyar Biblia Tanács 1992.
4. Peter Berlit: Memorix. Neurologia, Budapest. Medicina Könyvkiadó; Rt. 1993.
5. Nagy Zoltán: Stroke ellátás. Budapest Springer Hungarica 1994.
6. M. E. Milliken, G. Cambell: Mindennapos betegápolás. Budapest. Medicina Könyvkiadó; Rt. 1994.
7. Szirmai Imre: Sürgősség a neurológiában. Budapest Pharma Press Nyomda és Kiadó; 1996.
8. S. Temple, I. Y. Johnson: Gyakorlati ápolástan. Budapest. Medicina Könyvkiadó; Rt. 1997.
9. Harcos Péter: Agyi érbetegségek. Bp. VCB Magyarország KFI 1997.
10. P. Potter, A.G. Perry: Az ápolás elmélete és gyakorlati alapjai. Budapest. Medicina Könyvkiadó; Rt. 1999.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalai

Dr. Boncz Imre főosztályvezető

Országos Egészségbiztosítási Pénztár Szakmapolitikai és Koordináló főosztály, PTE EFK tiszteletbeli docens

Betlehem József főiskolai adjunktus

Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Ápolástudományi Intézet, a Magyar Ápolástudományi Társaság elnöke

Dr. Sebestyén Andor térségi főigazgatói főkoordinátor, OEP Dél-Dunántúli Térség

A vizsgált probléma: A dolgozat célja, hogy bemutassa a német biztosítási rendszert, ezen belül az ápolás biztosításának rendszerét.

Adatok és módszer: Szakirodalom-elemzés és -értékelés, amely magában foglalja a német "Ápolásbiztosítási törvény" elemzését, illetve a témával foglalkozó kiadványok áttekintését.

Eredmények: A dolgozat ismerteti a német biztosítási rendszer pilléreit, a kötelező- és magán betegbiztosítás rendszerét, mint az ápolásbiztosítás környezetét. Bemutatja az ápolásbiztosítás intézményrendszerét, típusait, az ellátási jogosultságot, az ápolásbiztosítási járulék mértékét. Ezt követi az ápolási fokozatok meghatározása, az ápolásbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatások ismertetése, majd az ápolásbiztosítási ellátások szolgáltatóinak és a rendszer hatásainak bemutatása.

Következtetések: A német ápolásbiztosítási rendszer átgondolt és szakmailag jól előkészített bevezetése adekvát válaszlépés a demográfiai kihívásokra. A szakmai viták, a gazdasági elemzések és a politikai szempontok gondos mérlegelésével, alapos körütekintéssel érdemes megvizsgálni, hogy mikor és milyen módon lehetne Magyarországon is bevezetni az ápolásbiztosítást.

Kulcsszavak: ápolásbiztosítás, egészségbiztosítás, Németország, egészségügyi reform

Bevezetés

Az ápolás számos területen komoly változásokon ment át világszerte, amely változások részben megkezdődtek Magyarországon is. Az ápolás mint szakma, tudományterület és biztosítási-pénzügyi terület is egyaránt meghatározó változásokat ért meg. A világon tapasztalható fejlődési tendenciák során az ápolás kiegészítő tevékenységből önálló és elismert szakmává vált, az ápoláskutatás térhódítása és a tudományos módszerek alkalmazása révén önálló tudományterületté fejlődött, valamint az egészségbiztosítási rendszerekben betöltött szerepének ártértékelődése révén önálló biztosítási területté vált.

Az említett fejlődési területek az egyes országokban különböző mértékben vannak jelen. Az önálló szakmai lét elismerése gyakorlatilag minden civilizált országban megvalósult, így hazánkban is. A tudományos fejlődés igen eltérő szinten áll: míg az Amerikai Egyesült Államokban (USA) önálló diszciplínaként nyert elismerést, melyet neves doktori iskolák reprezentálnak, addig egyes fejlett országokban (Európában is) még önálló diplomát sem lehet szerezni az ápolás területén. Hazánk ezen a téren középúton helyezkedik el, nálunk már megvalósult a diplomás ápolók képzése, sőt 2002-ben átadásra kerülnek az első magyar egyetemi oklevelek is. Biztosítási téren Németország példája emelendő ki, ahol az ápolásbiztosítás önálló ágazatként jelent meg az 1990-es évek közepén.

Dolgozatunk célja annak bemutatása, hogy a Németországban bevezetett ápolásbiztosítási rendszernek melyek a főbb jellemzői, milyen tanulságokkal szolgálhat hazánk számára.

Adatok forrása

A dolgozatban felhasznált információk a német Ápolásbiztosítási törvény [1] megfelelő fejezeteiből, a különböző tájékoztató kiadványokból (egészségügyi reform [2], ápolásbiztosítás [3,4]) származnak. A német egészségügyi rendszerről szóló, a European Observatory által készített átfogó tanulmányt szintén felhasználtuk [5].

A német biztosítási rendszer pillérei

A német biztosítási rendszer (1. ábra) alapjait Otto von Bismarck, Németország kancellárja fektette le. Az országos szinten kötelező egészségbiztosítást 1883-ban vezették be, meghatározott iparágakban dolgozók számára. Ezt 1884-ben kiterjesztették a balesetbiztosításra, majd 1889-ben következett a nyugdíjbiztosítás. 1927-ben vezették be a munkanélküliség elleni biztosítást.



1. ábra – Bismarck-féle társadalombiztosítás 5 pillére Németországban

A német biztosítási rendszer 5. pillére, az önálló **ápolásbiztosítási ágazat** 1994-ben került deklarálásra, 1995. január 1-én kezdődött a rendszer működése, a járulékok fizetése. Az ellátások két lépcsőben indultak. Az otthoni ellátás (pénzbeli és természetbeni ellátás) 3 hónap járulékfizetési intervallumot követően, 1995. április 1-én került bevezetésre, míg az intézményi ellátás 15 hónappal később, 1996. július 1-én kezdődött. Az előzményekről elég legyen annyit megemlíteni, hogy az ápolásbiztosítás bevezetését mintegy húsz éves széles társadalmi párbeszéd és vita előzte meg, ahol politikai, alkotmányos, vallási, filozófiai, gazdasági, pénzügyi és szociális kérdéseket egyaránt megvitattak. [6]

Kötelező- és magán betegbiztosítás rendszere

A német biztosítási rendszer fejlődése során nagyon sok biztosítószervezet jött létre (1. táblázat). Ezek területi (földrajzi) alapon, egy-egy nagyvállalathoz kapcsolódóan, egy ágazathoz (pl. bányászok) kötődően jöttek létre.

Típus	Német elnevezés	Számuk	Központ
Regionális általános biztosítók	Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)	17	Bonn
Vállalati betegbiztosítók	Betriebskrankenkassen (BKK)	359	Essen

Ipartestületi betegbiztosítók	Innungskrankenkassen (IKK)	42	Bergisch-Gladbach
Mezőgazdasági munkások pénztára	Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)	20	Kassel
Bányászok pénztára	Bundesknappschaft	1	Bochum
Tengerészek pénztára	See-Krankenkasse	1	Hamburg
Kiegészítő alapok	Ersatzkassen	13	Siegburg
		453	

1. táblázat – A német kötelező betegbiztosítók típusai (1999. június 1.)

A 72 millió német állampolgár (50,7 millió biztosított plusz hozzátartozóik) egészségbiztosítását 453 kötelező betegbiztosítási pénztár biztosította 1999 közepétől. Emellett 52 magán egészségbiztosítási pénztár látott el 7,1 millió lakost. A több mint 500 biztosító nagy számnak tűnhet a hazai OEP-hez képest, azonban meg kell említeni, hogy a német biztosítók száma a '90-es évek elején még jóval 1000 felett volt. Azon állampolgároknak, akiknek éves jövedelme nem ér el egy meghatározott szintet, kötelező belépni egy egészségbiztosításhoz. Ez a jövedelemhatár a nyugati tartományokban 77.400,- DEM, míg a keleti tartományokban 63.900,- DEM éves jövedelemnél húzódik meg (DEM = német márka).

Az ápolásbiztosítás intézményrendszere, típusa, ellátásra jogosult személyek

Az ápolásbiztosítás a társadalombiztosítási rendszer új, önálló ágaként került kialakításra és – összhangban a német egészségbiztosítási rendszer egyéb elemivel – két fő formában működik: a **szociális ápolásbiztosítás** keretében, illetve a **kötelező privát ápolásbiztosítás** keretében valósul meg. A két rendszer a törvényes ápolásbiztosítás önálló részeként, egymással egyenértékűen, mellérendelten működik.

A szociális ápolásbiztosítás a kötelező betegbiztosítás keretében működik. Mint már említettük, Németországban nagyon sok betegbiztosító társaság működik. Az ápolásbiztosítás rendszerének kialakításakor minden biztosítónál létrehoztak egy ápolásbiztosítási pénztárat, melyek önálló közjogi testületként működnek. Vagyis nincs külön adminisztráció, nincs külön igazgatási apparátus, hanem a betegbiztosítók intézik az ápolásbiztosítási pénztárak ügyeit is, az adminisztráció költségeit pedig elszámolják egymás között.

A kötelező privát ápolásbiztosítást a privát betegbiztosító társaságok végzik. Itt sem alakult ki önálló biztosító, hanem a privát betegbiztosító ápolásbiztosítási pénztára végzi a tevékenységet.

Az **ellátásra jogosultak körét** az általános betegbiztosításhoz kapcsolva közelíthetjük meg. Vagyis akinek van általános betegbiztosítása, illetve erre kötelezett, annak van ápolásbiztosítása is. Ezt fogalmazza meg "Az ápolásbiztosítás követi a betegbiztosítást" alapelv. Tehát mindenki ott rendelkezik ápolási biztosítással, ahol a betegbiztosítás védelmében részesül. Az ápolásbiztosítás betegbiztosításhoz való kapcsolódása miatt a népesség mintegy 98%-a vagy a szociális, vagy a privát ápolásbiztosítás keretében biztosításra kötelezett. Az ápolásbiztosítás rendszerébe tehát nem lehet belépni, akinek betegbiztosítása van, az bent van a rendszerben. Vagyis nem fordulhat elő olyan helyzet, hogy valaki idősebb korában vagy fiatalabb korban, de az egészségi állapotának romlása miatt belép a rendszerbe, ezáltal jogtalan előnyhöz jutva azzal szembe, aki huzamos ideje fizeti a járulékokat.

Felvetődhet a kérdés, hogy a privát ápolásbiztosítók nem "halásszák-e" el a tehetősebb, ugyanakkor egészségesebb, alacsonyabb kockázatú személyeket, és nem hagyják-e az alacsonyabb jövedelmű, betegesebb személyeket a szociális ápolásbiztosításra (cream skimming = lefölözés)? A privát ápolási biztosítóknak szerződéskötési kötelezettségük van, vagyis nem lehet mérlegelni a biztosított korábbi megbetegedéseit. Extra díj a kockázat csökkentésére nem alkalmazható, és nincs a biztosított neme vagy egészségi állapota szerinti díjfokozat sem.

Az ápolásbiztosítási járulék mértéke

A járulékszintet törvény szabályozza, amely országosan egységes, minden ápolásbiztosítási pénztárnál azonos nagyságú. 1995. januárjában 1,3%-os járulékszinttel indult a rendszer, amely 1996. júliusában – az intézményi ellátás kezdetekor - 1,7%-ra emelkedett, ami fele-fele arányban oszlik meg a munkáltató és a munkavállaló között. A járulékkulcs 2030-ig fokozatosan emelkedik 2,4%-ra, mivel a demográfiai változások következtében nagyobb teher nehezedik az ápolásbiztosítási ellátásokra. A járulékfizetés tekintetében csupán Szászországban van minimális eltérés (1,35 szemben a 0,35-el).

A szociális ápolásbiztosításban a járulékfizetésnek alsó és felső határa egyaránt van. A nyugati országokban havi 25,39 DEM, a keleti országokban havi 20,63 DEM került minimumként meghatározásra. A járulékfizetés felső határa 2000. január 1-től 109,65 DEM a nyugati országokban és 90,53 DEM a keleti országokban. Ez a

legnagyobb járuléka a betegbiztosításban érvényes járulékfizetési határra (2000: 6450 DEM a nyugati, 5325 DEM a keleti országrészben) vonatkozó 1,7%-ból adódik. A privát ápolásbiztosítás legmagasabb járulékanak összege nem haladhatja meg a szociális ápolásbiztosítás legmagasabb járulékanak összegét. Az általános szabályok alól számos kivétel van (pl. diákok), amelyek részletes ismertetése meghaladja jelen dolgozat célkitűzéseit. Természetesen még Németországban is szabályozni és szankcionálni kell a járulékfizetést elmulasztókat. A törvény szerint a biztosítási kötelezettség megsértése 5000 DEM összegig terjedő pénzbírsággal sújtható.

Az ápolási fokozatok meghatározása

Az ápolás és segítségnyújtás mindenkori célja, hogy a páciensnek addig nyújtsanak segítséget, amíg mindennapi megszokott tevékenységét önállóan nem tudja elvégezni.

A páciensek ellátási igényeit a napi tevékenységekhez és az azokból fakadó szükségletekhez igazodva határozzák meg. A **szükségletek** (2. táblázat) meghatározása négy alapvető mindennapi tevékenységet foglal magába: testápolás, táplálkozás, mozgás, háztartásvezetés, amelyek közül az első három ellátás jelenti az alapápolás igényét.

A szükségletek függvényében az **ápolási fokozatokat** az alábbiak szerint definiálhatjuk. A besoroláshoz szükség van Orvosi Szolgálat véleményezésére is, ahol az ápolási szükségletek felmérését rendszerint ápolók végzik.

Tevékenység	Szükségletek
Testápolás	Mosakodás, fürdés, zuhanyozás, szájápolás, borotválkozás, széklet vagy vizeletürítés
Táplálkozás	Étkezés, táplálás, megfelelő étel előkészítés
Mozgás	Segítség nélkül az ágyból való felkelés és lefekvés, öltözés-vetkőzés, járás, állás, lépcsőzés, otthonról eltávozás és visszaérkezés
Háztartásvezetés	Bevásárlás, főzés, takarítás, mosogatás, mosás, fűtés

2. táblázat – Az ápolási szükségletek kategóriái

1. ápolási fokozat

Az ápolásra való rászorultság **jelentős** mértékét jelenti. A páciens naponta legalább egy alkalommal a testápolás, a táplálkozás, és a mozgás tevékenységek közül legalább két tevékenység elvégzésében segítséget igényel. Ezek mellett hetente több alkalommal a háztartásvezetéshez is segítségnyújtás szükséges. A segítség időtartamának a tevékenységek ellátásában napi szinten meg kell haladnia az 1,5 óra időtartamot, ahol az alapápolásra legalább 45 percnél kell jutnia.

2. ápolási fokozat

Az ápolásra való rászorultság **súlyos** mértékét jelenti. A páciens naponta legalább három alkalommal, különböző napszakokban szorul segítségre a testápolás, a táplálkozás, a mozgás területén, valamint ezen felül heti több alkalommal van szüksége a háztartásvezetésben közreműködésre. A segítség időtartamának valamennyi tevékenységet illetően napi szinten meg kell haladnia a három órát, melyből az alapápolásra legalább két órának kell jutnia.

3. ápolási fokozat

Az ápolásra való rászorultság **kifejezetten súlyos** mértékét jelenti. Itt időben állandó (éjjel-nappal) ellátás nyújtására van igény, az alapápolás igénye (testápolás, táplálkozás, mozgás) folyamatosan, éjjel és nappal is fennáll. A páciens ellátásával töltött idő el kell érje a napi öt órát, ahol az alapápolásra legalább négy órának kell esnie.

Az ápolásbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatások

Az ápolásbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatásokat (3. táblázat) is az ápolásbiztosítási törvény rögzíti.

Otthoni ápolás	Intézményi ápolás
Természetbeni ellátás	Intézményi ápolás
Pénzbeli ellátás (ápolási díj)	Intézményi ápolás fogyatékosok számára

Természetbeni és pénzbeni ellátás kombinációja	
Helyettesítés az ápolást végző személy akadályoztatásakor	
Ápolástechnikai eszközök	
Nappali és éjszakai ápolás	
Rövid idejű ápolás	
Ellátások az ápolást végző személy szociális biztosításához	
Ápolási tanfolyamok	

3. táblázat - A német ápolásbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatások

Az **otthoni ellátást** igénylő személyek választhatnak a természetbeni ápolás, a készpénzben folyósított ápolási díj, illetve ezek kombinációja között. A természetbeni ellátás esetén a biztosító a költségeket közvetlenül a szolgáltatást végzőknek fizeti, míg az ápolási díjat a biztosított páciens kapja meg, és ebből fedezi saját szervezésű (vagyis általában családtag, hozzátartozó, ismerős által végzett) ápolásának költségeit. A két ellátási forma költsége között a 4. táblázatban jelzett eltéréseket találjuk, az egyes ápolási fokozatoknak megfelelően. Látható, hogy a szolgáltató által végzett ellátás esetében jóval magasabb a biztosító által fizetett díj. A természetbeni és pénzbeni ellátások aránya 12% és 88% volt 1995-ben, és bár a pénzbeli ellátások aránya 2000-re 67%-ra mérséklődött, még mindig inkább ezt választják a páciensek. Ez – és egyéb felmérések – azt jelzik, hogy az ápolási ellátást inkább az informális ellátók, a családtagok, rokonok, barátok, szomszédok nyújtják.

Ápolási fokozat	Természetbeni ellátás	Ápolási díj
1. fokozat	750 DEM	400 DEM
2. fokozat	1800 DEM	800 DEM
3. fokozat	2800 DEM	1300 DEM

4. táblázat – A német ápolásbiztosítás otthonápolás keretében nyújtott szolgáltatások költségei

Az otthonápolás keretében, amennyiben az ápolást végző személy átmeneti akadályoztatott (betegség, szabadság, ideiglenesen maximum 4 hétre), a biztosító gondoskodik ápolási szolgáltatóról.

Nagyon sok esetben az ápolásra szoruló személy lakása, környezete nem alkalmas az otthonápolásra, illetve a páciens nem rendelkezik megfelelő segédeszközökkel. Ennek megoldására ápolási eszközöket és technikai segítséget nyújtanak az ápolásra szoruló személy lakókörnyezetének az ápoláshoz megfelelő átalakításához, maximum 5000 német márka értékben.

Amennyiben a páciens ellátása teljes mértékben nem oldható meg otthon, akkor részidős ápolásra van lehetőség, nappali vagy éjszakai formában.

Amennyiben sem az otthoni ápolás, sem a részidős ellátás nem megfelelő megoldás, a rövid idejű (maximum 4 hét) ápolás igényelhető, melynek ellátmánya – az ápolási fokozattól függetlenül – 2800 DEM.

Olyan esetekben, amikor nem hivatásos ápoló nyújtja az ellátást, hanem hozzátartozók, barátok, szomszédok stb., gyakran előfordul, hogy az ápolást végző személy szociális biztonsága (pl. nyugdíjjarulék fizetése) veszélybe kerül. Ekkor az ápolásbiztosítás kiterjed az ápolást végző személy szociális biztonságának biztosítására.

A biztosító köteles a hozzátartozók és a társadalmi munkában tevékenykedő ápolók számára a térítésmentes ápolási tanfolyamokon való részvételt lehetővé tenni.

Az **intézményi ápolásnál** az alapápolásért, a szociális gondozásért és az ápolás részét képező orvosi kezelésért az ápolásbiztosító havi díjat fizet az ápolási fokozatoknak megfelelően (1. fokozat: 2000 DEM, 2. fokozat: 2500 DEM, 3. fokozat: 2800 DEM, illetve rendkívül súlyos esetekben 3300 DEM).

A beteg általában maga választhatja meg, hogy otthoni vagy intézményi ápolást igényel-e. Amennyiben intézményi ápolást igényel, de az nem lenne feltétlenül indokolt, akkor a biztosító akkora részét téríti az ellátásnak, mint amekkorát térítene az otthonápolás keretében. Ezáltal igyekeznek korlátozni vagy inkább mederben tartani az igényeket. Általában elmondható, hogy a 3. fokozatú ellátást igénylők már intézményi

ellátás keretében kezelhetők megnyugtatóan.

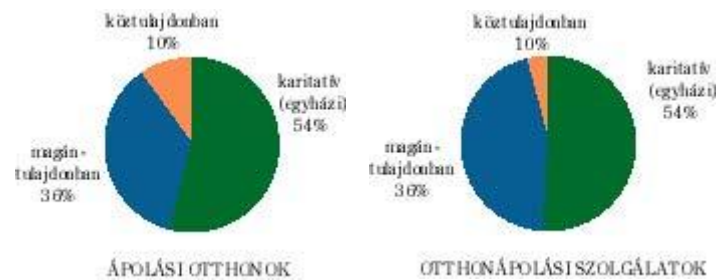
Az intézményi ápolás kritériumait az alábbiak szerint határozzák meg:

- az ápolást végző személy hiánya, vagy túlterheltsége, vagy túlterheltség bekövetkeztének veszélye,
- az ápolási tevékenység végzésére számításba vehető személyek készségeinek hiánya az ápolásra vonatkozóan,
- az ápolásra szoruló személy felügyelet nélkül maradása, vagy ennek bekövetkezésének veszélye,
- az ápolásra szoruló saját személy magára vagy másokra nézve veszélyes lehet,
- az otthoni környezet térbeli adottságai olyanok, hogy nem teszik lehetővé az otthoni ápolást.

Az ápolásbiztosítási ellátások szolgáltatói, a rendszer hatásai

Az ápolásbiztosítási szolgáltatásokat – jellegüknek megfelelően – ápolási otthonok vagy otthonápolási szolgálatok nyújtják. Mindkét esetben a szolgáltatóknak szerződést kell kötnie a szolgáltatások nyújtására. A szerződés az egyes szolgáltatók és a regionális ápolásbiztosítók szövetsége között jön létre. Ezen szerződés nélkül a szolgáltatók gyakorlatilag működésképtelenek, hiszen nem jogosultak a biztosítók finanszírozására. Az ápolási otthonok száma az 1992. évi 4300-ról 8600-ra nőtt a 2000. évre. Az ápolási otthonok átlagos létszáma 80 fő. Ezzel párhuzamosan az otthonápolási szolgálatok száma 4000-ról (1992) mintegy 13000-re (2000) nőtt. Mintegy 1,7 millió páciens részesült a szociális ápolásbiztosítás otthonápolási szolgáltatásaiból és hozzávetőlegesen félmillió páciens részesült ápolási otthoni ellátásban 1998 végére.

A **tulajdonviszonyokat** vizsgálva (2. ábra) mind az ápolási otthonok, mind az otthonápolási szolgálatok tekintetében meghatározó jelentőségű (50% feletti) az egyházi, karitatív tulajdonú szervezetek szerepe. A magántulajdonú szolgáltatók szintén jelentős szerepet töltenek be. A köztulajdonú (állami vagy önkormányzati) szereplők aránya viszont mindkét területen igen alacsony. Ezen számok ismeretében talán megkockáztatható az a kijelentés, hogy az ápolásbiztosítási rendszer kiépítése során igen jól sikerült a piaci viszonyokat és az egyházi, karitatív szervezetek szerepvállalását összhangba hozni.



2. ábra – Az ápolási otthonok és otthonápolási szolgálatok tulajdonviszonyai Németországban (2000)

Bár az ápolásbiztosítás kétség kívül jótékony hatást váltott ki a piacon, szólni kell az **állam szerepéről** is. A német kormány 1995-ben indította el fejlesztési programját, melynek keretében évi 800 millió német márkát fordítanak ápolási otthonok építésére. E fejlesztési program keretében 2000-ig mintegy 700 ápolási otthon épült fel vagy volt folyamatban az építése.

Az ápolásbiztosítás bevezetése jelentős **munkaerő-piaci hatást** váltott ki. Az otthonápolás területén mintegy 80000 új munkahely létrejöttét generálta a rendszer elindítása. Hasonlóan pozitív hatást váltott ki az intézményi ellátás bővülése is, azonban erre vonatkozó konkrét, megbízható számadatokat az áttekintett irodalmi források sem tudtak szolgáltatni.

Pénzügyi hatását tekintve a rendszer a 2000. évig hozzávetőlegesen 10 milliárd (!) német márka többletet halmozott fel. A számítások szerint az ezt követő 3-4 évben a kiadások meg fogják haladni a bevételeket, majd 2004-től lehet ismét azzal számolni, hogy a bevételek meghaladják a kiadásokat.

Megbeszélés, következtetések

Az ápolásbiztosítás rendszerének németországi kidolgozása és bevezetése számos következménnyel járt, melyeket az alábbiakban foglaltuk össze. A rendszer legfontosabb szerepét a demográfiai változásokból adódó jelenlegi illetve még inkább jövőbeli problémák kezelésében látjuk:

- a demográfiai változásokból adódó problémák kezelését segíti;
- adekvát válaszreakció a jelenlegi és a jövőbeni egészségügyi-költségrobbanás egyes elemeire;
- erősíti az öngondoskodást;
- az ápoláshoz mobilizálja a civil erőforrásokat (családtagok, rokonok, barátok, stb.);
- csökken a várólista az ápolási otthonokban;
- versenyhelyzetet teremt az ápolási szolgáltatók számára;
- az egyházi, karitatív szervezetek sikeres szerepvállalása;
- az állam egyes feladatainak delegálása;

- pénzügyi-gazdasági hatás;
- jelentős munkaerő-piaci hatás az új álláshelyek megteremtése révén;
- komoly kihívás az ápolói szakma számára.

Közismert, hogy a fejlett országok többségében a társadalom korösszetétele az idősebb korosztályok felé tolódik el, az idősek gondozása az Európai Unió országaiban is megoldandó problémát jelent [7]. Az eltartó/eltartott arány jelentős változása a nagy társadalmi elosztó rendszerek – mint például a nyugdíj rendszer vagy az egészségügyi ellátó rendszer – komoly kihívás elé állítja [8]. Az állam és az egyén felelőségének illetve szerepének meghatározása illetve megosztása szempontjából is jelentős az ápolásbiztosítás bevezetése, hiszen az egyéni öngondoskodást valósítja meg, állami felügyelettel, a már létező társadalombiztosítási rendszerbe integrálva.

Az ápolásbiztosítás hazai alkalmazhatóságát tekintve, elviekben, mint egyértelműen lehetséges, szóba jöhet a megoldást kell kezelni, hiszen a németországi kihívások részben már jelentkeztek, vagy jelentkezni fognak hazánkban is. Az ápolásbiztosítási rendszer bevezetésének lehetőségét hazánkban is alapos átgondolásnak kell megelőznie. A szakmai viták, a gazdasági elemzések és a politikai szempontok gondos mérlegelésével, alapos körültekintéssel érdemes megvizsgálni, hogy mikor és milyen módon lehetne Magyarországon is bevezetni az ápolásbiztosítást.

Irodalom

1. Bundesministerium für Gesundheit. Pflege Ver-sicherungsgesetz. Bonn, 2000.
2. Bundesministerium für Gesundheit. Die gesetz-liche Krankenversicherung – Solidarität stärken – Gesundheitsreform 2000. Bonn, 2001.
3. Bundesministerium für Gesundheit. Pflegen zu-hause – Ratgeber für die häusliche Pflege. Bonn, 2000.
4. Bundesministerium für Gesundheit. Pflege Ver-sicherung. Bonn, 2000.
5. European Observatory on Health Care Systems. Health Care systems In Transitions – Germany. Copenhagen, 2000.
6. Vollmer, R.J.: Long-Term Care Insurance in Germany. OECD Workshop “Healthy Ageing and Biotechnology. Tokyo, Japan , 13th to 14th November 2000
7. Iván, L.: Az idősgondozás helyzete Európában. Nővér, 1999; 12, 6, 9-13.
8. Boncz, I.: Az egészséggazdaságtan kihívásai a XXI. században. Népegészségtani Tudományos Társaság 9. Nagygyűlése. Hévíz, 2000. április 13-15.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Módosult az ápolási díj szabályozása

A szociális törvény januártól érvényes módosítása érinti az ápolási díjra vonatkozó szabályokat is. A változások egyike alapján például nem kizáró ok, ha az ápolásra szoruló gyermek tanul. A törvény azt is pontosan meghatározza, hogy az ápolási díj megállapításánál ki minősül tartósan betegnek vagy súlyosan fogyatékosnak.

Az **ápolási díj** továbbra is a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó nagykorú személy részére biztosított anyagi hozzájárulás. Ápolási díjra jogosult – a jegyespár kivételével – az a hozzátartozó, aki önmaga ellátására képtelen, állandó és tartós felügyeletre szoruló, súlyosan fogyatékos (korhatár nélkül), vagy tartósan beteg 18 év alatti gyermek gondozását, ápolását végzi. Az ápolási díj összege nem lehet kevesebb, mint az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege. (Ez jelenleg 18300 Ft.)

A települési önkormányzat úgy is dönthet, hogy ápolási díjat fizet a 18. életévét betöltött, tartósan beteg gondozójának. Ennek feltételeit helyi rendeletben szabályozza. A díj összege ebben az esetben nem lehet kevesebb, mint az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 60 százaléka.

Az ellátás folyósításának időtartama nyugdíjszerző szolgálati időnek minősül, mivel a folyósított összegből 8 százalék nyugdíjjárulékot vonnak.

Nem jogosult a díjra a hozzátartozó, ha rendszeres pénzellátásban részesül, (ide nem értve azt a táppénzt, amelyet az ápolási díj folyósításának időtartama alatt végzett kereső tevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján, keresőképtelenné válás esetén folyósítanak). Akkor sem vehető igénybe az ápolási díj, ha az ápoló szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos hallgatója, vagy keresőtevékenységet folytat és munkaideje – az otthon történő munkavégzés kivételével – a napi négy órát meghaladja.

Szintén nem jár ápolási díj, ha az ápoló személy két hónapot meghaladóan fekvőbeteg gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban, illetőleg óvodai, gyermekvédelmi

szakellátást nyújtó bentlakásos intézményi elhelyezésben részesül, vagy közoktatási intézmény tanulója, illetőleg felsőoktatási intézmény nappali tagozatos hallgatója, kivéve, ha a közoktatási intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkoztatások időtartamát nem haladja meg, vagy

- az óvoda, a nappali ellátást nyújtó szociális intézmény igénybevételének, illetőleg a felsőoktatási intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi öt órát nem haladja meg, vagy
- az óvoda, a közoktatási, illetőleg a felsőoktatási intézmény látogatása vagy a nappali ellátást nyújtó szociális intézmény igénybevétele csak az ápolást végző személy rendszeres közreműködésével valósítható meg.

Meg kell szüntetni az ápolási díj folyósítását, ha

- az ápolat személy állapota az állandó ápolást már nem teszi szükségessé
- az ápolást végző személy a kötelezettségét nem teljesíti,
- az ápolat személy meghal,
- a jogosultságot kizáró körülmény következett be.

Az ápolat személy halála esetén a halál időpontját követő hónap első napjától szünetlik meg az ellátás folyósítását.

Az ápolási díjra való jogosultság feltételeit a települési önkormányzat évente legalább egyszer felülvizsgálja.

*Az ápolási díj megállapítása iránti kérelemhez mellékelni kell a **házi orvos** igazolását arról, hogy az ápolat súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg és a szakvéleményét arra vonatkozóan, hogy az ápolat önmaga ellátására képtelen, ezért állandó és tartós felügyeletre, gondozásra szorul.*

Az ápolási díj szempontjából **tartósan beteg az a személy**, aki a fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmény, vagy illetékes szakrendelő intézet arra jogosult szakorvosa által kiadott zárójelentés igazolás alapján, a házi orvos szakvéleménye szerint, előreláthatólag, három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást-gondozást igényel.

Súlyosan fogyatékos személy az, akinek

- segédeszközzel, vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,
- hallásvesztése oly mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel nem képes és halláskárosodása miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,
- értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében továbbá 14. életévet megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű továbbá, aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervezív) fejlődési zavarban szenved és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),
- mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatása még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiány miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra-gondozásra szorul.

Ha az ápolást végző hozzátartozó nem ért egyet a házi orvos szakvéleményével, a szakvélemény felülvizsgálatát kérheti az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat területileg illetékes városi intézetének tisztifőorvosa által kijelölt, az ápolást indokló diagnózis szerinti szakorvostól vagy szervtől. (Ez a lehetőség az önkormányzatot is megilleti.)

[Vissza a
tartalomhoz](#)

A Project HOPE Alapítvány a magyar egészségügy szolgálatában

A Project HOPE, együttműködve a Johnson & Johnson céggel, 2000. tavasza óta rendez négyhetes képzési programokat “A változtatás vezetése – a kórházi középvezetők bővülő szerepe” címmel Magyarországon.

A Project HOPE immár három és fél évtizede dolgozik együtt számos egészségügyi területet képviselő szakemberekkel Közép és Kelet Európában a speciális szükségleteiknek mindenben megfelelő posztgraduális képzési programok kidolgozásában. Az elmúlt évtizedben a Cseh Köztársaság, Magyarország és egyéb országok egészségügyi intézményeiből egészségügyi menedzserek százai - mind felső vezetők, most pedig középvezetők – vettek részt a Project HOPE intenzív interdiszciplináris csapat-orientált menedzsment programjaiban – fejtette ki Timothy M. Emptie, regionális igazgató.

A Project HOPE, amelyet sokan a világ első, békeidőben működő kórházahajójával, a HOPE-pal azonosítanak, ma már a szárazföldön folytat orvosképzési és egészségügyi oktatási programokat, valamint koordinálja a humanitárius segítségnyújtást öt földrészen, ideértve Észak-Amerikát is. A “People-to-People Egészségügyi

Alapítványt” és annak fő tevékenységét, a Project HOPE-ot 1959-ben alapította Dr. William Walsh. A szervezet küldetését már maga a név is jelzi: egészségi lehetőséget az embereknek mindenütt (az angol szavak kezdőbetűjéből áll össze a HOPE elnevezés, amely mint angol szó, reményt jelent), és igen egyszerű filozófiában összegezhető: Csak oda menj, ahová hívnak, és segíts az embereknek, hogy segíthessenek önmagukon. Magyarországon a Project HOPE tevékenységének gerincét oktatási programok adják különféle területeken, például a koraszülött intenzív ápolási program, a koraszülött szállítási program, palliatív ellátás, a multidiszciplináris csoportok az emlőrák ellen program, valamint az egészségügyi menedzsment-programok felső- és középszintű vezetők számára.

Az 1886-ban alapított, a világ legátfogóbb és legszélesebb alapokon álló egészségügyi termékgyártójának, a Johnson & Johnson cégnek közel 99 100 alkalmazottja és 190 működő vállalata van 51 országban világszerte, termékeit 175 országban értékesíti, globális központja az Amerikai Egyesült Államok New Jersey államának New Brunswick városában található. A cég jelenleg Európában több, mint 80 vállalatot működtet, amelyek 25 ezer embert foglalkoztatnak a kutatás és fejlesztés, gyártás, marketing, kereskedelem, tervezés és számos egyéb területen, és ellátja ezt a régiót termékei teljes skálájával. A vállalat tevékenységét a hosszú években át az elnöki tisztet betöltő Robert Wood Johnson által 1943-ban megfogalmazott Hitvallás vezérli, amely folyamatosan emlékeztet a vállalat kötelezettségére, hogy a tisztesség és becsületesség, a megbízhatóság és tiszteletteljesség jellemezze az érdekeltekkel folytatott kapcsolatait.

A középszintű menedzserképzési programmal kapcsolatban Kurt Schluapp ügyvezető igazgató rámutatott arra, hogy “Sarkalatos fontosságú, hogy az egészségügyi ellátó rendszerek reformjának és általában az életszínvonal javításának motorjai olyan hatékony vezetők legyenek, akik jól ráhangolódtak az egészségügy előtt tornyosuló kihívások dinamikájára, és fel vannak vértézve arra, hogy eredményes és fenntartható döntéseket hozzanak, és elvezessenek az előttünk álló szükséges változtatásokhoz.... A “Középszintű menedzser képzése” program révén szakemberek kiválasztott csoportja szembesül egy olyan képzési szituációval, amely az egyén számára szükséges vezetői készségek fejlesztése és tökéletesítése céljával került kialakításra. A program lényeges eleme a csapatépítés egyértelmű hangsúlyozása, azaz multidiszciplináris megközelítéssel hozzásegíteni az egészségügy különböző területein dolgozó szakembereket ahhoz, hogy a holnap vezetőiként tudjanak együtt dolgozni.”

A kórházi középszintű menedzser-képzési programjának célkitűzései:

- az egészségügyi középszintű menedzsment készségeinek javítása;
- az egészségügyi intézmények hatékonyságának és eredményességének fokozása a jobb menedzsment révén;
- a koordináció és a kapcsolatépítés-kapcsolattartás elősegítése a résztvevők és a programot már elvégzett öregdiákok között;
- a csapatmunka ösztönzése, az elmélet és a gyakorlat ötvözése a tanfolyami munka során.

A tanfolyamon általános menedzsment elvek oktatására kerül sor a hazai helyzethez adaptálva. A program a vezetői készségeket középszintű összefüggés-rendszerben oktatja, építve az Egyesült Államokból és Európából érkezett oktatói gárda, továbbá a Project HOPE által Magyarországon szervezett egészségügyi menedzsment program “öregdiákjai” tehetőségére és tapasztalataira. A résztvevők egy projektet készítenek el és valósítanak meg, amely saját kórházuk menedzseri és szervezeti kihívásaival foglalkozik. A projektet az egyes csapatok a program időtartama alatt dolgozzák ki azzal, hogy a projektet meg kell majd valósítani az intézményükben. A résztvevők évente felkérést kapnak arra, hogy számoljanak be a projekt megvalósításának az állásáról. A tanfolyam révén a résztvevők kiépítik a kollégák regionális hálózatát, amely segítséget nyújthat a mindennapi munkában.

Központi témák

- A MENEDZSMENT SZEREPE / STRATÉGIA ÉS MEGVALÓSÍTÁS – A középszintű vezetők szerepének megértése a nagyobb szervezetben, különféle vezetési stílusok, eszközök, és készségfejlesztés a környezet értékelése, az érdekcsoport-, a SWOT-elemzés és változtatás-vezetés.
- OPERÁCIÓ-MENEDZSMENT / MINŐSÉGFEJLESZTÉS – Az operáció-menedzsment és a minőségmenedzsment jelentőségének megértése a kórházak minőségének javítása és költségeinek kézben tartása szempontjából, valamint annak tanulmányozása, hogy a folyamatos minőségjavítás hogyan vezet el a jobb betegség menedzsmenthez, a rendszer teljesítményének javításához és a költségcsökkentéshez.
- EMBERI ERŐFORRÁSOK – A részleg és a kórház küldetését támogató emberi erőforrás-kezelési gyakorlat feltárását és alkalmazását szolgáló készségek fejlesztése.
- PÉNZÜGYEK / KÖLTSÉGVETÉS KÉSZÍTÉS – Az alapvető pénzügyi vezetési fogalmak és analitikai módszerek megismerése; annak megértése, hogy ezek milyen kapcsolatban állnak a jobb döntéshozatallal és a kórház teljesítményével.
- PROJEKT-TERV – Az üzleti/projekt-terv összetevőinek megismerése.

A program a csapatokban történő képzésre épül. Annak érdekében, hogy a középvezetők javíthassák intézményük teljesítményét, minden egyes csapat egy projektet fog összeállítani és megvalósítani, amelyben intézményük valamilyen szükségletével foglalkoznak. Ezt a projektet a résztvevők a tanfolyam során dolgozzák ki a tananyag alkalmazásával, mely biztosítja, hogy az intézmények hasznosíthassák a programon elhangzottakat. A projekt témáját a csapat választja ki a program kezdete előtt, a választott témát a Csoportos jelentkezési lapon kell feltüntetni. A tanári kar mind a gyakorlatban tevékenykedő, mind az oktatásban dolgozó szakemberek közül kerül ki. A program minden egyes napja a fogalmakat bemutató előadás, gyakorlat, esettanulmány és projektmunka.

Kik jelentkezzenek?

Olyan háromfős csoportok jelentkezését várjuk, amelyekben egy osztályvezető főorvos, egy osztályvezető főnővér és egy adminisztrációs személy mindenképpen jelen van. A csoport tagjainak azonos intézményből, de nem azonos osztályról kell jelentkezniük. A programon való részvételhez nyelvtudás nem szükséges.

Ideje

A tanfolyam négy 3 és fél napos modul formájában zajlik, az alábbi időpontokban:

- I. modul: 2002. március 6-9. Rendszer és komponensei
- II. modul: 2002. április 3-6. Minőségbiztosítás
- III. modul: 2002. május 22-25. Emberi erőforrás menedzsment
- IV. modul: 2002. június 12-15. Pénzügyi menedzsment

A program költségei

A tanfolyammal kapcsolatos költségeket a Project HOPE fedezi, a résztvevőknek saját maguknak kell gondoskodniuk útiköltségükről és szállásukról. A program helyszíne a későbbiekben kerül pontosításra.

Hogyan lehet jelentkezni?

A jelentkezéshez szükséges egyéni és csoportos jelentkezési lapot – amely megtalálható a www.projecthope.hu internetes címen, vagy kérhető a HOPE irodájában – kitöltve önéletrajzzal együtt kell visszaküldeni a Project HOPE címére: (1051 Budapest, Arany János u. 6-8.).

Jelentkezési határidő: 2002. február 15.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Az alábbiakban közlünk egy projekt-munkát, amelyet a Project HOPE – Johnson és Johnson által szervezett változtatás-menedzsment képzési kurzuson részt vevő 3 fős debreceni team készített, az amerikai és a magyar oktatói kar útmutatásai alapján. A projekt egy bevezetni tervezett változtatás előkészítésének menedzseri fázisait mutatja be.

Nővéri munka hatékonyságának növelése rooming-in rendszerben működő újszülött osztályon

Bergyár Viola, Dancsi Lászlóné, Dr. Méryi Ágnes
Debreceni Egyetem, Szülészeti Klinika, Neonatológiai Tanszék

Háttér és magyarázat

A Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján 1999. szeptember óta működik Neona-tológiai Tanszék, amely szervezetiileg a Szülészeti Klinikához tartozik, de szakmailag és gazdaságilag független. A tanszék feladata az egészséges újszülöttek ellátása mellett a patológiás újszülöttek és koraszülöttek kezelése. A neonatológiai ellátást a következő osztályok biztosítják:

- újszülött osztály, rooming-in rendszer, 50 ágy;
- neonatalis intenzív centrum, 20 ágy;
- subintenzív osztály, 20 ágy;
- szülőszoba;
- újszülött, koraszülött szakrendelés.

A Szülészeti Klinikán 1990 óta látunk el újszülötteket rooming-in rendszerben. A roming-in rendszer egészséges újszülöttek ellátását szolgálja, ahol az újszülötteket a megszületést követően édesanyjukkal együtt helyezik el. A gyermekágyas osztályon 3-4-5 ágyas szobák állnak rendelkezésre a rooming-in ellátásra.

A 15 rooming-in kórteremben 50 újszülöttet 15 nővér lát el, 12 órás műszakban, műszakonként 3 nővér dolgozik.

Probléma bemutatása, általános és specifikus célok

A Neonatológiai Tanszék jelenlegi vezetése igyekszik feltárni azokat a hiányosságokat, amelyek az egyébként jól működő rooming-in rendszert gyengítik. Ezt segíti a havonta megtartott tanszéki értekezlet, ahol a dolgozók elmondják a munkájukkal kapcsolatos észrevételeiket, problémáikat, javaslataikat. Itt kerülnek megbeszélésre az édesanyák észrevételei, javaslatai is.

A gyakorlati munka során feltárt problémák:

1. az anyák elégedetlensége a várt segítség mértéke vagy elmaradása miatt
2. a segítségnyújtás megérkezéséig eltelt hosszú várakozási idő
3. a nővérek elégedetlensége, hogy nem tudnak az elvárásoknak megfelelni, nagyon leterheltek, hiányolják az anyagi és erkölcsi elismerést.
4. az újszülöttek folyamatos észlelése nem biztosított.

A problémák okai

1. távol van a nővérállomás a rooming-in szobától
– a nővérállomás és a legtávolabbi baba-mamás szoba mintegy 200 m távolságra van egymástól
2. megfelelő nővérhívó rendszer hiánya
– jelenleg az édesanyák telefonon keresik a nővéreket, ami a nővérállomáson csörög
3. magas az egy nővérré jutó újszülött szám
– 12 órás műszakban 30-50 újszülöttet 3 nővér lát el

Általános célok

1. az újszülöttek biztonságos és szakszerű ellátása
2. az édesanyák elégedettségének növelése
3. nővérek elégedettségének növelése

Speciális célok

1. 2 új nővérállomás létrehozása a rooming-in szobák közelében
2. a rooming-in szobákban dolgozó nővérek csipogóval történő ellátása
3. nővérlétszám emelés, belső átszervezéssel
– az egy műszakban felszabaduló nővér munkaerő átcsoportosítása a rooming-in rendszerbe (ha nincs szülés a szülőszobában dolgozó nővér besegít a rooming-in-ben)

Projekthez kapcsolódó külső és belső környezet elemzése

SWOT-elemzés (1. táblázat)

Erősségek(S)	Gyengeségek(W)	Lehetőségek(O)	Veszélyek, fenyegetések(T)
Rooming-in kiépített Képzett nővérek Nővérlétszám adott Pozitív anyagi erőforrás Gyermekágyasok igénye	Nővéri túlerheltség Nővéri ellentétek	Kiépített csipogórendszer Gyermekágyas osztály tervezett rekonstrukciója	Betegelvándorlás Nővér elvándorlás Hírnévvesztés

1.táblázat – SWOT-elemzés

Erősségeink között említjük, hogy klinikánkon 10 éve kiépített rooming-in rendszer működik, jól képzett nővérgárdával. A jelenleg rendelkezésünkre álló nővérállások betöltöttek. A Tanszék pozitív anyagi erőforrással rendelkezik. A gyermekágyasok oldaláról is felmerült az igény a változtatásra.

Gyengeségeinknek tartjuk a nővérek túlerheltségét, az időnként fellépő dolgozók közötti ellentéteket. Lehetőséget látunk a kiépített csipogó rendszerben, ez megkönnyíti a nővérek csipogóval való ellátását. Ebben az évben tervezi a Szülészeti Klinika a gyermekágyas osztály rekonstrukcióját és ezzel egyidejűleg lehetőség

nyílik az új nővérállomások kiépítésére.

Veszélyt jelent a betegek és a nővérek más kórházba történő elvándorlása .

Érdekcsoportok (2. táblázat)

Érintett érdekcsoportok	Támogatók	Támogatók hatalmi potenciálja	Ellenzők	Ellenzők hatalmi potenciálja
Szülészeti Klinika vezetője Neonatólogiai Tanszék vezetője Gyermekágyasok Nővérek Orvosok Kórház higiénia	Tanszéki vezetés Gyermekágyasok Nővérek Orvosok Kórház higiénia	erős erős erős erős erős	Szülészeti Klinika vezetése Nővérek (egy csoportja)	erős közepes

2. táblázat - Érdekcsoport-elemzés

A problémában érdekelt csoportok közül erős hatalmi potenciállal a Szülészeti Klinika és a Neonatólogiai Tanszék vezetése, a Kórház Higiéniai Osztály rendelkezik. A tanszéken dolgozó nővérek, orvosok és a gyermekágyasok hatalmi potenciálja közepes. A változtatást a nővérek egy csoportja ellenzi, hatalmi potenciáljuk közepes.

Erőtérelmezés (3. táblázat)

Támogató erők	Akadályozó erők
Neonatólogia tanszéki vezető Dolgozók (orvosok, nővérek egy csoportja) Gyermekágyasok Baba-barát kórház cím megtartása Egyszerű technológiát igényel Pozitív anyagi erőforrás Tanszéki stratégia	Szülészeti Klinika vezetése Dolgozók egy csoportja Közönyösség

3. táblázat - Erőtérelmezés

A Szülészeti Klinika vezetését mint akadályozó tényezőt tüntettük fel, mivel a tervezett nővérállomásokat a gyermekágyas osztályon szeretnénk kialakítani. A tervezett változtatás szükségességét a betegelégedettségi vizsgálatokkal igazoljuk. Ha nő a gyermekágyasok elégedettsége, nő a klinika népszerűsége, a betegforgalom és a bevétel.

Csoport tagjainak szerepe

Intézetünk stratégiája a betegközpontú ellátás biztosítása, minőségi szolgáltatás nyújtása. Célunk a hatékonyság folyamatos növelése, a dolgozók foglalkoztatás-biztonságának elérése, dolgozók anyagi és erkölcsi megbecsülése, jó munkahelyi légkör kialakítása.

Ezen stratégia megvalósításához szükséges a szakmailag jól képzett munkaerő, jó empátiás készség, gyermekszeretet, kommunikatív és problémamegoldó képesség.

Bizalomépítés

A havonta tartott tanszéki értekezleteken a dolgozókat informáljuk a szakmai és gazdasági helyzetről, a problémákról és eredményekről, a tervezett változtatásokról.

Munkaerő toborzás:

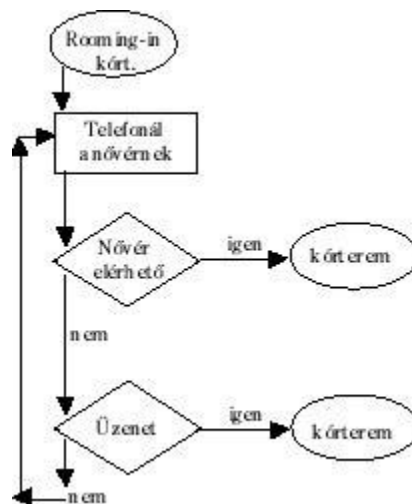
A baba-mamás kórtermekben dolgozó nővéreknél szükséges a gyermek-szakápolói végzettség, empátiás készség, jó kommunikációs és problémamegoldó képesség. Ezekről a tulajdonságokról személyes beszélgetéseken győződünk meg. A megüresedett nővérstátuszokat részben a helyi egészségügyi szakképző

iskola gyermek-szakápolói tagozatán végzett hallgatókból választjuk ki, akik gyakorlati idejüket a klinikán töltik. A meghirdetett állások másik részét személyes ajánlások segítségével töltjük be.

Dolgozók motiválása

Az új nővérállomások kialakításával javul a dolgozók munkakörülménye. A változtatásban a dolgozók véleményeit, javaslatait felhasználjuk. A nővérek ellátása csipogóval elősegíti a könnyebb elérhetőségüket és ez fontosságukat is hangsúlyozza. A legjobban teljesítők közül választanánk ki a csoportvezetőket. A csoportok kialakításánál figyelembe vesszük a speciális nővéri képességeket. Mindenkinek lehetőséget adunk továbbképzéseken és konferenciákon való részvételre. Támogatjuk a nővérek továbbtanulási szándékát. Negyedévenként lehetőségünk van anyagi jutalmazásra. Tanszéki értekezleteken a csoportok teljesítményét értékeljük.

Folyamatábra



1. ábra – A nővérhívás folyamata

A jelenlegi nővéri tevékenységet az 1. ábrán látható folyamat jellemzi. Kiindulási pont, hogy a kórteremben levő anyuka telefonál a nővérállomásra. Ha a nővér bent tartózkodik, kimegy a kórterembe és azonnal segítséget nyújt. Ha nincs bent, meg kell várni amíg visszajön. Ha megkapja az üzenetet, kimegy a kórterembe, ha nem kapja meg – mert elfelejtik átadni, vagy már nincs a nővérállomáson az, aki átvette az üzenetet – akkor az anyuka kénytelen újra telefonálni és ezáltal újra kezdődik a folyamat a második lépéstől.

Ok-hatás diagram

A problémák okait ok-hatás diagramon ábrázoltuk. A főbb megállapítások az alábbiakban foglalhatók össze: A probléma a hosszú várakozási idő.

Emberi tényezők

1. a nővér nem elérhető

- mert másik kórteremben vizitel;
 - mert nincs hívórendszer közelében;
 - mert nem tájékoztatták, mert elfelejtették, vagy mert nem érték el.
2. kevés a nővér – szakképzések miatt sokan vannak távol;
3. az anya későn szól – csak akkor amikor már azonnal szüksége lenne a segítségre.

Módszerek

1. az anya nem közvetlenül a nővért hívja – nincs közvetlen hívási lehetőség;
2. egy nővérek egy időben több helyen is kellene lenni – mert a szakközvetítő segít az újszülöttellátásban, vizsgálatok végzésében, tiszta ruha kiosztásában;
3. relatíve kevés nővér van – mert egy műszakon belül nem egyenletes a feladatok elosztása.

Információk

1. az anyák problémája nehezen jut el a nővérhez;
– mert nem közvetlenül a nővért hívja
– mert nincs külön személyzet a telefonok felvételére
2. az anya nem kap visszajelzést, hogy mikor érkezik meg a kért segítség.

Anyagok

1. kevés a bébi ruha
– kevés a pénz egy nagyobb készlet beszerzésére
– sokat hazavisznek az anyukák
– figyelmetlenségből a szemetesbe is kerülnek – összetéveszhető a textilledobó és a szemétdobó

Létesítmények

1. távol van a nővér az újszülöttről – mert távol van a nővérállomás
 2. nincs jó nővérhívó rendszer – mert a telefon a nővérállomáson van
- A probléma okát abban látjuk, hogy a nővérállomás és a rooming-in kórtermek távol vannak egymástól, ezért a nővérek a munkaidő jelentős részében úton vannak a kórterem és a nővérállomás között. A másik ok, hogy nincs lehetősége az anyukának, hogy a nővért közvetlenül hívja.

Indikátorok

Milyen mutatószámokkal tudjuk alátámasztani a problémát?

1. mennyi idő telik el a nővérhívás és a segítségnyújtás között
2. nővérállomás és a rooming-in kórterem közötti út megtételére fordított idő
3. egy nővérré jutó újszülöttek száma
4. betegelégedettségi vizsgálatok eredményei (lásd 1. melléklet)
5. dolgozói elégedettség

A benchmarking partnert olyan szintén rooming-in rendszerben dolgozó újszülöttsztyályok közül választjuk ki, akik hasonló problémával állnak szemben és hasonló indikátorokat lehet vizsgálni. Ebben segít a személyes ismeretségünk.

Minőségfejlesztési módszerek

1. Nővérállomások létesítése a rooming-in kórtermek közelében
2. A nővérek elérhetőségének javítása csipogók használatával.
3. Az egy műszakban dolgozó nővérlétszám emelése belső átszervezéssel.
4. A napi munkarend megismertetése az anyukákkal és az együttműködés javítása.

Az érintett dolgozók teljesítményének értékelése

1. tevékenységi listakészítés;
2. ápolási feladatok súlypontosítása;
3. munkaidőmérleg;
4. betegelégedettségi mutatók;
5. a munkatársak megítélik egymást, a hibák közös feltárása megvitatása;
6. szakmai vezető által történő ellenőrzés;
7. minőségellenőrzés-controlling.

Milyen szempontok szerint választottuk a megoldásokat?

Ezek a változtatások a probléma két fő okát szüntetik meg. Nem igényelnek nagy anyagi ráfordítást.

A projekt kivitelezését a tanszékvezető támogatja. A változtatások eredményeként javul az újszülöttek észlelése, az édesanyák és a nővérek elégedettsége.

Projektdimenziók

Mint korábban említettük a projekt hatással van az újszülöttekre az édesanyákra és a dolgozókra, nem eredményez sem jelentős anyagi megtakarítást, sem bevételt. Hatása elsősorban morális, növeli az édesanyák és a dolgozók elégedettségét, fokozza a hatékonyságot.

Méretét tekintve érint minden újszülöttet, gyermekágyast és az újszülött ellátásért felelős dolgozókat. Politikai érzékenysége nagy, mivel a Neonatológiai Tanszék vezetősége támogatja a project megvalósítását. Időtartama bevezetésétől folyamatos, nem összetett és új technológiát nem igényel. A projekt elsősorban minőségi változást eredményez.

Költség-hatékonysági vizsgálatok

Kiszámoltuk, hogy egy nővér 12 órás műszakban mennyi időt tölt el a nővérállomás és a rooming-in szoba közötti távolság megtételével.

A távolság 200 méter, amelynek megtételéhez oda vissza 5 percre van szükség. Egy nővér egy műszakban átlagosan huszonötször teszi meg ezt a távolságot, ez 125 perc 12 óra alatt. Amennyiben ezt egy nővér teljes munkaidejére vetítjük, akkor az annak a 17,5%-át jelenti.

Költségelemzés

Egyszeri beszerzési költség

– két nővérpult, beépített zárható szekrényekkel anyag és kialakítási költség 429 ezer forint

– két mosdókagyló csapteleppel 160 ezer forint

– két darab 60 literes hűtőszekrény

anyatejtárolásra 60 ezer forint

– két darab csipogó 120 ezer forint

összesen: 769 ezer forint

Egy nővér átlagjövedelme járulékokkal havi bruttó 115400 Ft.

Ebből számított órabére havi 173 órára vonatkoztatva 667 Ft.

173 óra=14,5 műszak

14,5 műszak x 125 perc= 1802 perc=30 óra

30 óra x 667 Ft= 20010 Ft/ hó a **kieső idő értéke**.

Két nővérré számítva **40.020Ft/hó**

769.000:40020=19,2 hónap

A kieső idő értéke 19,2 hónap alatt éri el a beruházási költséget.

A gyermekágyas osztály ágykihasználtsága 2001 jan.01 és máj. 31 között 40,8 volt. Amennyiben a két nővérállomást rooming-in szobák helyén alakítjuk ki, az ez évi betegforgalmat figyelembe véve nem csökkenti az ellátható szülők számát.

1. melléklet

Kedves Édesanya!

Klinikánkon a baba-mamás kórtermi újszülött ellátásnak nagy hagyományai vannak. A meglévő előnyöket figyelembe véve mi arra törekszünk, hogy az ellátás színvonalát folyamatosan javítsuk, ezáltal növelve az újszülöttek szakszerű biztonságos ellátását és az édesanyák elégedettségét. Ehhez kérjük az ön segítségét kérdőívünk őszinte kitöltésével.

Köszönjük, a Neonatológiai Tanszék munkatársai nevében.

Debrecen, 2001. június 20.

1. Bemutatkozott-e minden műszak kezdéskor a csecsemőnővér?

1. igen 2. nem 3. néha

2. Kapott-e megfelelő tájékoztatást arról, hogy kitől kérhet segítséget a babát érintő kérdésekben?

1. igen 2. nem 3. néha

3. Mennyi idő telt el a segítségkérés és segítség nyújtás között?

1. kevesebb mint 10 perc 2. 10-20 perc között 3. ettől több

4. Előfordult-e, hogy nem kapott segítséget?

1. igen 2. nem 3. néha

5. Megfelelőnek tartja-e a jelenlegi nővérhívó rendszert?

1. igen 2. nem 3. lehetne jobb is

6. Okozott-e nehézséget, hogy távol van az újszülött osztály a baba-mamás kórtermektől?

1. igen 2. nem 3. néha

7. Meg volt-e elégedve a gyermekápoló jelenlétének gyakoriságával?

1. igen 2. nem, írja ide milyen gyakran látta volna szívesen?

8. Jónak tartaná-e, ha a baba-mamás kórtermek közelében nővérállomásokat létesítenének?

1. igen 2. nem 3. a jelenlegi rendszer is megfelelő

9. Meg volt-e elégedve a szakmai és lelki segítségnyújtással?

1. igen 2. nem 3. részben

10. Közvetlenül szülés után szeretett volna-e egyesül pihenéssel tölteni bizonyos időt?

1. nem 2. 1-2 órát 3. ettől többet

11. Milyen javaslatok vannak a baba-mamás ellátás színvonalának emelésére?

Kérdések száma	Válaszok			Kérdések száma	Válaszok		
	1.	2.	3.		1.	2.	3.
1.	23	13	8	6.	25	15	4
2.	40	2	2	7.	42	2	-
3.	18	23	3	8.	28	0	16
4.	6	34	4	9.	27	3	14
5.	10	27	7	10.	24	14	6

Betegelégedettségi vizsgálat válasz-összesítések

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Ápoláskutatási projekt Szlovéniában: az ápolás mennyiségének és minőségének meghatározása

**Dr. Oscar R. de Miranda, med. soc., OD, NSc, RN¹ – Majda Zorec, RN,²
Bojana Filej, RN, BSc, MSc² – T. van den Hout¹ – T. van Naerssen¹**

¹Katholieke Universiteit Nijmegen, Hollandia

²Health Centre Maribor, Szlovénia

Az ápolás minőségét és mennyiségét meghatározó közös kutatási munka 1999 júliusában kezdődött Szlovéniában. A projekt célja, hogy Szlovéniában, az alapellátás területén, megfeleljünk azoknak az Európai Unióban is alkalmazott kritériumoknak, amelyek az ápolási tevékenységekre vonatkoznak. A projekt teljes időtartama 3 év, amelynek anyagi fedezetét a holland kormány az ún. MATRA (a kelet-európai országok csatlakozását segítő) program terhére biztosítja. Az együttműködésben partneri kapcsolatot létesített a holland Nijmegeni Katolikus Egyetem és a szlovén Maribori Egészségközpont. A projektet támogatásában részesíti a szlovén Egészségügyi Minisztérium, valamint a Szlovén Ápolási Egyesület is. A projekt első évében az ápolás mennyiségének és minőségének mérésére szolgáló eszközöket fejlesztünk ki, amelyeket adaptálunk, és folyamatosan tesztelünk. A második évben kerül sor a valóságos mérésekre. Ennek célja, hogy az ápolásvezetők folyamatosan tervezni és monitorozni tudják az alapellátásban dolgozó ápolók tevékenységét az egészségközpontban, a városi és közösségi ellátás területén. A projekt folytatását a személyre

szabott képzési program garantálja, amely egyaránt alkalmas az ápolási vezetők és a beosztottaik, valamint az őket megfigyelők tájékoztatására.

A projekt egy további eredménye annak az eszköznek a kifejlesztése, amit a Szlovén Ápolók Nemzeti Tanácsa elfogadott és alkalmasnak ítél a családok négyesintű osztályozására. A projekt előrehaladtával a nemzetközi érdeklődés növekszik, és egyre több ország csatlakozna a megvalósításhoz saját hazájukban.

Bevezetés

Két évvel ezelőtt a Maribori Egészségközpontban egy olyan projekt indult el, amelynek célja az alapellátás területén az ápolás mennyiségét és minőségét meghatározni. A projekt 3 évig tart és a holland kormány MATRA alapjának támogatásával készül. Az első év során a tevékenységek fő iránya a mérésre szolgáló eszközök kifejlesztése és tesztelése. A második évben a már letesztelt eszközöket 5 alapellátási területen a gyakorlatban alkalmazzuk. A harmadik évben a projekt kiértékelése a fő cél, valamint konkrét javaslatok megfogalmazása az alapellátásban szükséges változtatásokra (az ápolás mennyiségi és minőségi követelményeinek figyelembe vételével). A projekt további folytatását állandó továbbképzéssel biztosítjuk.

A minőség és mennyiség mérésének célja, hogy a 3. év végére, az ápolásra vonatkozható standardok és kritériumok álljanak rendelkezésre. Ez az ápolási vezetők nyelvére lefordítva azt jelenti, hogy ők is olyan eszközök birtokába kerülnek, amelyekkel monitorozni és garantálni tudják az ápolás mennyiségi és minőségi követelményeinek való megfelelést. A gyakorlatban dolgozó számára pedig a projekt haszna, hogy olyan ápolást tud nyújtani, amely a beteg szükségletéhez a legjobban igazodik.

Ahhoz, hogy ezeket a célokat megvalósítsuk, számos lépést kell megtervezni nemzetközi, országos, szervezeti és individuális szinten. Az első legfontosabb lépés a létrehozott mérőeszközök adott ápolási rendszerhez és folyamatokhoz való hozzáigazítása. Ezt követően kell adaptálni az eszközöket úgy, hogy alkalmazhatók legyenek a szervezeti szinteken is (egészségközpontok, ápolási vezetők). Individuális szinten pedig a megbízhatóságuk ellenőrzése kiemelendő feladat.

A projekt keretében végzett tevékenységek messze nem csak tudományos feladatok. A megvalósítást az ún. "tevékeny kutatási módszertannal" végezzük, amely két részből épül fel. Az első rész a gyakorlatban tevékenykedő ápolók képzését és oktatását jelenti együtt azokkal, akik a konkrét méréseket végzik. A másik rész a támogatás és megfelelő vezetés biztosítása a projekt során. Az ápolási vezetők a 3 év során folyamatos támogatást és segítséget kapnak a projektvezetőktől a mérőeszközök használatához és kiértékelésükhöz. Ugyancsak segítenek nekik az eszközök segítségével megtervezni az ápolók napi tevékenységét, terhelését. A megfelelő számú, elosztású és képzettségű ápolók segítségével a minőségi követelményeknek való megfelelést garantálható.

A projekt nemzetközi szinten a két ország Egészségügyi Minisztériumának védnöksége alatt készül. Nemzeti szinten egy közös projektvezetés alakult, amelynek feladata a tervezett tevékenységek irányítása és megvalósítása, a költségvetés felhasználása. Szervezeti szinten 3 csoport alakult, amelyek a képzési programokat felügyelik, támogatják az ápolási vezetőket, és a konkrét megvalósításban vesznek részt. Az individuális szinten azok a megfigyelők állnak, akik a konkrét méréseket végzik, és regisztrálják az ápoló-beteg kapcsolatokban fellépő változásokat.

Az ápolás minősége

Az ápolás minőségét az adott ápolási rendszeren belül és az ápolási folyamatot meghatározó 4 központi fogalommal definiáljuk. Az ápolási folyamatot érintő 3 fogalmat az Európai Unióban használt standard kritériumokból, a szlovén ápolásetikai kódexből és a szlovén egészségügyi törvény vonatkozó részeiből merítjük. A minőség negyedik meghatározó eleme az ISO-9000-es standardok. Az ápolási folyamattal összefüggő fogalmak közül kiemelten kezeljük a beteggel való kommunikációt és a beteg támogatását, az ápolási beavatkozásokat és gondozás koordinációját. Mindegyik fogalom bizonyos indikátorokból épül fel. Az indikátorok standardokból, kritériumokból és egy vagy több, empirikusan megválaszolható kérdésből állnak. A kérdéseket vagy a betegnek, vagy az ápolónak tehetjük fel, vagy a beteg dokumentációjából, valamint közvetlen megfigyeléssel válaszolhatjuk meg. A gondozás koordinációja jelenti a kapcsolatot a kommunikáció, a támogatás és az ápolás technikai-szervezési aspektusai között.

Az ápolás mennyisége

Az ápolás mennyiségét az összes direkt és indirekt ápolási tevékenységgel mérjük. Ezeket a tevékenységeket az összes ápoló-beteg találkozáskor lemérjük, amikor a beteg az egészségközpontot meglátogatja. Ennek megfelelően minden beteget a neki megfelelő 4 kategória valamelyikébe soroljuk be. A leglényegesebb indikátorok, amelyek alapján a besorolás történik a következők: a gondozás összetettsége, a beteg önellátási

képességei és a beteg szükségletei. A kategóriák ennek megfelelően a teljesen önálló (I. szint) besorolástól a folyamatos ápolói felügyeletet igényel (IV. szint) csoportig terjednek.

Várható eredmények

A kétéves megvalósítást követően az alábbiakban megfogalmazott eredményeket várjuk.

1. Az ápolás minőségét mérő eszközt hazailag elismert szakemberek kiértékeltek és elfogadták.
2. A betegek osztályozási rendszerét az alapellátásban nemzeti szinten elfogadták, használják.
3. Az egészségközpontok ápolásvezetőinek rendelkezésre áll olyan eszköz, amivel beosztottaik tevékenységeit tervezni, monitorozni tudják.
4. Adatot szolgáltatni a gyakorlatban dolgozó ápolók számára direkt és indirekt ápolási tevékenységeikről.
5. Személyre szabott oktatási programot készíteni a megfigyelők részére, ami lehetővé teszi az ápolás mennyiségének és minőségének mérését, amikor csak szükség van rá.
6. Elérhető adatot nyújtani az egyes beteg kategóriákról, összehasonlítani azokat az egyes központok között.
7. Szervezeti szinten megfelelő standardokat és kritériumrendszereket hozni létre.

Az alábbi adatok az ápolási tevékenységek mennyiségével állnak összefüggésben.

1. A konkrét ápolási tevékenységek száma az adott műszak alatt.
2. A direkt és indirekt ápolási tevékenységek aránya.
3. A direkt és indirekt ápolásra fordított idő mennyisége.
4. A beteg száma és az egy ápolóra eső munkaterhelés mértéke adott műszakban.
5. Egy adott részleg működéséhez szükséges ápolók száma.

Az ápolás minőségére vonatkozóan ajánlást fogalmaztunk meg, amelynek célja a minőségi standardok és kritériumok létrehozása. Ez az ajánlás tartalmaz egy ellenőrző jegyzéket, ami igazodik az általános tervezés-végrehajtás-ellenőrzés-reagálás folyamatrendszerhez. Az ellenőrző jegyzék olyan elemeket tartalmaz, amelyek a standardok létrehozásához és az oktatási program kialakításához feltétlen szükségesek.

Az eredmények alapján két fajta módszert alkalmazunk az egészségközpontban bevezetni szükséges változásokkal kapcsolatban: ahol lehet, az alulról felfelé történő változtatást keressük, ahol pedig adminisztratív döntés kell, ott a felülről lefelé irányuló változtatást kezdeményezzük. A projekt eredményei nem csak a helyi szükségletek kialakításában fontosak, de jó alapot szolgáltatnak egy nemzeti stratégia kidolgozásához is.

Következtetések

A projekt eredményeképpen olyan eszköz áll elő, amely az ápolás mennyiségének és minőségének mérésére alkalmas és megbízható. Lényeges azonban, hogy ez egy hosszabb előkészítés, adaptáció és sorozatos tesztek következménye, amelyeknek időben meg kell előznie a végleges felhasználást. Ugyancsak fontos, tekintettel arra, hogy a projekt lassan utolsó fázisába lép, hogy a tervezett 3 év és az erre szánt költségvetés elegendőnek bizonyult a projekt teljes megvalósításához.

További következménye a projektnek az újonnan csatlakozni kívánó országok megjelenése, akik nemzeti szinten szeretnék megvalósítani az itt bemutatott kutatási munkát.

Köszönetnyilvánítás: a szerzők köszönettel tartoznak mindenkinek, akik erőfeszítéseikkel támogatják a projekt megvalósulását, beleértve azokat is, akik a MATRA program részéről az anyagi támogatást nyújtották a kivitelezéshez.

További információk: Majda Zorec és Oscar R. de Miranda, p./a. Crngrob 11, 4209 Zabina Crngrob, Slovenija.

[Vissza a
tartalomhoz](#)

Orvosi könyvtár vagy egészségügyi könyvtár?

Erdeiné Törőcsik Katalin könyvtárvezető

Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórház-rendelőintézet Orvosi Szakkönyvtára, Debrecen

Az orvostudományi szakkönyvtárak létrehozásának célja az orvosok, egészségügyi dolgozók könyvtári ellátása volt. A szép számban megjelenő orvostudományi irodalom mellett az egészségügy irodalmából csak kevés kiadvány jelent meg, jelentős fejlődése az utóbbi évekre tehető. Áttekintésemben az egészségügy irodalmának kialakulását, fejlődését, és a könyvtárakra gyakorolt hatását mutatom be.

Az egészségügyi intézmények orvostudományi szakkönyvtárainak nagy része az 1960-as évek elején jött létre azzal a céllal, hogy segítse az orvosok, az egészségügyi dolgozók képzését, továbbképzését, tudományos munkáját a szükséges dokumentumok, könyvek, folyóiratok beszerzésével és hozzáférhetővé tételével (9). A kezdeti időszakban azonban jóformán csak az orvostudomány irodalmát tudták fejleszteni a könyvtárak, egészségügyi kiadványok meglehetősen szerény számban jelentek meg.

A lehetőségek az 1980-as évek végén jelentősen megváltoztak. Nemcsak az orvosok graduális és posztgraduális képzését, tudományos kutatásait, a rezidensképzést tudja segíteni a könyvtár, hanem lehetőség nyílik a több szinten folyó ápolóképzés, továbbképző tanfolyamok, tudományos munka, ápoláskutatás irodalmi ellátására is (1). Az oktatás új rendszerének lehetőségei rugalmas megközelítést biztosítanak az oktatóknak, a pedagógusoknak a tananyag kiválasztásában, oktatásában, számonkérésében, ami érezhető hatással van annak irodalmi háttérvonzatára mind mennyiségi, mind minőségi szempontból.

A könyvtárban nemcsak az új követelményrendszer hozott változást, erőteljesen megmutatkozik ez – többek között - a dokumentumanyagok összetételében is. A tudomány minden területén megjelentek az új típusú információhordozók a hangkazetták, videokazetták, CD-lemezek, internet. E nagyfokú technikai fejlődés és az információ mennyiségi növekedése következményeként a jelen és a jövő könyvtárainak maximálisan alkalmazkodniuk kell technikai és szolgáltatási szinten is a változásokhoz.

Az egészségügyi információhordozók növekvő száma, a könyvtárak megváltozott, sokrétűvé vált feladatai kapcsán érdemes áttekintenünk, hogy az orvostudomány dokumentumanyagának töretlen fejlődése mellett az egészségügyi irodalmi ellátása honnan és hogyan jutott el jelenlegi fejlettségi szintjére.

Az átalakulás folyamatának szemléltetéséhez néhány gondolat erejéig vissza kell tekintenünk az ápolás, a bábáság múltjára.

Az emberiség hajnalán a gyógyítás és a betegápolás elválaszthatatlanul összefonódott. A nők gondozták, ápolták, gyógyították a betegeket, sérülteket, sebesülteket, gyűjtötték a gyógyfűveket, és mindemellett világra segítették az újabb és újabb generációkat.

Az ókorban a gyógyító tevékenység a férfiak kezébe került, akik az empirikus úton szerzett tapasztalataikat rögzítették is. A betegek, idősek ápolását, a bábáskodást, a gyermekek gondozását azonban továbbra is a nők látták el, de ezek hagyományozása csak gyakorlati úton történt, írott formában nem.

A középkorban – az ókori orvoslás terén elért eredményekkel ellentétben – a keresztény vallás tanításainak megfelelően a cél nem a testnek, hanem a léleknek a megmentése volt, a földi világról a túlvilágra irányította a tömegek figyelmét. Az egyházak illetve a papok kezébe került gyógyítást, eleinte világi betegápoló asszonyok segítették, de hamarosan az ápolást is egyházi rendekbe szervezték. A korra jellemző volt, hogy sem a gyakorlati orvoslás, sem az ismeretek leírása nem gyarapodott szembetűnően.

Változást a reneszánsz korszak hozott, ekkor fordult a figyelem ismét az ember földi élete felé, hirdette, hogy a gyógyulást nem a túlvilágon, hanem itt a földön kell keresni. A fejlődésnek induló orvostudomány mellett az ápolás továbbra is az orvosok és a betegek nélkülözhetetlen segítője maradt.

Jelentősebb fejlődés először a bábamesterség terén mutatkozott. Az első szülészeti osztály létrehozását Párizsban, ami egyúttal a szülésznőképzés elindulását is jelentette, az 1630-as esztendőre datálják (12).

Csak évszázadokkal később, az 1860-as évektől követte ezt az ápolás és az ápolóképzés kialakulása, amely Florence Nightingale nevéhez fűződik, aki ekkor hozta létre a londoni St. Thomas Kórházban az első nővérképző iskolát (11).

A képzés mind a gyakorlati, mind az elméleti ismerethiány enyhítésére szolgált, amihez már akkor írásban rögzített irodalmi segítséget nyújtottak mind a bábáknak, mind az ápolónőknek, ahogy ezt a francia és német nyelven megjelent kiadványok bizonyítják.

Korabeli forrásokban olvashatjuk, hogy Magyarországon a lakosságnál a tanulatlan bábák, az uralkodó osztályoknál a Bécsben, Velencében tanult bábák segítettek a csecsemők világra jövetelénél. Ezen a visszás helyzeten próbáltak meg praktikusán segíteni úgy az orvosok, hogy előbb a külföldön megjelent kiadványokat adták ki fordításban, majd hazai sajátosságokat figyelembe véve jelentek meg magyar nyelvű kiadványok.

Az első magyarul megjelent, de eredetileg német nyelvű ismeretközlő kiadvány 1760-ban Krantz Henrik és Nepomuk János műve volt Wespri István fordításában a "Bába Mesterségre tanító könyv" címmel. Ezt követően 1777-ben Steidele János "Magyar bábamesterség", 1784-ben németből fordította Mócsy Károly "A bábamesterségnek eleje", 1802-ben Zsoldos János "Asszonyorvos", 1814-ben Pataki József Sebestyén "Bábamesterséget tárgyaló katekizmus", 1823-ban Jóna István "A helységek bábáinak oktatása", Hanlik Gáspár "Bábáság" című kiadványa, valamint néhány rövidebb lélegzetű útmutatás jelent meg. Újabb és komolyabb szakmai iránymutatás 1857-ben jelent meg Fleischer (Simmelweis asszisztensének) könyvében, amelynek címe "Szülészeti kézikönyvül a bábák számára". A Kézmárszky Tivadar által 1876-ban írt bábakönyv átdolgozva az orvostanhallgatók számára is tankönyvül szolgált. A bábaképzés segítésére 1894-ben "Bábakalauz" címmel folyóiratot is indítottak, amely 1944-ig került kiadásra (2, 7).

Időben kissé visszatekintve a hazai ápolás történetében, annak szervezett keretek közé vonása nem mutat ilyen

mély gyökereket. Említést érdemel elsőként Kossuth Zsuzsa, aki az 1848-49. évi szabadságharc alatt szervezte meg először hazánkban a sebesültek ellátását (6).

A betegápolás első komoly, magyar nyelvű kiadványa 1882-ben jelent meg a Billroth Tivadar által írt, Rákosi Béla által magyarra fordított könyv "A betegápolás otthon és a kórházban" címmel.

Jelentősebb változás az egészségügyben azonban csak a XIX. század végén, XX. század elején indult el, számos kórház, szanatórium létesült, vagy a meglévőket átalakították, ami teret engedett az orvostudomány, az egészségügy eddigieknél nagyobb fejlődésének. Az orvostudomány szakosodása magával vonta az ápolás szakterületekre történő bomlását és szükségessé vált azok oktatásának megszervezése (10).

Oktatással a különböző egyesületek (Kékkereszt, Vöröskereszt, Szívkereszt) foglalkoztak, illetve az egyetemi városok indítottak ápolónői, védőnői, csecsemő-és gyermekápolói, házi betegápolói, műtősnői tanfolyamokat, és ezzel próbáltak igazodni az orvostudomány követelményrendszeréhez, a hallgatók tanulását pedig saját kiadványokkal próbálták segíteni. Terjedelmében és tartalmában is jelentős kiadványokkal mind az ápolás, mind a szülésznői hivatás terén is ekkor, a XX. század elején találkozhatunk. Ilyenek voltak Kenézy Gyula 1910-ben kiadott két könyve, melyek címe "A betegápolás könyve" és a "Bábakönyv", 1934-ben Reinmann Adolf "Magyar bábakönyv a bábai hivatás gyakorlásáról" és Szatmáry Zoltán "Szülésznők tankönyve".

A külföldi ápolási irodalmat a század elején számos könyv és több, azóta is folyamatosan megjelenő folyóirat reprezentálja. Érdekességként említhetünk két, általunk is jól ismert kiadványt, melyek azóta is a kurrens folyóiratok közé tartoznak, nevezetesen az 1900-ban indult American Journal of Nursing, illetve az 1904-ben Angliában kiadott Nursing Times.

Hazánkban a Vöröskereszt által 1887 óta kiadott Egészség című lap az első, amely az egészség problémáival ismeretterjesztő szinten foglalkozott. Az 1920 óta megjelenő Népegészségügy című tudományos és egészségpolitikai folyóirat ugyan elsősorban az orvostudomány számára íródik jelenleg is, de szakdolgozók számára is sok hasznos információt tartalmaz.

A II. világháború után nagyarányú fellendülés indult minden téren, és ugyanez mondható el az egészségügyről és az egészségügyi oktatásról is. A betegellátás oktatásához kapcsolódó szakirodalom kiadása terén viszont igen gyér ellátásról beszélhetünk. Megemlíthetjük, hogy a Vöröskereszt által 1952-ben kiadott, és azóta is megjelenő Családi Lap az egészségüggyel ismeretterjesztő szinten foglalkozik. Az ápolás szakmai lapja az Egészségügyi Munka 1953-ban indult, ami az 1991. évi 4. számmal bezárólag segítette a különböző szakterületek munkáját. Ma is megjelenő folyóiratok: 1957-től a Látélet, 1960-tól az Egészségnevelés.

Az ápolási ismeretek hatékonyabb elsajátítása érdekében 1955-ben a kórházakat bízták meg a szakszemélyzet oktatásával, amihez a Vöröskereszt, az Egészségügyi Szakdolgozók Központ Továbbképző Intézete által kiadott jegyzetek, valamint az egészségügyi szakiskolák számára a Medicina Könyvkiadó jegyzet jellegű, kis alakú kiadványai nyújtottak segítséget. Tartalmában és terjedelmében is jelentős könyvek, melyeket az egészségügyi szakiskolák tankönyvként, a szakdolgozók szakkönyvként, kézikönyvként használhattak hosszú éveken, néha évtizedeken keresztül, az alábbiak voltak:

- Alföldi Zoltán, Hársing László: Az orvosi laboratóriumi asszisztensek kézikönyve 1954,
- Pregun Albert: Belgyógyászat 1955,
- Donát Tibor: Funkcionális anatómia 1959,
- Schwarzmann Pál: Ápolástan I-II. 1960,
- Hüttl Tibor: Műtőasszisztensek kézikönyve 1960,
- László Magda: Az egészséges gyermek fejlődése és gondozása 3 éves korig 1961,
- Lukács József – Nádrai Andor: A csecsemő és gyermek betegségei 1962, és "A csecsemőgondozók és csecsemőápolók tankönyve 1964,
- Dobszay László: Gyermekkori dietetika 1964,
- Fogel Mária, Sármay Ernő: A röntgengyakorlat alapismeretei és technikája 1965,
- Dobszay László: A beteg gyermek I-II. 1968,
- Irás Jenő: Rendelőintézeti asszisztensek kézikönyve 1968,
- Ormay László: Az orvosi laboratóriumi asszisztensek kézikönyve I-II. 1969,
- Schwarzmann Pál: Belgyógyászati ápolástan I-II. 1975,
- Kerényi Vilmos: Masszázskezelések 1986,
- Losonczy György: Klinikai járványtan I-II. 1989.

A dokumentumok kiadása ettől kezdve a szakdolgozók számára csak utánnomás formájában gyarapodott. A jelen és a jövő orvostudománya, egészségügye az információk szintézisét, a holisztikus medicinát igényli. Az egészségügyi ellátás kiszélesedett irányvonalával, a család- és közösség központúság felé mutat, amihez elengedhetetlen a kritikus, problémamegoldó gondolkodás, a jó kommunikációs készség, azaz a gondolkodásmód átforgalmazása. Mindennek nélkülözhetetlen segítő eszköze az elmúlt évezredek, évszázadok, tudásanyagára épülő információs agyközpont: a könyvtár.

Könyvtáraink tartalmukban, küllemükben és árukban is új kiadású szakkönyvekkel az 1990-es évek elejétől gyarapodhattak. Előbb az angol, amerikai kiadványok fordításaival, melyek többségükben 1996 óta jelennek meg, majd 1997-98-tól már magyar szerzők tollából is egyre több könyv lát napvilágot. A megjelent kiadványok

a szakterület tagozódásának igen széles skáláját mutatják, az elméleti és gyakorlati szakápolástól, házi betegápoláson, idősbeteg ápoláson, egy-egy szervi rendellenesség speciális ápolásának ismertetésén keresztül a védőnői ismeretekig. Ide sorolhatjuk a gyógytornászok, masszőrök, szociális munkások, hospice, otthoni ápolás számára megjelent kiadványokat, valamint a határterületi irodalmak a szociológia, pedagógia, minőségbiztosítás irodalmát is. Cím szerinti felsorolásukra már nem vállalkozom, mivel az elmúlt tíz év könyvterméséből körülbelül nyolcvan-kilencven félé egészségügyi szakkönyvet vehet kezébe az olvasó.

A folyóiratoknak is változatos, igen szép számú megjelenéséről számolhatunk be, amelyek az utóbbi tizenhárom évben indultak újukra: Nővér 1988 (Egészségügyi Munka folytatása), Ápolásügy 1988, Szociális Munka 1989, Gondozás 1989-1990, Rehabilitáció 1991, Védőnő 1991, Mozgásterápia 1992, Diéta 1992-1993, Szenvedélybetegségek 1993, Új Diéta 1994 (Diéta folytatása), Kórház 1994, Háló 1995, Esély 1996-1999, Nővérpraxis 1998, ETINFO 1998, Étrend 1999 (Új Diéta folytatása), Egészségügyi Menedzser 1999. Eljutottunk tehát ahhoz a ponthoz, hogy ma már az irodalmi termékek sokaságában kell eligazodniuk az egészségügyi dolgozóknak is. Ennek megkönnyítésére a könyvtárak katalógusaiban lehet tájékozódni vagy bibliográfiát állítani össze a Magyar Orvosi Bibliográfia (MOB) segítségével. Ez a kiadvány gyűjti az orvostudomány, egészségügy, gyógyszerészet és ezek határterületein megjelenő könyvek, időszaki kiadványok, tudományos értekezések, módszertani levelek, kongresszusok, konferenciák anyagát. Ma a MOB elérhető a könyvtárakban nyomtatott és számítógépes formában, a "rekordok" szerzőt, címet, forrásadatokat tartalmaznak (4).

A külföldi orvosi irodalom - az orvosi könyvtárakban - a hazánkban is használt MEDLINE adatbázis által érhető el. A rekordok bibliográfiai adatokat és "abstractot", rövid tartalmi ismertetést is tartalmaznak. Ez az adatbázis az orvostudomány három ezer folyóiratát figyeli, de találhatunk benne az egészségügy irodalmából is közel kétszáz folyóiratcímét (5).

Az új technológia az ápolási - de bővebben az egészségügyi - irodalmat is meghódította, ez pedig a CINAHL elnevezésű, általunk "nővér" adatbázisnak nevezett összefoglaló-gyűjtemény. A CD-ROM-on, vagy interneten elérhető adatbázis 1982-ig visszamenőleg dolgozza fel elsősorban az angol nyelvterületek kiadványait, de válogat az idegen nyelvű irodalomban is. Témaköre az egészségügy területeit átfogó irodalom, kiegészítve a rokon tudományok és határterületek irodalmával, biomedicinával, menedzsmenttel, oktatással. Rövidebb, hosszabb cikk jellegű leírásokkal, vagy éppen csak bibliográfiai adatokkal ismertet könyveket, könyvrészeket, audio-vizuális dokumentumokat, disszertációkat, oktató szoftvereket, gyakorlati leírásokat, készülékeket, műszereket. Bizonyos esetekben a folyóiratcikkek teljes szövege, a "full text" az internetes változaton közvetlenül is elérhető, amiért azonban külön kell fizetni. Megrendelhető az internethasználat, mely teljesen friss adatokat tartalmaz, a CD-lemezen, havi, illetve kéthavi frissítéssel, de néhány hónapos lemaradással érkezik meg az irodalom. Az adatbázis jelenleg 540.000 rekordot tartalmaz, havonta 30.000 új rekorddal frissül. A találatok letölthetők, nyomtathatók, sőt azonnali e-mail cím megadásával továbbküldhetők (3).

A számítástechnika az egészségügy irodalmának más-más oldalról történő megközelítéséhez egyre több lehetőségeket biztosít internetes elérések formájában. Újabb és újabb adatbázisok épülnek és nyújtanak tájékoztatást a szakemberek mellett az érdeklődő laikusok számára is.

Az igen sokrétű és nemű könyvtárhasználati tevékenység közelebb visz az információszerzés mellett az ápoláskutatási tevékenységek elsajátításához. Ez az egyre jobban előtérbe kerülő terület a felmerülő probléma elemzését, megoldási módszerének kidolgozását, az elért eredmény bizonyítását, a továbbiakban másoknak átadását jelentheti (8).

A jövő a távoktatás felé mutat az ápolás területén is, ami ma még csak terv, holnap már valóság lehet. Ez a lépés pedig újabb lehetőségeket nyújt a tanulni vágyóknak, az olvasóknak, további feladatokat a könyvtárosoknak és újabb fejlesztési lehetőséget a könyvtáraknak.

Az újfajta könyvtári technológiák és dokumentumok, a képzési formák átalakulása, igény a minél frissebb és releváns információk gyors, pontos elérésére, valamint a felhasználó-orientált szolgáltatások iránt, a helyben használat növekedése megváltoztatta és jelenleg is tovább módosítja az orvosi könyvtárak olvasótáborának összetételét, és vele együtt az olvasók szokásait, a könyvtárak szolgáltatásait, a könyvtárosok munkáját. (A közművelődési könyvtárak felméréseit tanulmányozva hasonló tapasztala

Megfigyeléseink ténybeli alátámasztására saját könyvtárunk – a debreceni Kenézy Gyula Kórház Orvosi Könyvtárának – egyedi nyilvántartásaiból és statisztikai felméréseiből emeltem ki néhány adatot.

Beiratkozás	1988	1994	2000
Beiratkozott olvasó	384	457	662
– orvos	228	233	247
– eü. dolgozó	55	92	272
– egyéb	101	122	143

1. táblázat - Beiratkozott olvasók száma

- A beiratkozott olvasók számának vizsgálatánál láthatunk egy stabilnak nevezhető orvosi réteget, aki a könyvtár különböző szolgáltatásait folyamatosan veszi igénybe.
 - Kimagasló a szakdolgozók arányának emelkedése, ami ötszörösének tekinthető tizenkét év alatt, holott a szakdolgozói létszám nem nőtt jelentősen. Magyarazatként szolgál egy részről az, hogy 1988 óta többszörösére emelkedett az egészségügyi szakirodalom száma, másrészt a szakdolgozók számának emelkedése a több szintű képzésben, azaz a felvételi vizsgákra való felkészüléssel, az évközi dolgozatok, diplomamunkák elkészítésével, a korszerű ismeretek megismerésével, az irodalmi tájékozottság növelésével. A konkrét feladatokon túl a rendszeres illetve gyakori könyvtárhasználat igényt ébreszthet a permanens tanulásra, elősegíti az ápolók kulturáltsági szintjének, ezen belül az egészségkultúráltság szintjének emelkedését, bevezeti a hallgatót a kutatás irodalmának tanulmányozásába és abba, hogy hogyan alkalmazhatja kutatási eredményeit a mindennapi gyakorlatban.
 - A harmadik, kissé növekvő réteget a fizikusok, vegyészek, biológusok, pszichológusok, számítástechnikusok, jogászok és más érdeklődő olvasók alkotják. Számuk mérsékelten emelkedett az elmúlt tizenkét évben, amit az egészségügyön kívüli, de ott alkalmazott új szakterületek kialakulása indokol.
- A könyvtárunkban elérhető külföldi és magyar folyóiratok nagy hányada megérkezés után az osztályokra kerül, csak kis része marad a könyvtárban. Statisztikai felmérésünk ezért csak a könyvtárból közvetlenül kölcsönzött dokumentumokra vonatkozik. Az általunk szemléltetni kívánt tényt, hogy mennyire megemelkedett a nővérek és más egészségügyi dolgozók irodalmi igénye jól kifejezi a könyvtárba beiratkozott olvasók száma mellett a könyvek és folyóiratok kölcsönzésének darabszám emelkedése.

Személyi kölcsönzés	1994 könyv+folyóirat	2000 könyv+folyóirat
Orvos	266+563 = 829	483+630 = 1113
Eü. dolgozók	518+144 = 662	2289+222 = 2522

2. táblázat - Kölcsönzések alakulása

- 1988-ban nem tudtuk kiemelni a szakkönyvek és szakfolyóiratok kölcsönzési adatait a más rendszerű adatfelvétel miatt, de a már előzőekben kimutatott, megjelent könyv és folyóiratok száma, valamint a beiratkozott olvasók száma (1988-ban 55 fő) elég alacsony kölcsönzésre enged következtetni.
 - Az orvosok esetében a kölcsönzések számának emelkedését (saját bevallásuk szerint is) a könyvek árának emelkedése nagymértékben befolyásolja.
 - Az egészségügyi dolgozóknál a kölcsönzések darabszámának megemelkedését indokolja, a képzéshez szükséges sokrétű és nagy mennyiségű kötelező és ajánlott irodalom beszerzési nehézsége. Az irodalom elérésének nehézségeihez főképpen az járul hozzá, hogy az egészségügyi dolgozók kereseti viszonyaihoz képest aránytalanul magasak a dokumentum árak.
 - Kölcsönzési szokásukat elemezve azt láthatjuk, hogy az egészségügyi dolgozóknál a könyvek, a klasszikus dokumentumok kölcsönzése a domináns.
 - Két külföldi egészségügyi szaklapunk a Nursing Times és a Krankengymnastik, a hazai "nővér" folyóiratok, az orvostudományból az általános tartalmú ill. az olyan kiadványok, melyek több szakterületet is érintenek, a könyvtárban maradnak, azaz könnyen, közvetlenül hozzáférhet az olvasó.
 - A MEDLINE, a MOB, az Internet használata a könyvtárközi kérések igénybevétele elsősorban az orvosok számára természetes és mindennapos. Indítékként nemcsak speciális alkalmakat neveznek meg, hanem a mindennapos munkához is elengedhetetlennek tartják.
 - A másik két réteg inkább alkalomszerűen használja az adatbázisokat.
- Könyvtárunkat most az egészségügyi dolgozó olvasó oldaláról közelítettük meg. Áttekintve hogyan is használhatja az egészségügy bármely területén dolgozó alkalmazott ugyanúgy ma a könyvtárat, mint hajdanán azt az orvosok tették, hiszen sok orvos saját maga indított el működtetett intézményében egy könyvtárat. Ezek után joggal kérdezhetnénk, kié is lehet ma egy orvosi könyvtár? A neve nem ezt takarja, de az egészségünkért dolgozó minden személyé, aki megtalálhatja ott a munkájához, szakmai tudásának továbbfejlesztéséhez, a beteg ember minél magasabb szintű ellátásához, a kutatói tevékenységének kibontakoztatásához szükséges szellemi segítséget a különböző technikai és szolgáltatási szinteken.

Egyéb	Külföldi szakfi.	Magyar szakfi.	MEDLINE	MOB	Internet	KKK
-------	------------------	----------------	---------	-----	----------	-----

Orvos	49	61	gyakran	gyakran	gyakran	gyakran
Eü. dolgozó	2	22	néha	gyakran	gyakran	néha
Egyéb ff. (biológus, fizikus)	–	–	alkalmanként	alkalmanként	gyakran	alkalmanként

3. táblázat – Könyvtári szolgáltatások felhasználói igénybevétele

Irodalom

- Balogh, Z. (2001). Ápolóképzés Magyarországon. Egészségügyi Menedzsment, 3, 40-42.
- Fekete, S. (1970). A babaoktatás története Magyarországon. Orvostörténeti közlemények, 54, 175-186.
- <http://www.cinahl.com>
- <http://www.medinfo.hu>
- <http://www.silverplatter.com>
- Kapronczay, K. (1992). A magyar ápolónőképzés fejlődése. Nővér, 5, 10-18.
- Katona Z.-né. (1971). A szülésznőképzés története Magyarországon 1944-ig. Doktori értekezés. Bp., Eötvös Loránd Tudományegyetem, 72-110.
- Obermayer, I. (1988). Kutatómunka a betegápolás területén. Nővér, 1, 47-56.
- Az orvostudományi könyvtári hálózat szervezeti és működési szabályzata. (1961). Egészségügyi Közlöny, 11, 286-290.
- Schwarczmann, P. (1959). A nővérképzés múltja, jelene és jövője. Egészségügyi munka, 6, 17-23.
- Standinger, CH. (1988). A betegápolás története. Nővér, 1, 3-10.
- Surányi, S. és Porcsin, I.-né. (1994). Bábák, szülésznők egy nagy múltú mesterség. Orvosi Hetilap, 135, 536-9.

Vissza a tartalomhoz

Az ápolók védelmében

(Szerkesztői levél)

A napokban egy kedves kollégámnál jártam, aki egy országos intézményben osztályvezető főnővér. A délutáni műszak alatt éppen egy közös kutatási probléma megoldásán fáradoztunk, amikor az egyik ápolónő feldúltan és sírva jött be a pihenőbe. Mint kiderült, édesapját, aki agyvérzés utáni rehabilitációra szorulna, az erre kijelölt intézményben nem gondozzák rendesen, az állapota súlyosbodik, ő pedig a megoldást illetően tehetetlen, hiszen nem tud hazamenni, hogy egyszerre őt ápolja, és közben munkahelyén is az ápolásra szorulókat ellássa. A főnővér, akitől mást emberileg nem is várhattam volna, biztosította a kolléganőt, hogy most kezdhet csomagolni és addigra már a helyettesítése is meg lesz oldva, valamint keresik a helyet valahol a közeli kórházak egyikében, hogy édesapja majd minél közelebb kerülhessen hozzá. A vihar elült, a megoldás, még ha időleges is, de megszületett, az élet tovább lép. Percek múlva a kolléganő úgy lépte át a pihenő ajtaját mosolyogva, mint aki most érkezett frissen és kipihenten.

(Közbevetőleg jegyzem meg, hogy nemrégiben egy munkavédelmi jellegűnek is felfogható [valójában konfliktuskezelést oktató] előadás keretében azt hallottam, hogy a munkáltatónak nem csak a munkaeszközök biztonságáért kell szavatolnia, de a jó munkahelyi légkör megteremtése is kötelessége ahhoz, hogy a dolgozók pszichés terhelése ne vezessen tartós panaszok kialakulásához. Ha erre magától a munkáltató nem lenne hajlandó, akkor az érdekvédelmi szervezeteknek kell erre figyelmeztetni őt.)

A közelmúltban a Magyar Ápolási Egyesület az Egészségügyi Minisztériumban tartott egész napos sajtótájékoztatót arról, hogy az ápolók hogyan tudnak hozzájárulni a nemzeti egészségvédelmi programban megfogalmazott célkitűzésekhez. Neves szakemberek mutattak rá arra, hogy az ápolás nélkül nem képzelhető el egészséges nemzet, és az ápolók tevékenysége kritikus a lakosság egészségi állapotának megőrzésében és fejlesztésében, illetve a már beteg emberek minél sikeresebb rehabilitációjában.

Arról azonban valahogy nem esett szó, hogy az egészségügyi szakdolgozók (beleértve az ápolókat is) között egyre több a rosszabbodó egészségi állapotú, beteg kolléga, és a látszatra még egészségeseken is mutatkoznak intő jelek a fokozott terhelés hatására. Ennek a ténynek az objektív alátámasztására egyre több ápoláskutató készít kiégés-szindróma felméréseket, pedig lassan elég lenne csak a délutáni műszakba ellátogatni, mindenfajta méricskélés nélkül.

Hallgatva a sajtótájékoztatót elhangzottakat, a cél mindenki számára világos volt: az egészségvédelem a nemzet

egészségek szól.

Az ápoló a nemzet része. Vajon ki óvja meg az ő egészségét?

*Zrínyi Miklós
szerkesztő*

Az ápolók helyzete ma – és holnap? Hova lett a kedves nővér mosolya? - Egy Szlovén konferencia tanulságai

Néhány nappal ezelőtt Szlovéniában jártam egy ápolói konferencia kapcsán. Lehetőségem adódott, hogy a muraszombati Általános Kórházban egy kicsit elidőzzek. A kórházlátogatás alatt meglepetten tapasztaltam, hogy az ott dolgozók mosolyognak a betegre! Jó hangulatban dolgoznak, mindenhol a nyugalom és a kiegyensúlyozottság sugárzik. A kisvárosi kórházon látszott, hogy tervezőjének a ceruzáját a humánus vezérelte. Barátságos és emberi környezetet álmódott meg a betegek számára. A dolgozóknak tágas, kényelmes, jól felszerelt munkahelyet teremtett meg. Az intézmény megfelelt a magyar kórházak “minimum feltétel” előírásainak! Hazánkban azonban csak pár intézmény tudja teljesíteni ezt a jogos és kívánatos elvárást! Ebben a környezetben nem csak gyógyulni jó, hanem dolgozni is! Persze az ott dolgozók hangulatát “nem rontja” az a havi 200-250 ezer forintnyi fizetés sem. Ebben a gazdagnak nem mondható szomszédos országban törődnek azokkal, akik az életüket tették fel mások segítésére. Akkor lepődtem meg igazán, amikor kiderült, hogy szinte minden ápoló saját autóján jár dolgozni. Azt hittem, nem jól hallok. Ma Magyarországon talán minden ezredik nővérnek van autója, de lehet, hogy nagyon optimista a becslésem.

Hazafelé jövet felidéztem a szlovén kollégák mosolygó arcát, amint a betegükre tekintenek, és eszembe jutott magyar kollégáim nyüzött, fásult arca, túlhajszoltsága, kiabrándult tekintete. Legszívesebben kikiabáltam volna felgyülemelő mérgemet. Aztán rájöttem, nincs kinek kiabálni. Az egészségügy vezetői mind országos mind helyi szinten érzéketlenek, immunisak az ápolók fájdalmaira. A “modern földesuraknak” nem esik meg a szívük a cselédeken. A “cselédeknek” csak két választásuk van: vagy otthagyják a szeretett pályájukat, vagy belerokkannak a kizsákmányolásba. A szlovén konferencia legfőbb tanulsága, számomra, hogy amíg “cselédek” vagyunk, nem fogunk mosolyogni! Nincs jövőnk, kilátásunk egy jobb életre. Nem ismerik el szakmai tudásunkat. Sok vezető szerint az ápolónak felesleges tanultnak lennie, mert a betegek ápolását bárki elvégezheti. Az ápolói munka végzéséhez nem kell gondolkodó, kreatív agy. Amikor este leszálltam a Budapestre érkező utolsó vonatról, szakadó esőben, bőröndökkel kezemben szomorúan ácsorogtam a villamosmegállóban. Néztam a taxikat, hogy ha beülnek egybe, akkor nem áznék bőrig, de nekem csak ápolói fizetésem van, és itt Magyarországon. Egészségügyi miniszterünk oly büszkén mondta egy külföldi politikusnak, hogy ilyen kevés pénzből is lehet egészségügyet csinálni! Akkor ott az esőben a bőröndömön éreztem ennek az olcsó egészségügynek minden kínját!

*Irinyi Tamás osztályvezető ápoló,
SZTE Pszichiátriai Klinika*

Az új ápolói generációk kilátásai

A magyar egészségügy napjainkban nem csak gazdasági, hanem komoly humánpolitikai problémákkal is küzd. A pályaelhagyás annak ellenére fokozódik, hogy már három képzési szinten folyik ápolók oktatása. Ebből kettő már eddig is megjelent a szakmában és lassan ismertté, elfogadottá váltak. A harmadik szint, a tavalyi évben elindult egyetemi szintű ápolóképzés, amely a diplomás ápolói végzettségre épül, alig köztudott. Erről a szakma tájékozottsága elenyésző, kevesen tudják valójában, hogy mi a célja a képzésnek, és a végzettek milyen kompetenciával lépnek ki az egyetem kapuján.

Adott tehát a régi polémia, megjelent egy új képzés, ami új szakembereket, friss munkaerőt ad az egészségügynek, de előre nem ismert és eldöntött, hogy mire alkalmazzák őket. Erre a problémára a szerző saját véleménye nem kínál adekvát megoldást, ugyanakkor igyekszik meghatározni és felvázolni egy lehetséges szakmai előrehaladást.

Jelenleg a három képzési szint az OKJ-s ápoló, a diplomás ápoló és a még újdonságnak számító egyetemi okleveles ápoló képzés. Növumát az adja, hogy jövőre végez az az évfolyam, amely 2000-ben kezdte el ezt a képzést.

Ha tartjuk a sorrendet, az első az OKJ-s ápoló. Jelenleg ez tekint vissza a leghosszabb múltra. A mai képzési rendszer (érettségi utáni 3 éves képzés) kialakulását megelőzően szakiskolai és szakközépiskolai oktatás folyt. (Megjegyzem, bár a vélemények megosztottak a képzés színvonaláról és hatékonyságáról, magam nem tartottam rossz képzési formának.). A végzett hallgatók előtt ebben az időszakban számos lehetőség állt. Az egyik, hogy ápolóként kórházi osztályon kezd dolgozni, és munka mellett elvégez valamilyen szakápolói továbbképzést. Másrészt nyitva állt a szakrendelőkben, háziiorvosi rendelőkben való elhelyezkedés lehetősége. További alternatíva volt az otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatóknál történő elhelyezkedés is.

Mára a helyzet megváltozott. A szakközépiskolai képzés idején nagyszámú hallgató volt egy-egy évfolyamon, a hallgatók nagy része pedig az ápolási szakterületen vállalt később munkát. A diplomás ápoló képzés azonban átvette az irányítói szerepet. Ez érthető, hiszen mindkét esetben a belépő végzettségi szint az érettségi, az igazán szembeötlő különbség pedig a plusz egy év képzési idő, illetve az, hogy a főiskolai végzettség diplomát takar (eltekintve a tananyagbeli és tudásbeli különbségektől, amik a felvételi tájékoztatóból nem derülnek ki). Sok pályakezdő fiatal számára csábítóbb a főiskolai diploma (bár megszerzése nehezebb), figyelembe véve a magasabb bérkategória besorolást is, ami természetesen nem jelent éles vízválasztót. Elhelyezkedésüket tekintve az OKJ-s ápolók nagyobb része az ápolásban keres munkalehetőséget, és csak egy részük dönt a pályaelhagyás mellett. Hogy miért, az minden bizonnyal jó kutatási témának bizonyulna.

A diplomás ápolókat tekintve eltérő a helyzet. Sajnos a szerzőnek szomorúan kell tapasztalnia, hogy egy részük csak azért végzi el a képzést, hogy legyen egy diplomája. Az elkötelezettebbek elhelyezkednek a szakmában, ahol a magas színvonalú ápolói munka megvalósítása a cél.

Sajnálatos módon - bár a képzés már nem mai - több probléma is fennáll a munkába álláskor. Ilyen a már sokszor emlegetett morális és anyagi elismertség, a munkatársak viszonyulása az újonnan végzettekhez, amit sok esetben a fizetésbeli, a végzettség- és tudásbeli, valamint a ledolgozott munkaévek számának különbsége okoz. Ezek után nem meglepő, ha a frissen végzett és képzett munkaerő megpróbál "átigazolni" a magánszférába vagy elhagyja a pályát magasabb jövedelem és több megbecsülés érdekében. Ez a jelenség igen kritikusan érinti a kórházi személyzet helyzetének alakulását, hiszen a kórházi osztályok egy része már ma a minimum vagy az alatti létszámokkal kénytelen működni.

Ebbe a helyzetbe lép be harmadikként az egyetemi okleveles ápoló, aki még csak most fejezi be képzését. Valós, tényszerű tapasztalatok még nincsenek, de a nemtetszést kifejező visszajelzések már megérkeztek.

Kérdés, hogy mi lesz a munkakörünk? A gyakorlati ápolásban lesz inkább szerepünk, vagy az intézmény által kijelölt ápolás-kutatás és oktatás-vezetés egysége fog dominálni? Esetleg egyszerre mindegyik? Milyen lesz a várható fogadtatás, milyen körülmények között fognak minket alkalmazni, mind a magán mind az állami szférában? Milyen jellegű és mértékű morális és anyagi megbecsülésre számíthatunk?

Saját véleményem szerint valószínűsíthető, hogy elhelyezkedési problémákkal kell majd szembenézni, sőt a végzettek egy része esetleg külföldön kamatoztatja majd a megszerzett tudását. Jelen állapotban (amikor ez a cikk íródik) még nincs egy mindenki által elfogadott kompetencia lista, ezáltal az egyes szakmai szintek tevékenységi körének határa sem ismert. Emiatt a munkaadók sem tudják, mire alkalmazható ez az új generáció. Egyesek visszajelzései alapján egyenesen szakmai konkurenciának élik meg az egyetemi ápolók megjelenését, féltve a jelenlegi pozíciójukat. Ez hibás hozzáállás, hiszen az egyetemről kikerülve nem lesz senkiből azonnali vezető, a frissen végzett munkatárs azonban jó ötletekkel szolgálhat, hiszen olyan ismereteket is birtokol, amelyek a hazai egészségügyben talán újdonságként hatnak, ilyen például marketing eszközök alkalmazása az ápolásban.

Ez a szakmai ellenállás és a jövőre vonatkozó bizonytalanság több kérdést is felvet. Hol helyezkedjen el az egyetemi ápoló: állami vagy magánszférában; itthon vagy külföldön? Másrészt, vajon gondoltak-e az ápolás vezetői arra, hogy nem elég létrehozni egy képzést, de szükséges annak feltételeit és a végzettek elhelyezkedését is biztosítani? Ellenkező esetben ugyanis a nagymértékű emberi, anyagi- és időáldozat árán létrehozott szellemi tőke – kellő munkafeltételek és motiváció hiányában - elhagyja az országot. Ennek katasztrofális következményeit nem kell magyarázni.

Saját nézőpontom szerint a végzetteknek feltétlen szükséges lenne minimum egy évet betegágy mellett, az ápolás gyakorlatában dolgozni. Ezen idő alatt megfelelő szakmai tapasztalatokat szereznének, majd ezt követően a kutatás, az oktatás vagy a vezetés irányába mozdulhatnának el a szerint, hogy a személyes képességek, és a motiváció melyiket támogatja.

Összegezve, az egészségügyben minden pályakezdőnek nehéz helyzete van, amit egyértelműen beárnyékol a pályaelhagyás veszélye. Az ápolási vezetők szemszögéből megfontolandónak tartanám, hogy a nehezen kialakított szellemi tőkét veszni hagyják-e, hasonlatosan a korábbi generációk példájához, vagy igyekeznek megtartani, ami a végzettek elkerülhetetlen támogatását vonja magával. Ez utóbbi gondolat a jelenlegi képzési szintek mindegyikére vonatkozik. Emellett teljesen egyértelmű, hogy az új generációnak meg kell küzdeni a szakma elismeréséért, és bizonyítania kell rátermettségét. Nem szabad azonban azt gondolni, hogy kitartásuk

véges, a sorozatos sikertelenségek és támadások elkedvetlenedést, csalódottságot, kiábrándulást okozhatnak, ami új irányt jelöl ki számukra az életben. És ez az, amit a legkevésbé szeretnénk.

Kovács István Zoltán
Egyetemi okleveles ápoló hallgató, PTE-EFK