

Dr. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Becka Éva

AZ ÁPOLÓK JELENLEGI FELADATAI ÉS JÖVŐBENI LEHETŐSÉGEI A KISTÉRSÉGI ELLÁTÁSBAN

Az előadás elhangzott: VI. Házi orvos Napok, Balatonfüred, Hotel Flamingó, 2007. május 18–20.

Ujváriné Siket Adrienn, szakmai referens, koordinátor Országos Alapellátási Intézet, főiskolai adjunktus DEOEC EFK
Dr. Becka Éva, szakmai igazgató, Országos Alapellátási Intézet

Ma, Magyarországon a struktúraváltás és az egészségügyi fejlesztések fókuszában a kormányzati szándék a helyi (kistérségi) ellátások fejlesztése áll. Ez a következőket jelenti: Kistérségi Közösségi Központok létesítése mellett, az otthonápolási kapacitások és kis értékű eszközeinek bővítése. Fontos a kórházi ellátások csökkentése (az egy napos és tervezett ellátások, valamint a házi szakápolás kiterjesztése). Emellett az integrált regionális ellátórendszer kialakítása és fejlesztése, a diagnosztikai és szűrőprogramok, mint a telemedicina, telepatológia, teleradiológia fejlesztése. A sürgősségi ellátás, a regionális kórházi struktúrák (súlyponti kórházak, kompetenciaközpontok), a korszerű regionális onkológiai hálózat, a rehabilitációs és geriátriai ellátások javítása, valamint az infrastruktúra-fejlesztése a versenyképességi pólusokban (1).

Milyen a helyzet a mai egészségügyi ellátórendszerben? A magyar államigazgatást az uniós forráselosztás regionális nyomása a hagyományos megyei közigazgatás felől egy megújult regionális és kistérségi közigazgatás, közszolgáltatási rendszer és fejlesztéspolitikára fel tereli. Az egészségügyi ellátórendszer korábbi szerveződését felváltja az egészségügyi szolgáltatók jövőbeli kistérségi együttműködése. Cél a régióban való gondolkodás az egészségügyi reform folyamatában (2).

A területi, körzeti ellátás az egészségügyben régóta alkalmazott szervezési elv. A lakosság-közeli, könnyen hozzáférhető ellátások biztosítása éppen olyan fontos, mint az, hogy a ritka, nagy fajlagos költségű diagnosztikát és/vagy terápiát igénylő ellátások az orvosi tudást és a gép-műszerparkot kihasználva koncentráltan történjenek. Laikusok számára is egyértelmű és elfogadható, hogy inkább utaznak egy-két órát egy központi intézménybe, ha ott ritkább megbetegedésüket nagyobb tapasztalattal rendelkező team kezeli, minthogy a közeli kórházba menjenek, ahol esetleg ritkábban találkoznak hasonló esetekkel s ennek megfelelően mind a kórisme megállapítás, mind a kezelés lehetősége messze van az európai színvonaltól.

A medicina alapelvei a minőségbiztosítás, mint szakszerűséget szavatoló eszköz, a költséghatékonyság, mint a

fenntarthatóságot jellemző eszköz, a progresszivitás elve a medicinában mind olyan fogalmak, amelyek érintkeznek a regionalizáció fogalmával és alkalmazásával. A magyar egészségügy jelenlegi struktúrája mégsem veszi figyelembe a racionalitásokat, hanem a térségi és régiós gondolkodást háttérbe szorítja a lokálpatriotizmusként feltüntetett, egyszerű, politikai és presztízsérdek.

A kistérség fogalmának értelmezési lehetőségei:

- Az önkormányzatok által létrehozott közigazgatási illetékesség-területe;
- körzeti, a körzetközponti jegyző illetékességi területeként kifejeződő igazgatási kistérség (okmányközpont, gyámügyi, építésügyi, szociális ügyekben);
- regionális vagy megyei hierarchikus felépítésű (dekoncentrált) szervek kirendeltségeinek illetékessége, és egyes állami (pl. bíróság, ügyészség) működési terület;
- oktatási, egészségügyi ellátási körzet;
- a területfejlesztési önkormányzati társulások működési területe;
- a területfejlesztés legkisebb területi egysége, a hazai NUTS 4. szint (EU statisztikai régió fogalomnál említett rendszer szerint).

A kistérség szinonimájaként fogható fel a korábbi járás, a városkörnyék vagy a körzet fogalma.

Az egészségügyi ellátásban a kistérség egyidejűleg szervezési egysége az alapellátásnak és a szakellátás lakosság-közeli, a progresszivitás első fokán lévő feladatainak (2).

Milyen kísérletek történtek az egészségügyi ellátás szervezésében régiós szinten?

Az egészségügyben a régiók egyidejűleg jelennek meg hagyományos szervezési elvként és új kihívásként. Hagyományos régióközpontok: az orvosegyetemek és a progresszív ellátás magasabb szintjét jelentő intézmények. A szolgáltatók közötti régiós együttműködés keretében a 90-es években alakult az első, önként szervezett regionális egészségügyi tanács a Dél-Dunántúlon. Önkéntes szövetséget alkottak a szolgáltatók, kidolgozták a regionális adatgyűjtési rendszert. A beutalás progresszivitási rendjének felülvizsgált rendszerét, közös, az egész régióra terjedő prevenció programmal

egésztették ki, a szervezés és az informatika területén is egységes rendszer létrehozására törekedtek. Regionális terveket készítettek, majd 2005-ben létrejöttek a Regionális Egészségügyi Tanácsok /RET/ törvényi alapon.

Mit is jelent a kistérségi elv az egészségügyben?

Két fogalmat szükséges ismernünk ahhoz, hogy a kistérségi elvet megértsük, a régiót és a kistérséget.

A régió: az alapellátástól a fekvőbeteg szakellátás legmagasabb progresszivitási szintjéig a teljes szolgáltatás-spektrum biztosításáért felelős az adott terület lakossága számára.

A kistérség: az elsődleges hozzáférés szintje, a szolgáltatás legegyszerűbb, a napi életvitelből legkevésbé kikököntető nyújtásáért felelős.

A kistérségi bázison kialakított szervezetek és intézmények vezérlő elve mindenképpen a település-centrikuság. A kistérségi szervezés nem azt jelenti, hogy mindenki egy állandó kistérségi központban veheti igénybe az ellátást, hanem azt, hogy az ellátás elsődleges területi alapegysége a kistérség (3).

A kistérség funkciói az egészségügyben:

1. Egészségügyi szolgáltatások:

Hagyományos alapellátási funkciók (házi orvosi és házi gyermekorvosi ellátás, iskola-egészségügy, ápolói, védőnői ellátás). A kistérségi társulások ez esetben azt a többletet jelenthetik, hogy a kisebb, önálló feladatellátásra képtelen településeknek is jól szervezett, hozzáférhető ellátása lesz. A házi orvosok kistérségi jellegű praxisközösségének létrehozása biztosíthatja a folyamatos ellátást az orvos betegsége, szabadsága, továbbképzése gyermekszülés stb. célú távolléte esetén. Az ügyeleti feladatok ellátása is magasabb szinten, biztonságosabbá tehető.

2. Szervezési, logisztikai funkciók:

Az alapellátáson túlmutat és áthajlik a szakellátási körbe a csoportpraxisok létrehozása, a gondozóintézeti feladatellátás, a mozgó szakorvosi szolgálatok üzemeltetése, a szűrővizsgálatok megszervezése, akár mobil szűrőállomások, akár térségi központok kialakításával. Ezek ugyanis klasszikusan olyan ellátások, amelyet a lakossághoz közel (helyben vagy a kistérségben) kell biztosítani, de már mindegyik a szakellátás körébe tartozó szolgáltatásokat is nyújt (2).

Hogyan is képzelhető el egy kistérségi egészségközpont?

A kistérségi központok rendszeres kötelező továbbképzések, referálók, konzultációk színhelye lehet. A szervezet egységes minőségbiztosítási rendszer, protokollok kidolgozása, konzultációs lehetőségrendszer kialakítására ad lehetőséget. Egyeztetett, szervezett lakossági prevenciók kampányok megvalósítására is módot teremt. A rendelők fajlagos működési költségei csökkenthetők a közös beszerzés, karbantartás, egyes ügyekben közösen ellátott adminisztráció, egységes

és egységesen karbantartott informatikai rendszer, közösen üzemeltetett gépkocsi által.

Az önkormányzatok szintjén egyes szociális és gyámügyi feladatok intézése (pl. közgyógyellátási igazolvány), az egyszerre szolgáltatási és logisztikai centrum a beteg-ellátás eredményessége és jobb megítélése érdekében valósulna meg.(2).

Az egészségközpont létrehozásához nem feltétlen szükséges egy olyan épület, ahol mindenki együtt van. A központ „virtuális” központként is működhet, mert főleg a munkaszervezésen van a hangsúly, orvosi és szakdolgozói szinten egyaránt.

Felmerül a kérdés, hol az ápoló helye, mi a feladata, jelenleg és lesz a jövőben, a kistérségekben?

Először meg kell néznünk az ápolók jelenlegi feladatait a praxisokban. Ezt a 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 2. számú melléklete tartalmazza az ápolói tevékenység tartalma a házi orvosi szolgálatban címmel. Itt a következő felsorolás található (4):

- A praxis menedzsmentben való részvétel.
 - A házi orvosi ellátás körébe sorolt feladatokhoz tartozó ápolási tevékenységek végzése, beleértve a gyógyszerek különböző módon történő bevitelét, a vér- és vialadékvételt, valamint az egészségügyi ellátás más szintjén elvégzendő vizsgálatokra való előkészítést.
 - A megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett betegek előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása.
 - A beteg vizsgálatához, gyógykezeléséhez szükséges eszközök, anyagok előkészítése és azok fertőtlenítéséről, sterilizálásáról, szakszerű tárolásáról és karbantartásáról való gondoskodás.
 - A rendelőben használatos gyógyszerek szakszerű tárolásáról, kezeléséről való gondoskodás.
 - Az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel, az önszerveződő csoportok szakmai segítése, tanácsadás (pl. cukorbeteg klubja).
 - A beteg testi higiéniájának biztosítása vagy ennek megszervezése azoknál a személyeknél, akiknél a házi segítőszolgálat szakmai segítsége már nem elegendő.
 - Veszélyhelyzetek felismerése, életveszély esetén az elsősegélynyújtás szakszerű megkezdése.
 - Sürgős orvosi beavatkozást igénylő esetben – amikor a házi orvos, illetve az ügyelet orvosa kihívására nincs lehetőség – a mentőszolgálat útján a beteg sürgős ellátásának megszervezése.
 - A betegellátás során a szociális alapellátás körében működő házi segítőszolgálattal, a kórházi ápolást kiváltó otthoni szakápolást nyújtó szolgáltatókkal és szükség esetén a védőnői szolgálattal való együttműködés.
- A jövőbeni elvárt cél, hogy a kistérségi egészségközpont ápolóinak feladatai a fentiekén túl a következőkre is kiterjedjen:
- Az ápoló által ellátott területen élő lakosság demográfiai és szociális jellemzőinek megismerése: népes-

ség, kor, nem, családi állapot, iskolai végzettség, foglalkoztatottság, etnikai hovatartozás, család (háztartás) összetétel, jövedelmi helyzet, lakásviszonyok, szociális réteghelyzet szerinti tagozódás.

- Az ellátott közösség halandósági és megbetegedési viszonyainak ismerete: a halandóság kor, nem halálok szerinti alakulása. Morbiditási viszonyok ismerete: idült betegségek előfordulási gyakorisága (fatális kimenetűek).
- Felmérés készítése: kérdőív a szűrési eszközök használatáról. A lakóhelyi közösségben a szociális kapcsolatok, valamint azok támogató jellegének ismerete.
- Konkrét ismeretek szerzése az egyes lakossági csoportok, rétegek életviteléről, életmódjáról, ezek egészséget támogató és veszélyeztető tényezőiről, az egészségmagatartásról.
- Ismerje meg a közösségi ellátás széles értelemben vett erőforrásait, azok felhasználási módját és munkáját segítő más hivatalos és civil szerveződések.
- Preventív-gyógyító tevékenységek megtervezése, hatékonyságnövelés.

A kistérségi egészségközpontban dolgozó ápolónak ismernie kell a területén előforduló főbb (nép)egészségügyi problémákat, ezek megelőzését, kezelésének és ellenőrzésének alapvető módszereit, etiológiájukkal, epidemiológiájukkal és patológiájukkal együtt.

Ismerje az anya- csecsemő és gyermekgondozás alapelveit, az egyéni és családi gyarapodást és a fejlődést befolyásoló tényezőket, a családtervezés módszereit. Ismerje a felmérési, gyógyászati és rehabilitációs eljárásokat, a megelőzés, az ellátás folyamatosságának alapelveit, az életstílus hatásait az egészségre. Lényeges a jó együttműködés az egészségügyi team tagjaival, és nem utolsó sorban a korrekt beteg tájékoztatás. Legyen egy, a rendelőt bemutató információs mappa, az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat összefoglaló táblázat. Fontos a négy szemközti orvos-páciens, ápoló-páciens találkozás lehetőségének megteremtése, a korszerű segédeszközök (emlőfantom, mulage), felvilágosító szóróanyagok (betegségek kialakulása, életmódi tanácsok) alkalmazása.

Kulcsfontosságú szerepe lehet az ápolónak a szűrési tevékenység végzésében is. Szűrési protokoll alapján fontos a praxis pácienseinek folyamatos szűrése. A kiszűrt és kezelt (utókezelt) betegek rendszeres gondozása során törekedni kell a beteg teljes körű rehabilitációjára, ennek keretében kerüljön sor táplálkozási, életmódbeli tanácsadásra is. A praxisba rendszeresen járó, zömében gondozott betegek és a praxishoz tartozó többi páciens értesítése a vizsgálatok szükségességéről, elvégzésüknek lehetőségeiről. A szűrési program azon elemeit, mely az alapellátók kompetenciakörébe tartozik, a praxisban szükséges elvégezni. Ezek közé tartozik a részletes fizikális vizsgálat, az általános- és szív-érrendszeri rizikó felmérése, vérnyomás-, testsúly-, testmagasság- és derékkörfogat mérése, EKG-készítés, érzékszervek vizsgálata, valamint – ahol a rendelő sajátos helyzetéből adódóan vérvételi helyként is működik –

vérzsírok-, vércukor meghatározása, vizelet és széklet-vér vizsgálata.

Az első orvos-páciens (szakdolgozó-páciens) találkozás során az első, ún. "alap-státusz" felvételekor a fizikális vizsgálat kapcsán lehetőség nyílik felhívni a figyelmet a szűrővizsgálatok fontosságára és az esetleges rizikófaktorok meglétére, a rizikóstátus felmérőlap kitöltésére. Anamnézis és kockázat felmérőlap vezetése, időszakos felülvizsgálata rendszeresen kell, hogy megtörténjen. Kiemelt fontosságú például a kardiovaszkuláris betegségek rizikó felmérésekor az anamnézis felvétele, a testsúly, a testmagasság, a vérnyomás, a BMI meghatározása, éhomi vércukor, haskörfogat megmérése, HDL-C, LDL-C, TG, ÉVC, CIGI, CRP meghatározása, Score chart Framingham szerinti besorolás.

Onkológiai rizikó felmérése után, emlő, cervix, colorectalis, bőr-, szájüreg, tüdő, here, prosztata, gyomor, és egyéb szűrések elvégzésére való figyelem felhívás, valamint labor vizsgálatokra küldése pl. PSA, KKK, DEXA a betegnek. Az emlő önvizsgálat oktatása az ápoló fontos feladata lehet a praxisban.

Hogyan is válik erre kompetenssé az ápoló?

Ahhoz, hogy erre a kérdésre választ kapjunk, ismernünk kell a kompetencia fogalmát.

A kompetencia valamely hivatás, vagy foglalkozás gyakorlásához és az ahhoz tartozó szakmai tevékenység biztosításához, felelős és eredményes elvégzéséhez szükséges ismeretek, továbbá a viselkedés és ezek önálló gyakorlásához szükséges készségek és képességek birtoklása. Valamilyen viselkedéssel, magatartásmóddal leírható tulajdonság-együttes, képesség, tudás, beállítódás és alkalmasság egy cselekedet véghezviteléhez, a gyakorlatból származik és tudományosan igazolt módszerek, eljárások, technikák, eszközök használatán alapul. A szakmai kompetenciát a képzésből, a képzési követelményekből lehet származtatni. A kompetencia változhat intézményenként, munkakörönként, munkakörön belül, egyénenként is, de minden esetben a meghatározó, a megfelelő képesítés, illetve a képzési követelmény. Ennek megfelelően az elsődleges igazodási pont az ún. képesítési követelmény, amelyet a szakmai és vizsgakövetelményekről szóló ágazati miniszteri rendeletek, jogszabályok tartalmaznak.

Az ápolói kompetenciák meghatározásához szükséges azt is meghatározni, hogy melyek azok a tevékenységek, amelyek végzéséhez nem elegendő önmagában egy adott ápolói szakképesítés megszerzése, hanem szükség van külön írásbeli felhatalmazásra is. A kompetenciák meghatározásakor szükséges elkülöníteni az ápolás önálló, orvossal együttműködő és az orvos elrendelésétől függő funkcióit, szinkronban az egyes szakképesítések szakmai- és vizsgakövetelményeit meghatározó jogszabályokkal (5).

Ha megnézzük a képesítési követelményeket az ápolók kompetenciája Magyarországon a következőképpen alakul:

A kétéves ápolási asszisztens szakképesítés központi programjában a kompetenciára vonatkozólag a következő három fogalom különül el:

1. Önállóan végezhető feladatok, pl.: ágyazás, subcután injekció beadása, higiénés szükségletek segítése;
2. Segédkezés a klinikai ápolási feladatoknál, pl.: foggyógyászok gondozása;
3. Ismereti, felismerési, észlelési szint, pl.: egészségügyi jogszabályok, (kardinális) fontos tünetek, életjelenségek megfigyelése.

Az ápolási asszisztent arra kell felkészíteni, hogy az ápolói- gondozói team tagjaként az ápoló felügyelete mellett legyen képes holisztikus személetű, alapápolási – gondozási feladatok ellátására (6).

A hároméves, érettségire épülő Országos Képzési Jegyzékben szereplő ápoló szakképesítés programja a kompetenciák három szintjét különíti el:

1. teljes kompetencia kör – azon ápolástudományi ismeretek tartoznak ide, amelyeket az ápoló önállóan végez (pl.: ápolási terv készítése),
2. részleges kompetencia kör – azok a konkrét, utasításra végzendő feladatok, amelyeket a szakképzett ápoló csak az orvossal, illetve a felügyeletét gyakorló vezetővel történő konzultáció során kapott felhatalmazással végezhet (pl.: intramusculáris injekció beadása),
3. minimális kompetencia kör – tartalmazza azokat az ápoláshoz közvetlenül nem kapcsolódó feladatokat, amelyek vonatkozásában a végzett ápoló nem rendelkezik megfelelő kompetenciával, de mint egészségügyi dolgozó a beteg érdekében eljárni köteles (ezek lehetnek orvosi feladatok is, de csak szakirányú – orvosi – segítséggel végezhetőek) (7).

A 36/ 1996. (III. 5.) Kormányrendelet a főiskolai végzettséget szerzett diplomás ápoló kompetenciáit az alábbiak szerint fogalmazza meg:

A diplomás ápoló legyen képes:

- önálló és szakmai csoportban való munkaszervezésre, munkavégzésre, interperszonális kapcsolatok kialakítására és fenntartására,-
- munkája során adódó tapasztalatok, eredmények és összefüggések felismerésére és következtetések levonására, elméleti és gyakorlati oktatásban való részvételle,
- menedzsment feladatok ellátására, költségvetésről gondolkodásra,
- önképzésre és ismereteinek átadására.

Emellett ma már szükséges a diplomás ápolók szakirányú továbbképzése is további szakirányokban (8).

Az egyetemi okleveles ápolóképzés az előző célokon túl kihangsúlyozza:

- a hallgatókat képessé kell tenni:

 1. az ápolói és az oktatási ismeretek elméleti és gyakorlati oktatására és az ápoláskutatásra,
 2. az ápolás közép és felsőszintű szervezésére és irányítására,
 3. az ápolásoktatás fejlesztésére, az ápolás tudományos problémáinak megoldására, tudományos előadások

megtartására magyarul és legalább egy élő idegen nyelven (9).

Éppen a fenti szűk, rövid, definíciók miatt régi igénye az ápolói szakmának egy tevékenységi lista, amely definiálja azt, ki, mikor milyen munkáért felelős a szakképesítéseknek megfelelően. Melyek azok a feladatok, amelyeket az ápolók jelenleg is elvégeznek csupán az illetékességi körük nem definiált. Munkacsoportunk TEAM munkára vállalkozott. Célunk az volt, hogy tételesen áttekintsük az alapellátásban, a jelenlegi jogszabályokban rögzített feladatokat, és hogy új tevékenységek körével bővítsük a meglévőket, melyek a mai praxisokban már megjelentek és elengedhetetlenek a népegészségügyi program és az egyéb környezeti változások miatt.

A 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet 2. számú mellékletéből kiindulva (4), kibővített formában elkészítettünk egy tájékoztató füzetet, melynek címe: *A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban* (10). Ez az Országos Alapellátási Intézet /OALI/ kiadvány a jelenlegi képesítési követelmények figyelembe vételével és kibővítésével készült a jövő közösségi ápolója számára. Munkacsoportunk igyekezett a tevékenységeket úgy felsorolni, rendszerezni, ahogyan a valóságban, a napi munkavégzés során megjelenik a feladat, amellyel szembe kell nézni, néha bizonytalanul. Éppen ezért, célunk egy olyan ajánlás megtétele volt, amely segítséget nyújt, mind a felnőtt házi orvos, mind az alapellátásban dolgozó felnőtt ápoló számára a tevékenységek elvégzésének lehetősége közötti eligazodásban, attól függően, hogy az ápoló szakképesítése milyen szintű. Bízunk benne, minden praxisba eljut az anyagunkból összeállított tájékoztató füzet és aktuális, hiteles információhoz jut az alapellátás valamennyi szakdolgozója és orvosa.

További célunk az alapellátást érintő jogszabályi változások nyomán követése, melyet szintén megjelentettünk füzetünkben és a jövőben további tájékoztató füzetek formájában szeretnénk összegyűjteni és kiadni az aktuális információkat, ezzel is naprakésszé tenni a gyakorlatban dolgozó szakembereket.

Hivatkozási jegyzék:

1. V. Spa&Wellness Egészségturisztikai Szakkiállítás és Konferencia 2006. november 9.: Az egészségügy stratégiai kérdései, az egészségügy helye, szerepe, Dr. Horváth Ágnes Egészségügyi Minisztérium
2. 13 IME VI. évf.3. sz. 2007. Április, Egészségpolitika: Regionalitás és kistérségek az egészségügyben Dr. Kereszty Éva, ELTE ÁJK Közigazgatási Jogi Tanszék
3. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről
4. 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a házi orvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről 2. számú melléklet a 4/2000. (II. 25.) EüM rendelethez Az ápolói tevékenység tartalma a házi orvosi szolgálatban
5. Boldogné Csuri Magdolna osztályvezető, Országos Tisztifőorvosi Hivatal 6. 22/2002. (V. 3.) EüM rendelet az ápolási asszisztens szakképesítés szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról
7. 14/1994. (IX. 15.) NM rendelet a szakmai követelmények kiadásáról
8. 36/1996. (III. 5.) Korm. rendelet kivonat az egészségügyi felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről
9. 85/2000. (VI. 15.) Korm. rendelet az egyetemi szintű ápoló alapképzési szak képesítési követelményeiről
10. A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban, OALI kiadvány tervezet 2007. szerk.: Dr. Becka Éva szakmai igazgató OALI, Ujváriné Siket Adrienn szakmai referens, koordinátor OALI, kiadja: Dr. Balogh Sándor főigazgató.