

# A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálata

[Ujváriné Siket Adrienn<sup>1</sup> | Dr. Balogh Sándor PhD c. egyetemi docens<sup>2</sup> | Dr. Becka Éva<sup>3</sup> | Tóth Ildikó<sup>4</sup> | Dr. Zrínyi Miklós<sup>5</sup>]

1 Szakmai referens, koordinátor, Országos Alapellátási Intézet, főiskolai adjunktus DEEK 2 OALI főigazgató  
3 szakmai igazgató-helyettes, Országos Alapellátási Intézet 4 Előadó, Országos Alapellátási Intézet 5 Kórházi  
üzletágvezető, TEVA Magyarország ZRt.  
E-mail: siket@de-efk.hu

Ez a vizsgálat azért készült, hogy a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vonatkozásában segítsen megismerni az érintett lakossági csoport körében, a szociális és az egészségi állapotot, illetve a gondozási szükségleteket a Homogén Gondozási Csoportok alapján.

## Bevezetés

Közismert, hogy a fejlett országok többségében a társadalom korösszetétele az idősebb korosztályok felé tolódik el, az idősök gondozása az Európai Unió országaiban is megoldandó problémát jelent<sup>1</sup>. Miközben az idősök száma nő, a fiatalok száma csökken, ezáltal a népesség struktúrája úgy módosul, hogy a népesség átlagéletkora és a születéskor várható átlagos élettartam nő. Tehát az öregedő népesség tagjai egyre tovább élnek, ami a társadalmi, politikai, gazdasági és egészségügyi területen számos megoldásra váró feladatot jelent. Az Európai Unió jövő foglalkoztatási politikájának legfontosabb négy teendői közül kettő az öregedés kérdéskörébe tartozik<sup>2</sup>. Az idősök aránya 1950-ben az egész világon 8%, 2000-ben 10% volt, 2050-ben azonban – az ENSZ „A világnépesség öregedése – 1950–2050” című, 2000-ben közzétett kiadványa szerint az emberiségnek már több mint egyötödét, Európában 36–37%-át 60 éven felüliek teszik majd ki. Ennek a gazdaság fejlődésére, a munkaerőpiacra, a generációs transferekre gyakorolt jelentős közgazdasági hatásai várhatók. Emellett olyan társadalmi hatásokkal is számolni kell, amelyek többek között a családösszetételben, az együttélési formákban, az egészségügyi ellátásban mutatkoznak majd meg.

A magyarországi 2001. évi népszámlálás adatai szerint a 60 éves és idősebb korosztály 2/5-e (38,7%) férfi, 3/5-e (61,3%) nő. A férfiak 16,6%-a, a nők 23,9%-a (a teljes népesség 20,4%-a) volt ekkor időskorú. A nemek arányának mutatója – az 1000 férfira jutó nők száma – ami a népesség egészét tekintve 1102 –, a 15 év alattiaknál 954, a 15–59 éveseknél 1020, a 60 éves és idősebb korúaknál pedig már 1587. Családi állapot tekintetében a 60 éves és idősebb férfiak 75%-a 2001-ben is házas családi állapotú volt, 15%-uk özvegy, s mindössze 6% volt elvált. A nők körében jóval alacsonyabb a házas családi állapotúak hányada (mindössze 36%), ezzel

szemben nagyon magas, 52% az özvegyeké. Ez a szám az életkor előrehaladásával gyors ütemben emelkedik, a 80 éves és idősebb nőknek már mintegy 4/5-e özvegyként éli életét.

Az OECD előrejelzései alapján a baby-boom generáció és hazánkban az ún. Ratkó-korszak szülöttei 2013–2015 körül érik el az öregkort, erős nyomást gyakorolva az egészségügyi-, szociális- és a nyugdíjrendszerre<sup>3</sup>. Az eltartó/eltartott arány jelentős változása a nagy társadalmi elosztó rendszereket – mint például a nyugdíj rendszer vagy az egészségügyi ellátó rendszer – komoly kihívás elé állítja<sup>4</sup>. A jelenlegi helyzet nem fenntartható, egy új rendszer kiépítésére van szükség: új források bevonására, és azok optimális felhasználására. Az ápolásbiztosítási rendszer kiépítése lehet a kulcsa a szociális és egészségügyi szektor által nyújtott ellátások összehangolásának. Az állam és az egyén felelőségének, szerepének meghatározása illetve megosztása szempontjából is jelentős az ápolásbiztosítás bevezetése, hiszen az egyéni öngondoskodást valósítja meg, állami felügyelettel, a már létező társadalombiztosítási rendszerbe integrálva. Boncz és Betlehem szerint Németországban az ápolásbiztosítási rendszerének bevezetése segíti a demográfiai változásokból adódó problémák kezelését, adekvát választ ad a jelenlegi és a jövőbeni egészségügyi-költségrobanás egyes elemeire, erősíti az öngondoskodást, az ápoláshoz mobilizálja a civil erőforrásokat (családtagok, rokonok, barátok stb.). A rendszer csökkenti a várólistát az ápolási otthonokban, versenyhelyzetet teremt az ápolási szolgáltatók számára és az egyházi, karitatív szervezetek sikeres szerepvállalása is jellemző. Ezen kívül az állam egyes feladatai delegálásra kerülnek, a pénzügyi-gazdasági hatás is jelentős a munkaerő-piaci hatás mellett az új álláshelyek megteremtése révén és nem utolsósorban, komoly kihívást jelent az ápolói szakma számára. A fent említett szakemberek szerint, 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<sup>5</sup>.

A Kormány 2011/2007. (I. 30.) számú, az ápolási rendszer egységesítésének soron következő feladatairól szóló kormányhatározatában bízta meg a szaktárcákat az új egységes ápolási rendszer kialakításával. Az elképzelések szerint – az

osztrák és német példa alapján – olyan egységes ápolás-biztosítási rendszert alakítanak ki, amelynek a számlájára az aktív korúak társadalombiztosítási befizetéseiből különítenének el egy részt, abból finanszíroznák a gondozás és gyógyítás költségeit. Az ápolásbiztosítás hosszú távon is működőképes rendszerben, kötelező és önkéntes pillérekből állna.

Ennek finanszírozási technikájaként a már kialakított Homogén Gondozási Csoportok módszerének elterjesztése a cél<sup>6</sup>.

A Homogén gondozási csoportok kialakítása az alábbi csoportok szerint történik az FNO alapján:

	A	B	C
1. Térbeli- időbeni tájékozódás	1	5	12
2. Helyzetnek megfelelő viselkedés	1	5	12
3. Tevékenységek, funkciók			
31. Étkezés	1	3	5
32. Öltözködés	1	2	4
33. WC használat	1	3	5
34. Tisztálkodás	1	2	3
35. Kontinencia	1	2	4
36. Kommunikáció	1	2	4
37. Terápia követés	1	3	4
38. Transzfer	1	3	4
39. Helyváltoztatás	1	2	3
4. Látás	1	5	8
5. Hallás	1	5	8
6. Szakápolási teendők		nem	igen
61. Vitális funkciók megfigyelése naponta	1	1	2
62. Vizsgálati anyagok vétele legalább hetente	1	1	2
63. Oxigénterápia	0	0	2
64. Kötözés, sebellátás, decubitus prevenció	0	0	4
65. Táplálkozási intervenció	0	0	4
66. Rehabilitáció, gyógytorna	0	0	5
67. Egyéb egészségügyi szaktevékenység	0	0	5

- A: a tevékenységet az ellátott rendszeresen és helyesen elvégzi
  - B: vagy nem rendszeresen vagy nem helyesen végzi el
  - C: a tevékenységet az ellátott nem képes ellátni
- A homogén gondozási csoport kifejezés azt jelenti:
- Homogén: összevethető a gondozásra fordított idő
  - Gondozási: mindegy, mi váltotta ki ezt az állapotot
  - Csoportok: az önellátási képesség szempontjából döntő funkciók vizsgálata a gondoskodás mértékének megítéléséhez

A homogén gondozási csoportok jellemzői a következők: a súlyozott pontrendszer, az átjárhatóság és összevethetőség az egészségügyi rendszerekkel mely a gondozott felőli állapotfüggő finanszírozás szakmai alapja lehet. A homogén gondozási csoportok előnyeként megemlíthető hogy: egyszerű, standard, reprodukálható, összehasonlítható egészségügyi rendszerekkel, a gondozási –

ápolási rászorultság vizsgálatára alkalmas, a gondozott felőli állapotfüggő finanszírozás szakmai alapja lehet<sup>7</sup>.

Felmérésünk során a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól, 3. sz. melléklete<sup>8</sup> alapján állítottuk össze kérdőívünket az alapellátásban dolgozók részére a Homogén Gondozási Csoportok alapján.

## Vizsgálati célok

Vizsgálatunk során elsődleges célunk annak megismerése volt, hogyan függenek össze a szociális helyzet egyes jellemzői, demográfiai (nem, életkor) és egészségi állapot-jellemzők (diagnózisok, állapotok) a szociális ellátási igényekkel. Ezen kívül további célunk az volt, hogy megtudjuk hány fő, új gondozási igény merül fel egy praxisban egy hét során. Milyen gondozási formák iránt van igény a praxisokban: mint például a házi étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelző-rendszeres segítségnyújtás vagy a támogató szolgálat, otthoni szakápolás, és végső esetben az idős otthoni ellátás területén. Különböző kérdéscsoportok kialakításával (személyes adatok, a gondozási szükséglet mértéke, önkiszolgálás, ön-ellátás, mozgásfunkciók, mentális funkciók, kommunikáció, érzékszervi funkciók, egészségügyi ellátási igény, felügyeleti igény, szociális körülmények, szakápolás) komplexen kívántuk tanulmányozni a gondozást igénylő egyének/betegek élethelyzetét, gondozási igényét.

Kíváncsiak voltunk továbbá a körzeti ápolók gondozási feladataira és az otthoni szakápolási szolgálatok tevékenységére egyaránt.

## Adat és módszer

A felmérés 2008 júniusában felnőtt és vegyes háziorvosi praxisokban készült. Azokra a személyekre terjedt ki, akik a praxisban gondozást igényelnek. Az egy hetes időszak a praxisok aktuális („pillanat felvétel”) állapotát tükrözi. A vizsgálat egyenként annyi gondozottra vonatkozott, ahány gondozott fő volt a praxisban. Kérdőíves felmérés készült az OALI által kidolgozott kérdőívvel. Összesen 42 indikátorból állt az eredménylap. A főbb mérési pontok a következők voltak: demográfiai jellemzők, szociális körülmények, a gondozási szükséglet mértéke, önellátás, mozgás, mentális/érezékszervi funkciók, egészségügyi ellátási igény, felügyeleti igény, szakápolási igény.

## Eredmények

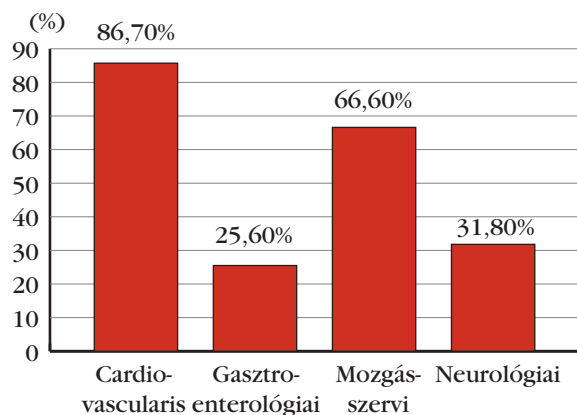
A vizsgálatba összesen 29 háziorvosi praxis került be és 654 gondozott adatait sikerült eredményesen feldolgozni. Ez praxisonként átlag 22 gondozottat jelent.

A *nemek aránya* alapján a minta 64% nő; 36% férfi volt. *Korcsoportonkénti* megoszlás tekintetében a minta 42,3%-a a 71-80 közötti életkori csoportból került ki, ezt követte a 81 év felettek aránya 23,9%-ban. *Családi állapot* tekintetében figyelemre méltó, hogy több mint fele özvegy, 52,9%. A *település típusa* szerint a minta leginkább falvakat/községeket mutat be. *Szociális helyzet* tekintetében átlagosnak mondhatók a résztvevők 59,1%-a. Az egészségügyi alapellátás szempontjából, 78%-nak volt állandó háziorvosa.

A *gondozást igénylők létszáma* tekintetében egy hét alatt egy átlagos háziorvosi praxis esetében 7%-al (45 fő) növekedett a gondozást igénylő új betegek száma. Az újonnan gondozottak között kétszer annyi nő volt, és a többség az idős korosztályból került ki. A vezető kórok között a szív- és érrendszeri valamint a mozgásszervi megbetegedések emelkedtek ki, mind az *alapbetegség*, mind az ismert betegségek estén (1. ábra).

A vizsgált időszak, egy hete során újonnan gondozásba

1. ábra A gondozást igénylő alapbetegsége, ami indokolta a gondozást



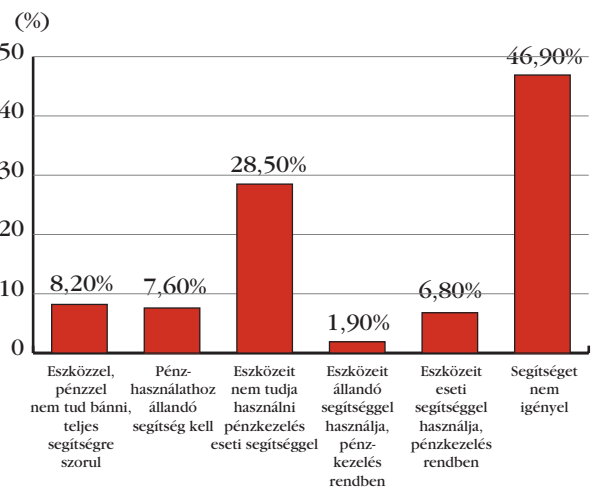
vett betegek esetében is a vezető betegségcsoportok fordultak elő leggyakrabban.

Az *igényelt személyi gondoskodási igény* felmérése alapján a legtöbben a házi étkeztetést 40,9%, illetve a házi segítségnyújtást 36,4% jelölték meg. De nem elhanyagolható mértékű az informális/családi segítség 32,8% aránya sem.

Az *önellátás iránti igény* esetében 46,9% segítséget nem igényel. A felmérésben részt vevők 28,55% eszközeit nem tudja önállóan használni, és a pénzkézeltést eseti segítséggel tudja kivitelezni (2. ábra).

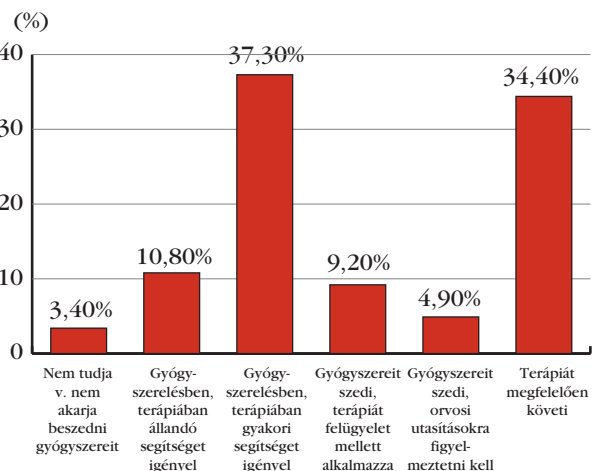
A *terápiakövetés mértékének megismerése* során az egyes szociális csoportok között azt tapasztaltuk, hogy 37,3% a gyógyszerelésben, terápiában gyakori segítséget igényel. A praxis átlagához képest jobb szociális helyzetűek jobban követték a terápiás protokollt, mint a rosszabbul szituáltak. A tipikus szociális helyzetűek jobban követték a terápiás protokollt, mint a rosszabbul szituáltak. A praxis tipikus és jobb anyagi helyzetű tagjai között nem volt eltérés a terápia követésében. A terápiakövetés, vagyis hogy a beteg követi-e az orvos utasításait és gyógyszeres terápiáját betartja-e, nem függött attól, hogy volt-e állandó

2. ábra Igényelt személyi gondoskodási igény felmérése



házi orvosi szolgálat a településen vagy csak hosszútávon helyettesítéssel ellátott praxisoról volt szó (3., 4. ábra).

3. ábra A terápiakövetés mértéke



4. ábra A terápiakövetés mértékének statisztikai vizsgálata

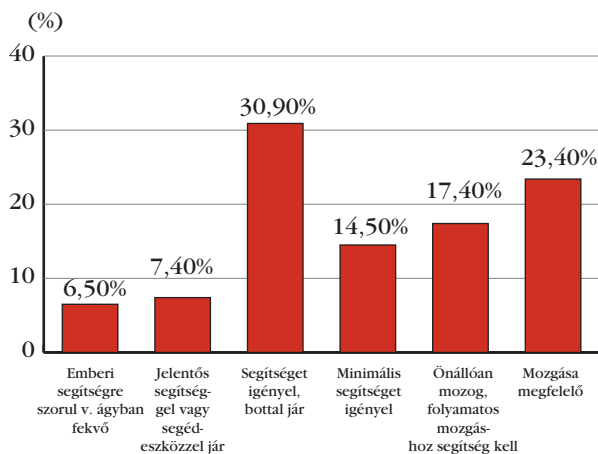
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	30,660	2	15,330	6,149	,002
Within Groups	1613,046	647	2,493		
Total	1643,706	649			

A *mozgásfunkciók felméréseinek eredményeként* 30,9% Segítséget igényel, botal jár, 7,4% jelentős segítséggel, vagy botal jár, 6,5% emberi segítségre szorul, vagy ágyban fekvő (5. ábra).

Szoros összefüggést találtunk a beteg mozgásszervi betegsége és a rehabilitációs szükséglet között (Chi-négyzet próba = 10,78; p = 0,001) (6. ábra).

Az *egészségügyi ellátási igények* tekintetében 44,8% időszakosan folyamatos egészségügyi ellátásra szorul, 13,20% rendszeres egészségügyi ellátásra szorul, 5,8% állandó egészségügyi ellátásra szorul (7. ábra).

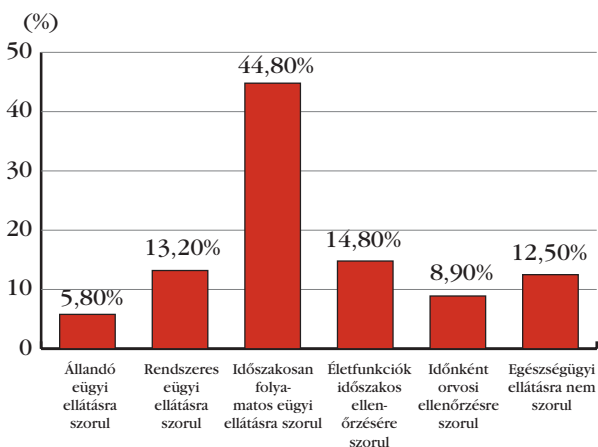
5. ábra A mozgásfunkciók felmérésének eredménye



6. ábra A beteg mozgásszervi betegsége és a rehabilitációs szükséglete közötti összefüggés

	Value	df	Asymp Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,780 <sup>b</sup>	1	,001		
Continuity Correction	10,127	1	,001		
Likelihood Ratio	11,373	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	10,763	1	,001		
N of Valid Cases	643				

7. ábra Egészségügyi ellátás iránti igény



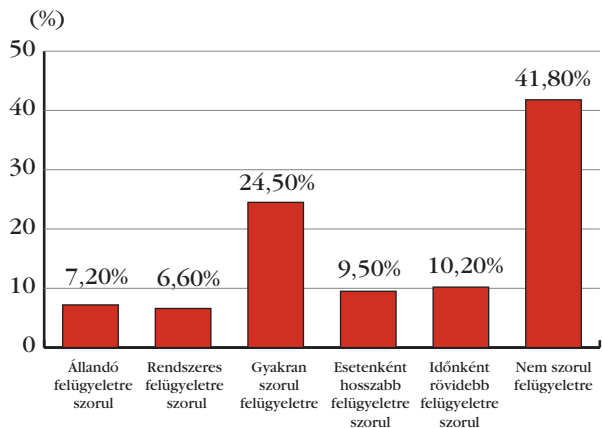
**Az egészségügyi és a szociális ellátási igényt összehasonlítva az egészségügyi ellátásra való igény 2,1-szer nagyobb, mint a szociális ellátás iránti igény!**

A felügyeleti igény eredményeként 24,5% gyakran szorul felügyeletre, 6,6% rendszeres felügyeletre szorul és 7,20% állandó felügyeletre szorul (8. ábra).

Az ellátási igény és a felügyeleti igény között is szoros

összefüggést tapasztaltunk. Minél nagyobb volt az igény az orvosi ellenőrzés, gondozás iránt, annál nagyobb volt az igény a személyes segítő jelenlétére is (9. ábra).

8. ábra Felügyeleti igény



9. ábra Az ellátási igény és a felügyeleti igény közötti összefüggés

		Correlations	
		Ellátás	Felügyelet
Ellátás	Pearson Correlation	1,000	,207**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	650	649
Felügyelet	Pearson Correlation	,207**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	649	650

A szakápolás iránti igény felmérése során azt kértük a válaszadóktól (elsősorban körzeti ápoló) jelölje meg, rászorul-e a kliens az adott szakápolási tevékenységre, illetve jelölje meg azt is, ki végzi el az adott tevékenységet a leggyakrabban, a körzeti ápoló, vagy az otthonápolási szolgálat, esetleg mindketten elvégzik. A peritoneális dialízist és az oxigénterápiát kivéve minden tevékenységet elvégez mind a két szakember. **Az egymást átfedő kompetenciák miatt rossz hatékonyságú a munkaerő-kihasználás (10., 11. ábra).**

A szociális gondozás iránti igény felmérésekor azt kértük: „Gondoljon egy napjára, amikor 5 betegét látogatja meg. Összesen 5 órát tud velük tölteni. Kérem, határozza meg, hogy ebből az öt órából mennyi időt fordít a gondozási, ápolási és szakápolási tevékenységekre, illetve mennyi időt a szociális kiegészítő feladatokra.” Átlagosan 2,1-szer több időt fordítottak a szakápolási, mint a szociális gondozási feladatokra, vagyis minden 5 órából (= 300 perc):

- 200 perc szakápolást 2/3
- 100 perc szociális munkát takart 1/3

Minél nagyobb gondot jelentett a mozgásfunkció, annál magasabb volt a szociális munka iránti igény ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,015$ ). Ugyanakkor az életkor és a szociális munka iránti igény között nem találtunk kapcsolatot ( $r = 0,025$ ;  $p = 0,57$ )

### 10. ábra Szakápolás iránti igény

	Körzeti ápoló	Ottboni szakápoló	Mind- kettő
Vitális megfigyelés	✓	✓	✓
Vizsgálati anyagok levétele	✓	✓	✓
Sebellátás	✓	✓	✓
Decubitus kezelés	✓		✓
Étkeztetés	✓	✓	✓
Rehabilitáció	✓	✓	✓
Injekció	✓	✓	✓
Infúziós terápia	✓	✓	✓
Peritoneális dialízis	0	0	0
Oxigénterápia	✓	✓	0
Fájdalomcsökkentés	✓	✓	✓
Kanül ellátás	✓	✓	✓
Gyógyszerelés	✓	✓	✓
Onkológiaigondozás	✓	✓	✓
Katéter gondozás	✓	✓	✓

### 11. ábra Szakápolás iránti igény gyakorisága a beavatkozások fontosságának sorrendje szerint

Injekció	190
Rehabilitáció	141
Vitális megfigyelés	139
Fájdalomcsillapítás	115
Vizsgálati anyagok levétele	109
Sebellátás	101
Gyógyszerelés	95
Decubitus-kezelés	88
Infúziós terápia	29
Onkológiai gondozás	13
Étkeztetés	12
Katéter gondozás	12
Kanül ellátás	6
Oxigénterápia	5
Peritoneális dialízis	1

## Megbeszélés, következtetések

Érdekes egybeesés tapasztalható a 2001. évi népszámlálás adatai és az általunk vizsgált minta között. A 52% az özvegyeké a 60 éves és idősebb korosztály 2/5-e (38,7%) férfi, 3/5-e (61,3%) nő, ez az arány a mintánk esetében: 36%férfi, 64% nő.

A népszámlálás szerint a családi állapot 52%-ban özvegy, a mintánk esetében ez 52,9%.

A *kapcsolatokhoz* (társas, családi kapcsolatok minősége, rendszeressége, egyéb emberi/közösségi kapcsolatok támaszok) fűződő összefüggések:

Minél rosszabb volt az illető kapcsolati minősége, annál nagyobb volt a felügyeleti igénye is (-0.178; p < 0.001). Azaz a szociális kapcsolatok hiánya egyértelműen fokozza a felügyeleti igényt, de nem fokozza az egészségügyi ellátás iránti igényt, ezzel ugyanis a kapcsolatok minősége nem függött össze (-0.35; p = 0,38). Vagyis, a felügyeleti igény elsősorban szociális kérdés, és nem feltétlen takar valós betegség miatti gondozási igényt.

*Anyagi helyzettel* (lakhatását, rendszeres étkezését, ruházódását havi jövedelme biztosítja) kapcsolatos összefüggések:

Hasonlóan az előbbiekhöz, minél rosszabb volt az anyagi körülménye egy páciensnek, annál magasabb volt az illető számára a felügyeleti igény (-0,188; p < 0,001). Ugyanakkor a szegénység és a rossz egészségi állapot összefüggése itt már utolérhető, mert minél rosszabb anyagi helyzetű volt a beteg, annál nagyobb volt az egészségügyi ellátás iránti igény is (-0,207; p < 0,001). Ugyanakkor az is egyértelmű volt, hogy minél magasabb volt az egészségügyi ellátás iránti igény, annál nagyobb volt a felügyeleti igény is (0,27; p < 0,001), azaz, beteg ember felügyeletre szorul, és minél súlyosabb a gond, annál tartósabb a gondoskodás iránti igény. Ami egyértelműen megalapozza, hogy a betegség súlyossága és a felügyeleti igény növekedése az otthonápolásra, majd az ápolási otthonra utalja a beteget.

*Önellátással* kapcsolatos összefüggések:

Eszközök/anyagok használata (háztartás eszközei, pénzzel való bánás): Minél magasabb volt az önellátási igény, annál nagyobb volt az egészségügyi ellátás iránti igény (is) (0,11; p = 0,005), de igazából az önellátás a felügyeleti igénnyel szorosabb összefüggésben volt! (0,49; p < 0,001) Vagyis, az önellátás korlátozottsága csak részben egészségügyi, nagyobb részben viszont felügyeleti (szociális) kérdés, ezért az ilyen önellátási készségek javítása nem feltétlen egészségügyi probléma.

*Terápiakövetés* (gyógyszer helyes alkalmazása, orvos által előírt teendők követése):

A terápiakövetés esetében sem az egészségügyi ellátási igény volt a meghatározó elem, minél nagyobb volt a terápiakövetéstől való eltérés, annál magasabb volt a felügyeleti igény (0,242; p < 0,001), de a terápiakövetés és az egészségügyi ellátás iránti igény nem mutatott összefüggést (0,09; p = 0,82). Vagyis, a terápiakövetés újfent nem igényelne egészségügyi beavatkozást (ez ugyan vitatható, de a megkérdezettek szerint ez a helyzet), hanem sokkal inkább a betegre történő „ránézés”, „nyomon követés” lenne a fontosabb feladat. Hogy a betegre nem egészségügyi személyzet „néz rá”, nem tűnik gondnak.

*Helyváltoztatás*, testhelyzet változtatás (Mozgásfunkciók lakásban, lakáson kívül, (járás, ülés, állás, eszközök szükségessége) valamint térbeli, időbeni tájékozódás (tájékozódási képesség, tevékenységek összehangolása, ismeretek alkalmazása, napi rutin feladatok intézése): A két problémakör önmagában is összefüggést mutatott, azaz minél rosszabb volt a helyváltoztatással kapcsolatos kész-

ség, annál inkább beszűkültek a mentális képességek is (0,324;  $p < 0,001$ ). Azonban, a helyváltoztatási készségek nagyon szerényen mutattak összefüggést az egészségügyi ellátás iránti igénnyel (0,81;  $p = 0,04$ ), sokkal inkább a felügyeleti igénnyel! (0,255;  $p < 0,001$ ). Vagyis, a mozgáskorlátozottság megoldása nem szakápolói feladat, ez lényegében segítő személy kérdése (szakképzettség nélkül).

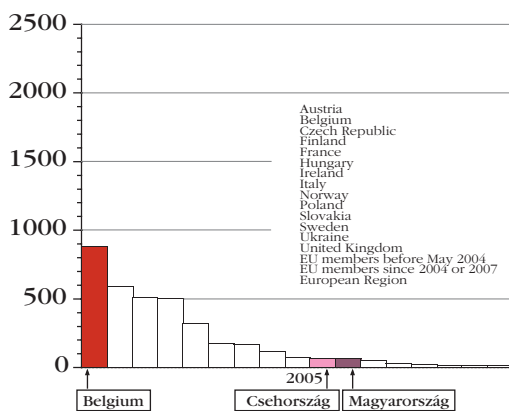
A térbeli tájékozódás korlátozottsága már végképp nem állt összefüggésben egészségügyi ellátási igénnyel (jogosan) (0,56;  $p = 0,15$ ), csak a felügyeleti igénnyel függött össze (0,38;  $p < 0,001$ ). Ez az a terület, ahol az otthoni szakápolásra sincs igazán érdemi szükség, csak az ápolási otthon nyújtja a végleges megoldást.

Általánosságban tehát úgy tűnik, hogy a válaszadók az akut egészségügyi ellátási igényeket leválasztják a folyamatos nyomon követésről és folyamatos gondozásról, és az orvosilag nem gyógyítható korlátozottságot visszautalják a felügyeleti igények közé. Utóbbi megerősíteni látszik, hogy az otthonápolás funkciója szakápolásra való, az ápolási otthon funkciója pedig a felügyeleti igény biztosítására (és kevésbé a gyógyításra, rehabilitációra).

Ezek az idős emberek (asszonyok) többségükben egyedül élnek, családtól távol, elmagányosodva. Milyen lehetőségeik vannak akkor, ha gondozásra szorulnak?

Ha megnézzük, az ápolási otthonok számát Magyarországon óriási lemaradásban vagyunk mind a csatlakozás előtti és utáni EU átlaghoz viszonyítva egyaránt<sup>9</sup> (12. ábra).

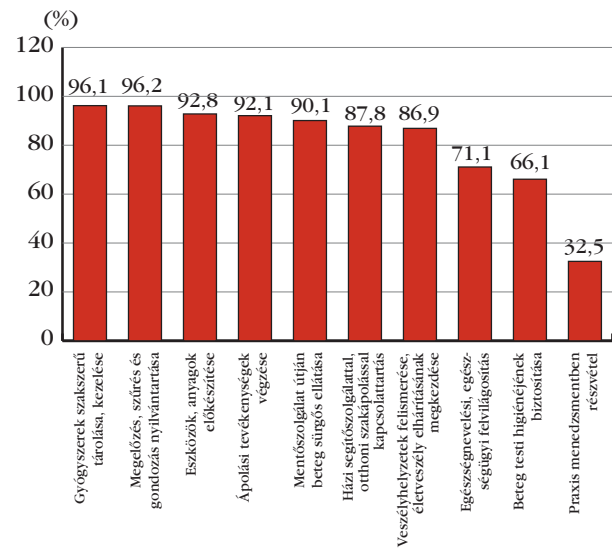
12. ábra HFA Database 2005



Marad az alapellátási szolgáltatások köre, ahol viszont jelenleg alacsony a közösségi ápolói kapacitás, illetve nem a közösségben végzi a körzeti ápoló a klasszikus értelemben vett közösségi ápolói munkát, hanem a rendelőben végzett adminisztratív tevékenység tölti ki munkaidejének döntő hányadát.

Ezt igazolja az OALI 2004-ben végzett felmérése is, amely a körzeti ápolók élet- és munkakörülményeit, egészségi állapotát vizsgálta<sup>10</sup>. A tanulmány eredményei szerint a körzeti ápolói munkát a rendelőben végzett adminisztratív tevékenységek jellemzik leginkább. Ennek a gyakorlatnak a megváltoztatása szükséges lenne a speciálisan

13. ábra Körzeti ápolók élet- és munkakörülményei, egészségi állapota. Munka jellemzői (%); OALI 2004;  $N = 768$



képzett szakdolgozók, diplomás ápolók szerepének növelésével (13. ábra).

A családgondozó ápoló európai modelljét az EVSZ alkotta meg 2000-ben, a II. Miniszteriális Konferencián Münchenben. Elismerve ezzel, hogy az ápolás igen nagy jelentőségű és összetett feladatkört jelent a közösség legkisebb szintjén a családban.

A 25/2001. (VII. 25.) OM rendelet a családgondozó ápoló szakirányú továbbképzési szak képesítési követelményeiről<sup>11</sup> rendelkezik. A rendelet Magyarországon is elérhetővé teszi a főiskolai szintű, diplomás ápoló szakképzettséggel rendelkezők szakirányú továbbképzését. A képzésben résztvevők - hivatás- és felelősségtudatuk, ápolási szemléletük birtokában - az alapképzésben szerzett szakmai ismereteik elméleti és gyakorlati elmélyítésével felkészítést kapnak a családgondozó ápolói feladatokra. Szakképzettségük alapján képessé válnak a család- és közösségorientált egészségügyi alapellátást segítő tevékenység folytatására, munkájuk során figyelembe veszik a magyar egészségügy és a betegek, illetve fogyatékos személyek ápolásával kapcsolatos követelményeket, a családok és azok tagjainak eltérő kulturális, gazdasági és társadalmi helyzetét, emberi jogait. Egészségügyi team tagjaként képesek együttműködni az egészségfejlesztés, betegség-megelőzés, korai betegség-felismerés, gyógyítás, ápolás, gondozás és rehabilitáció területén az egészségügy egyéb szakterületein dolgozó szakemberekkel. A családgondozó ápolók megjelenése, bevonása az alapellátási teambe kulcsfontosságú kérdés.

A következő probléma a kompetenciák definiálásának hiánya. Ma Magyarországon az ápolási feladatok egy részét jelenleg az egészségügyi szféra látja el. Az utóbbi évtizedekben a szociális és ápolási igények egészségügyi irányú

tendenciája felerősödött, ezzel is hozzájárulva a két szektorban egymással párhuzamosan működő funkciók kialakulásához. Az egészségügyi rendszer keretein belül a házi szakápolás, az aktív, illetve krónikus fekvőbeteg-ellátás keretein belül történik az ápolási feladatok ellátása. A fogyatékos megállapítása, felülvizsgálata, rehabilitáció, kezelés mind az egészségügy szerves részfeladata, ugyanakkor nem képes azt komplexen kezelni. Amint a gondozási igénnyel kapcsolatos eredményünk is mutatja átlagosan 2,1-szer több időt fordítottak a szakápolási, mint a szociális gondozási feladatokra a válaszadó körzeti ápolók. Tisztázni kell ezért a körzeti közösségi ápoló az otthonápolási szolgálat, illetve egyéb szolgáltatók feladatainak hatásköreit tevékenységi körök szintjén. Az OALI régiófelelős ápolói 2007-ben „A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban”<sup>12</sup> címmel szakmai ajánlást dolgoztak ki, amely egyaránt segíti minden praxisban a családorvos és a körzeti közösségi szakápoló munkáját, illetve tájékoztatja a közösséget és a beteget is arról, kihez forduljon segítségért problémája esetén. Ennek mintájára célszerű lenne a tevékenységek pontosítása a körzeti ápolók és az otthonápolási szolgálatok és a szociális szolgáltatók között is. A felmérésből is látható hogy gyakran átfedik egymás munkáját, amely így alacsony hatékonyságúvá válik. Természetesen a leoptimalisabb megoldás az ápolói kompetenciákról szóló rendelet mielőbbi kidolgozására és életbe léptetésére lenne. Emellett az alapellátásban szükséges lenne a jól körülhatárolt szakmai kompetencia szerint végzett ápolási tevékenység elkülönített finanszírozásának bevezetése is.

## Felhasznált Irodalom

1. Iván, L.: Az idősgondozás helyzete Európában. Nővér, 1999; 12, 6, 9-13. – 2. Szónoky Ancsin G. 2004b. Európai kihívások a foglalkoztatás területén a csatlakozás előtt és után Magyarországon. In: II. Magyar Földrajzi Konferencia Szeged. 2004. szeptember 2-4. (www.geography.hu/rom). – 3. Érsek Katalin, Mészáros Kinga, Dózsa Csaba, Gulácsi László: A várható „demográfiaiunami” kezelésének lehetőségei Budapesti Corvinus Egyetem, August Österle, Vienna University of Economics and Business Administration, Budapesti Corvinus Egyetem, Csillik Gabriella Szociális és Munkügyi Minisztérium, Kárpáti Zsuzsanna Egészségügyi Minisztérium 32 IME VI. Évfolyam egészség-gazdaságtani különszám 2007. október egészség gazdaságtani finanszírozás. – 4. Boncz, I.: Az egészséggazdaságtan kihívásai XXI. században. Népegészségtani Tudományos Társaság 9. Nagygyűlése. Hévíz, 2000. április 13-15. – 5. Boncz I., Betlehem J., Sebestyén A.: A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalainak ismertetése. Nővér, 2001, 14(6):7-14. [http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2001/200106/nover\\_2001\\_06.htm#2](http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2001/200106/nover_2001_06.htm#2). – 6. Érsek Katalin, Mészáros Kinga, Dózsa Csaba, Gulácsi László: A várható „demográfiaiunami” kezelésének lehetőségei Budapesti Corvinus Egyetem, August Österle, Vienna University of Economics and Business Administration, Budapesti Corvinus Egyetem, Csillik Gabriella Szociális és Munkügyi Minisztérium, Kárpáti Zsuzsanna Egészségügyi Minisztérium 32 IME VI. Évfolyam egészség-gazdaságtani különszám 2007. október egészség gazdaságtani finanszírozás. – 7. Dr. Egervári Ágnes: Gondozási szükségletek mérése az időellátásban, bentlakásos intézményekben és a házi segítségnyújtásban, Szociális klaszter 2007 09.12. – 8. A 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól, 3. sz. melléklete. – 9. HFA adatbázis, WHO Regional Office For Europe, Copenhagen, 2005. – 10. Ujváriné Siket Adrienn, Dr. Becka Éva: Körzeti ápolók élet és munkakörülményei. Egészségi állapot, Medicus Universalis 2006. 39. évf. 2. sz. 55-64. o. – 11. 25/2001. (VII. 25.) OM rendelet a családgondozó ápoló szakirányú továbbképzési szak képesítési követelményeiről Melléklet a 25/2001. (VII. 25.) OM rendelethez: A családgondozó ápoló szakirányú továbbképzési szakképesítési követelményei. – 12. Dr. Becka Éva, Ujváriné Siket Adrienn: A közösségi ápoló tevékenységei az alapellátásban, OALI könyvek Tájékoztató füzet I. OALI Ápolói Kiadvány Szerkesztők: Felelős kiadó: Dr. Balogh Sándor főigazgató, Országos Alapellátási Intézet, Typotop Kft. Budapest, 2007.

[ KVÍZ KVÍZ KVÍZ KVÍZ ]



	a	b	c
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Név: \_\_\_\_\_

Cím: \_\_\_\_\_

Pecsétszám: \_\_\_\_\_

Med. Univ. 2009. februári szám  
1426 Budapest, Pf. 155.

**OLVASSA a megújult MEDICUS UNIVERSALIST és akár évi 12 kreditpontot is kaphat a kvíz megfejtésekért! A kvíz a megjelent cikkekben fellelhető információ alapján készült. Töltse ki a megfejtést a lapban található táblázatba és postázza címünkre március 31-ig!**

---

1. Mennyi az alkoholfogyasztás férfiak számára ajánlott maximálisan mennyisége?
    - a) 110 g
    - b) 140 g
    - c) 210 g
  2. Milyen mediátor felszabadulását segíti elő az alkohol?
    - a) serotonin
    - b) dopamin
    - c) acetilcholin
  3. Óránként átlagosan hány gramm alkohol bomlik le az egészséges szervezetben?
    - a) 5-6 g
    - b) 8-10 g
    - c) 10-14 g
  4. Diabetes mellitus orális kezelése esetén első választandó szer:
    - a) metformin
    - b) sulfanilurea
    - c) acarbose
  5. Melyik antihipertenzív szer vizsgálata történt az ONTARGET study-ban?
    - a) ramilpril
    - b) telmisartan
    - c) mindkét válasz helyes
  6. Melyek voltak az elsődleges végpontok az ONTARGET vizsgálatban?
    - a) szívelégtelenség miatti hospitalizáció
    - b) perifériás artériás érszűkület
    - c) diabetes mellitus
  7. Milyen arányban történik meg a hipertóniás betegek célértéken való kezelése?
    - a) 10-20%
    - b) 60-70%
    - c) 20-50%
  8. A vizsgálatok szerint, milyen arányban marad ki kezelési nap a hipertónia terápiában?
    - a) 10%-ban
    - b) 20%-ban
    - c) 30%-ban
  9. Mennyi a 40 évnél fiatalabb háziorvosok aránya Magyarországon?
    - a) 5%
    - b) 10%
    - c) 20%
  10. Mi a magnézium adásának kontraindikációja?
    - a) anaemia
    - b) hyperthyreosis
    - c) veselégtelenség
-