

Ápolási beavatkozások hatása a beteg öngondozási képességére a kórházi felvétel és az elbocsátás között

Dr. Zrínyi Miklós, PhD, Tudományos munkatárs, Ápolás és szülésznőség munkacsoport, Humánerőforrás-tervezési szervezeti egység, Egészségügyi Világszervezet, Genf, Svájc
Dr. Zékányné Rimár Iлона, Oktatási osztályvezető, Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

Összefoglaló

Cél: A betegek öngondozási képességét befolyásoló ápolási beavatkozások hatásának összehasonlítása a kórházi felvételt és az elbocsátást követően.

Módszerek: Elő- és utóméréses, véletlenszerű mintaválasztáson alapuló, kvázi kísérleti kutatási módszert alkalmaztunk. A betegek és ápolók a betegek öngondozási képességét megítélő adatlapot (mérőeszközt) töltöttek ki felvételkor és távozáskor, valamint demográfiai, és elégedettséggel (ápolás minősége, munkakörülmények) kapcsolatos kérdésekre válaszoltak.

Eredmények: A betegek általában pozitív öngondozási képességekről számoltak be. Nem találtunk érdemi eltérést a betegek öngondozási képességének megítélésében a betegek és ápolók között sem a felvételkor, sem a távozás alkalmával. Megállapítható, hogy a kedvezőbb beteg-ápoló kapcsolat magasabb öngondozási képességgel párosult.

Következtetések: Ahhoz, hogy kiértékelhessük az ápolási beavatkozásoknak a betegek öngondozási képességére az akut ellátás során gyakorolt hatását, követéses vizsgálatok szükségesek.

Bevezető

Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint a következő évtizedben számos ország regisztrál majd jelentős növekedést az egy főre eső, napi gondozást igénylő, tehát ápolástól függő emberek számában (WHO, 2002). Várhatóan 2050-re a Szahara alatti afrikai régiót, Közép-Kelet és Ázsia országait (különösen Indiát és Kínát) fogja legnagyobb mértékben sújtani a gondozásfüggő egyének gyakoriságának növekedése. E tekintetben komoly nehézségekkel néznek majd szembe az egykori szocialista országokban is, annak ellenére, hogy a gondozásfüggő személyek aránya statikus vagy éppen csökkenő képet mutat, mert ennek oka elsősorban a korai halálozás és alacsony születési arány. A krónikus ellátás iránti igénynövekedés nem csak az említett régiókban, de az egész világon egyre súlyosabb gondokat okoz majd az ellátásokhoz és a szakemberekhez való hozzáférésben. Norvégiában napvilágot látott jelentések a daganatos betegek hanyatló egészségi állapotát az egészségügyi szolgálatok túlzott terhelésével, a hozzáférés szűkülő esélyeivel magyarázzák (Nord és mtsai, 2004). Az ellátásokhoz való hozzáférés kérdése jelentősen komplikálja a helyzetet; a világméretűvé váló ápolóhiány és elvándorlás pedig az amúgy is létező egyenlőtlenségeket még tovább fokozzák (Booth, 2002).

Az említett okok következtében a kormányzatok és a biztosító társaságok is aggódnak az egészségügyi szolgáltatások és a szakemberek túlzott igénybevétele miatt (Horsburgh, 1999). Arra törekednek, hogy valamilyen módon távol tartsák az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő tömegek nagy részét, és egyre több embert készítsenek fel betegségük, állapotuk öngondozással, önmenedzseléssel való megoldására. Az ápolás, mint hivatás és mint gyakorlati diszciplína, az öngondozás fejlesztése terén is erősödő kihívással néz szembe. Egyre több területen várják el olyan ápolási beavatkozások kidolgozását, melyek a felnőttkori öngondozást segítik (Chou és mtsai., 2004;

Gerson és mtsai, 2004; és Jaarsma és mtsai, 2000), és változatos megoldásokat kínálnak egy sor egészségi állapot menedzselésére.

Kevés azonban az olyan kutatás, amely az ellátó rendszer szerepét vizsgálná az öngondozásra történő felkészítésben, és különösen kevés az akut ellátás terén készült vizsgálat (Henry és Holzemer, 1997). Az időskori gondozásból átvett minták alapján olyan öngondozási modellek kerülnek felhasználásra az akut ellátásban, amelyekről feltételezik, hogy megállják a helyüket. Arról azonban, hogy ezek az öngondozás-fejlesztő modellek valóban hatásosak-e az akut ellátási környezetben, szinte semmit sem tudunk (Henry és Holzemer, 1997).

Erre való tekintettel a jelen kutatás célja annak eldöntése volt, hogy befolyásolják-e a kórházba történő felvétel és elbocsátás között végzett ápolási beavatkozások a betegek öngondozási képességét. További cél volt annak vizsgálata, hogy alkalmasak-e az akut intézményi keretek a betegek öngondozási képességének hosszú távú megváltoztatására.

Elméleti modell

Az öngondozási képesség elméleti megfogalmazására és meghatározására számos elmélet született (Gast és mtsai, 1989). Jelen kutatás az Orem által kidolgozott meghatározáson alapul (Orem, 1991), mely szerint az egyének akkor vesznek részt önmaguk egészségfejlesztésében, ha bizonyos elősegítő feltételek és képességek rendelkezésükre állnak. Ezek a következők: a saját egészségi állapot megbecsülése; öngondozási képességek; a szükséges energia az öngondozási teendők végrehajtásához; és az öngondozásról való megfelelő tudás, tájékozottság.

Az ápolási gyakorlat szemszögéből az öngondozás szükséges feltételei közé tartozik az is, hogy 1) a betegek az ápolóktól megfelelő információt kapjanak állapotukról, az öngondozás módjáról; 2) a betegeket ne gátolja semmi abban, hogy bármilyen kérdésüket megbeszéljék ápolóikkal; és 3) a betegek az ápolóktól odafigyelő, segítő, támogató ápolásban részesüljenek.

Orem modelljét több szempontból is hasznosnak gondoltuk ebben a vizsgálatban. Úgy véltük, hogy függetlenül az intézményi keretektől és az ellátás módjától (akut vagy krónikus ellátás stb.), az ápolás egyik legfontosabb célja a beteg öngondozási képességeinek javítása vagy helyreállítása. Az ápolás egyik minőségi indikátorának is tekinthetjük tehát, hogy milyen mértékben változik a betegek öngondozási képessége a kórházi felvétel és az elbocsátás között. Feltételeztük, hogy minőségi ápolás esetén a betegek öngondozási képessége javul az ápolási beavatkozások következtében. Erre való bizonyítékot Aish és Isenberg (1996) közölt, akik Orem modelljére alapozott vizsgálatuk során, infarktuson átesett beteg körében a diétás öngondozási képesség javulását regisztrálták.

Az Orem-féle modell használata továbbá segítséget nyújtott a megfelelő mérőeszközök kiválasztásában, melyekkel az öngondozáshoz szükséges feltételeket és magát az öngondozási képességet is mérni tudtuk.

Hipotézisek

Az alábbi hipotézisek kiértékelését végeztük el a jelen vizsgálat során:

1. Nincs különbség abban, ahogy a betegek felvétel és távozás között a saját öngondozási képességüket megítélik.
2. A betegek saját öngondozási képességük megítélésében ápolóikhoz képest felvételnél és elbocsátáskor is magasabb pontszámot érnek el.
3. A kedvezőbb ápoló-beteg kapcsolat jobb öngondozási képességet eredményez.
4. Az öngondozási képesség foka és a kórházi tartózkodás ideje között összefüggés van.

Módszerek

A vizsgálatban ún. elő- és utóméréses, kvázi kísérletet folytattunk le, véletlenszerűen választva ki a vizsgálati személyeket. Az adatokat a debreceni Kenézy Gyula kórház öt gyógyító egységében (belgyógyászat, sebészet, onkológia, szülészet és nőgyógyászat) gyűjtöttük 2003. októbertől 2004. január hónap végéig. Semmilyen előre eldöntött beválasztási kritériumot nem alkalmaztunk; a betegnek csupán képesnek kellett lennie arra, hogy a kérdőíveket meg tudja válaszolni. A betegek felvételnél az Öngondozási Képességek Megítélése (Appraisal of Self-Care Agency form A, ASA A)

kérdőívet, valamint demográfiai adatlapot töltöttek ki, amelyeket lezárt borítékban adtak vissza az adatgyűjtőnek. Ugyanezt a kérdőívet töltötték ki a betegek távozásuk előtt egy nappal, amit kiegészítettünk az ápoló beteg kapcsolatát mérő további kérdőívvel (Patient Reactions Assessment, PRA), valamint a szerzők által készített, az ápolással való elégedettséget mérő skálával.

Az ápolók az általuk gondozott a beteg felvételekor töltötték ki az Öngondozási Képességek Megítélése kérdőív (Appraisal of Self-Care Agency form B, ASA B) ápolók számára kidolgozott verzióját. Ugyanakkor töltötték ki személyes profiljuk kérdőívét is, amely az életkorra, nemre, szakmai végzettségre, munkaidőre, az egy főre eső betegek számára, és az egészségügyben eltöltött idő hosszára kérdezett rá. A betegek távozásakor ismételten kitöltötték az ASA B kérdőívet, valamint pontosították a betegek kórházi ellátásának okait (diagnózis, első vagy ismételt kórházi felvétel, jelenlegi ápolási napok száma). Az ápolókat arra is kértük, hogy egy, a betegekéhez hasonló skálán értékeljék a munkakörülményeikkel való elégedettségüket. A betegek részéről a vizsgálatban való részvétel névtelen és önkéntes volt; minden beteg beleegyező nyilatkozatot írt alá, amelyben tájékoztattuk a vizsgálat céljairól, módszereiről, és az esetleges következményekről.

Mintanagyság és statisztikai elemzések

A megfelelő statisztikai mintanagyság érdekében előzetes becslést végeztünk a Cohen (1988) által javasolt módszerrel. A számításokat 5 csoportos ANOVA elemzéshez (összehasonlítás felvétel és távozás, valamint az 5 osztály betegei között) igazítottuk, az első fajú és másod fajú statisztikai hibát 0,05 valamint 0,9-nek vettük, a várható hatásmértéket közepesnek tekintettük (0,25). A fenti paraméterek alapján 255 beteg beválasztására lett volna szükség. Az 5 klinikai osztályra való tekintettel 250 betegben (osztályonként 50) maximáltuk a végleges mintánk nagyságát. Az 1. táblázat a tényleges mintanagyságot mutatja be.

I. táblázat
Tényleges mintanagyság osztályok szerinti
bontásban

Belgyógyászat	48
Sebészet	45
Onkológia	28
Nőgyógyászat	22
Szülészeti	17
Összesen:	160

Két kivételtől eltekintve a tényleges minta jóval elmaradt a számított értékektől. Utólagos statisztikai erő-elemzésekkel megállapítottuk, hogy egyes elemzések esetében az alacsonyabb mintanagyság miatt 0,7 vagy ennél kisebb statisztikai erő állt rendelkezésre egyes jelenségek kimutatására. Mindezek a statisztikai következtetések megbízhatóságát befolyásolhatták.

A következő statisztikai módszerekkel vizsgáltuk hipotéziseink érvényességét: ismételt mérés ANOVA teszt, összefüggő és független mintás t-próba, valamint parciális és korrelációs együttható meghatározása. A szignifikancia szintjét 0,05-nél húztuk meg; egyoldalú szignifikancia próbát alkalmaztunk a harmadik számú hipotézis vizsgálatához.

Mérőeszközök

Az öngondozási képességet az *Öngondozási Képességek Megítélése* (Appraisal of Self-Care Agency form A és B, ASA-A és ASA-B) kérdőívvel határoztuk meg (Evers és mtsai, 1993). Az ASA-A és B változatok Orem öngondozási deficit elméletére épülnek, és konkrétan az aktuálisan kiaknázható öngondozás mértékét mérik. A mérés alapján eldönthető, hogy egy adott személy vajon képes-e öngondozási szükségleteinek maradéktalan kielégítésére. Maga a mérés általános szempontokon alapszik, ezért a pontszámok bármely kor- vagy betegségcsoport esetében is könnyen összehasonlíthatók. Az A típust a beteg számára, a B típust az ápolók vagy a beteg hozzátartozói számára fejlesztették ki. Az ASA skálák 5 fokozatú pontrendszerre épülnek, az „1” teljes egyet nem

értést, az „5” maximális egyetértést jelent. A skála 24 állítást tartalmaz, amelyeket értékelni kell. Ilyen például: „Gyakran hiányzik belőlem az energia, hogy úgy gondoskodjam magamról, ahogy kellene.” Tizenöt állítás pozitív tartalmú, 9 negatív eseményeket fogalmaz meg. Az egyes állítások összegzésével számítható ki a végleges pontszám, amely 24 és 120 közötti lehet. A magasabb pontszámok magasabb öngondozási képességre utalnak. A kérdőív validitását több országban végzett vizsgálattal is tisztázták (Lorensen et al., 1993; Soderhamn et al., 1996; and van Achterberg et al., 1991). A jelenlegi vizsgálatban a megbízhatóság 0,82 és 0,91-es értékek között mozgott.

A skála használatára az eredeti szerzőktől írásos felhatalmazást kaptunk. A fordítás egyezőségét oda-vissza fordítási módszerrel végeztük.

A beteg-ápoló kapcsolat minőségét a *Beteg Reakcióinak Értékelése* (Patient Reactions Assessment, PRA) kérdőívvel határoztuk meg (Galassi és mtsai, 1992). A 15 állításból felépülő kérdőív a beteg-ápoló kapcsolat következő 3 dimenzióját értékeli: 1) a betegnek elmondott információ minősége és érthetősége; 2) a beteg lehetősége arra, hogy kérdéseivel az ápolóhoz forduljon, megbeszélje vele; és 3) az ápolók gondoskodó, odafigyelő magatartása. A kérdőív az alábbihoz hasonló állításokból épül fel: „Nehézséget okoz ettől a személytől bármit is kérdezniem”. A kérdőívet 1-től 5-ig skálán lehet pontozni; az „1” teljes egyet nem értést, az „5” maximális egyetértést jelent. A megszerzhető pontszámok 15 és 75 között mozognak; magasabb pontszám kedvezőbb beteg-ápoló kapcsolatot jelent. Tartalmi és kritériumfüggő validitást vizsgálatot Galassi és mtsai (1992) végeztek. Előzetes felhasználás során (Zrínyi és Horváth, 2003) a skála megbízhatósága 0,91-nek adódott, a jelen vizsgálatban 0,88-as értéket regisztráltunk. A skála használatára az eredeti szerzőktől ismételt írásos felhatalmazást kaptunk, valamint a fordítást is a fentiekben leírtak alapján végeztük.

A betegek ápolással való elégedettségét, valamint az ápolók munkakörülményekkel való elégedettségét a szerzők által kialakított kérdőívvel mértük. A betegeket távozás előtt arra kértük, hogy 1-től 10-ig terjedő skálán értékeljék az ápolás minőségével való elégedettségüket, ahol az „1” teljes mértékben elégedetlen, a „10” a teljes mértékben elégedett állapotot fejezte ki. Az ápolók esetében hasonló 10-es felosztású skálát alkalmaztunk. Mindkét esetben a magasabb pontszámok magasabb elégedettséget jelöltek. A kérdőívekre vonatkozóan sem validitást, sem megbízhatóságot nem tudunk közölni.

Eredmények

Összesen 186 beteget kértünk fel a vizsgálatban való részvételre; 26 beteg adatait nem tudtuk feldolgozni, a végleges minta 160 főből állt. A betegek átlag életkora 49,6 (\pm 15,2) év volt; közel kétharmaduk (63%) volt nő. A többség házas volt vagy együtt élt valakivel (73,6%). A minta jelentős része másodszor vagy ennél többször került ismételt kórházi felvételre (76,3%). Az ápolási napok száma 8,25 (\pm 11,6) napnak adódott.

Az ápolószemélyzet átlag életkora 29,2 (\pm 6,9) év volt. Átlagosan 9,2 (\pm 6,8) éve dolgoztak az egészségügyben; a többség (87,5%) napi egy műszakot teljesített. Az ápolók kisebb hányada (13,8%) rendelkezett főiskolai vagy magasabb végzettséggel. Az egy ápolóra jutó betegarány nappali műszak során 14,7 (\pm 4,2) beteg volt; az éjszakai műszakban 25 (\pm 11,4) beteget kellett ellátni egy ápolónak.

A betegek az ápolással való elégedettségüket átlagosan 7,3 (\pm 1,8) pontra értékelték. Az ápolók elégedettsége a munkakörülményeikkel ennél alacsonyabb volt [6,7 (\pm 1,6) pont]. A beteg-ápoló kapcsolat minőségét meghatározó mérésünk átlaga 29,9 (\pm 8,0) pont volt. A betegek és ápolók a betegek felvételekor és távozásakor is egyaránt azonosan értékelték a betegek öngondozási képességét. A betegek felvételkor és távozásakor 89,9 (\pm 11,6) és 89,4 (\pm 13,4) pontot értek el; az ápolók 88,9 (\pm 9,4) valamint 89,5 (\pm 13,8) pontra értékelték betegeiket.

Az első hipotézis eldöntésére ismételt mérések ANCOVA tesztet végeztük, az életkort és az ápolási napok számát kovariánsként használtuk fel. A globális ANCOVA teszt alapján megállapítottuk, hogy a felvétel és elbocsátás között a betegek öngondozási képességei eltértek az egyes klinikai egységek tekintetében ($F = 8,4$; $p < 0,001$), de az egyes klinikai egységeken belül a betegek között nem adódott eltérés. Úgy nevezett poszt hoc statisztikai módszerekkel az alábbi eltéréseket mutattuk ki a betegek felvételekor: az onkológiai és szülészeti osztályok betegei alacsonyabb öngondozási képességet mutattak a belgyógyászati betegekénél; az onkológiai betegek öngondozása alacsonyabb volt a sebészeti betegekénél; végül a szülészeti betegek öngondozása alacsonyabb volt a sebészeti

betegekénél. Távozáskor az egyetlen mérhető különbség a szülészeti betegek belgyógyászati osztályéhoz viszonyított alacsonyabb öngondozása volt.

Amikor egymintás t-próbát alkalmaztunk annak eldöntésére, hogy vajon a betegek felvétel és eltávozás között eltérően ítélik-e meg saját öngondozási képességüket, nem találtunk szignifikáns különbséget a felvétel és elbocsátás közötti pontszámokban. Hasonlóan nem mutatott különbséget az ápolók véleménye betegeik öngondozási képességéről a felvétel és elbocsátás között.

Összefüggő mintás t-próbát végeztünk annak eldöntésére, hogy vajon eltérően ítélik-e meg a betegek és ápolók a betegek öngondozási képességét kórházi felvétel és távozás között (második számú hipotézis). A betegek és ápolók véleménye között ebben az esetben sem volt eltérés.

Parciális korrelációt végezve (azaz a beteg és ápoló elégedettség mértékét kontrollálva) megerősítettük, hogy a kedvezőbb beteg-ápoló kapcsolat jobb öngondozási képességekkel párosult ($r = 0,29$; $p = 0,001$). Az öngondozási képesség és az ápolási napok száma között fordított összefüggést tártunk fel ($r = -0,18$; $p = 0,26$).

A hipotézisek vizsgálatán felül további összefüggéseket is elemeztünk. Ezeket csak kiegészítő információként adjuk közre, a megállapítások nem vonatkoznak a kutatás közvetlen céljaira.

Érdekelt bennünket, hogy vajon van-e érdemi összefüggés az öngondozási képesség és a kórházi felvételek száma között. Függetlenül attól, hogy a beteget először vagy sokadik alkalommal vették gondozásba, nem találtunk különbséget e két csoport betegeinek öngondozási képességei között sem a felvétel, sem az elbocsátás alkalmával ($t_{\text{felvétel}} = -1,55$; $p = 0,12$ és $t_{\text{távozás}} = 1,24$; $p = 0,13$). Ugyancsak érdekelt bennünket, hogy vajon van-e különbség az öngondozás mértékében, ha a beteg egyedül, vagy hozzátartozóval együtt élt. Független mintás t-próbával mutattuk ki, hogy a kórházi felvételnél azok a betegek, akik hozzátartozóval éltek együtt, magasabb öngondozási képességgel rendelkeztek, mint az egyedül élő betegek ($t = -2,5$; $p = 0,013$). Ezek a különbségek az elbocsátáskor a két csoport között megszűntek ($t = -1,8$; $p = 0,07$).

Megbeszélés

A jelen kutatás elsődleges célja annak eldöntése volt, hogy az ápolási beavatkozások milyen mértékben befolyásolják a betegek öngondozási képességét kórházi tartózkodás során. Mint láthattuk, a betegek a felvétel és elbocsátás közötti időszakban azonos öngondozási képességet jelentettek. Ha az elméleti eloszláshoz viszonyítjuk (min. 24 és max. 120 pont), az átlagban 89 pontos eredmény a betegek kedvező öngondozási képességéről tanúskodott. Az átlagtól három szórásnyira (emlékeztetőül: egy szórás 12 pont volt) a betegek az öngondozási képességek teljes birtokában lettek volna (azaz 120 pontos maximális pontszámot értek volna el).

Amint azt a módszertani részben már említettük, az ASA kérdőív egyik tulajdonsága, hogy bármely kor- és betegségcsoport eredményei összehasonlíthatók vele. A 2. táblázat időskorú, ápolásfüggő betegek ASA pontszámait foglalja össze.

2. táblázat
ASA-A átlag pontszámok időskorúak esetében.

	ASA-A
Időskorú, önellátó ¹	99.8
Bentlakásos gondozottak ¹	93.2
Személyre szabott gondozás ¹	86.2
Ápolási otthonban lakók ¹	81.1
Geritáriai osztályon fekvők ²	84.5
Otthonélő időskorúak ³	85.9-94.2

¹ [Evers et al., 1993]

² [Soderhamn et al., 1996]

³ [Soderhamn and Lindencrona, 2000]

A hivatkozott tanulmányokban a betegek átlag életkora 65 év vagy annál idősebb volt. Ha az ő eredményeikhez hasonlítjuk a mi mintákat, akkor az időskorú betegekhez hasonló öngondozási képességet mutattak a mi betegeink. Ha azonban figyelembe vesszük, hogy az időskorú minta és a mi mintánk között legalább 15 év korkülönbség volt, a mi mintánk öngondozási képessége jóval az időskorúak alatt volt. Mindez azért figyelmeztető, mert ennek a mintának az ápolási szükségletei 15 év múlva egy időskorú nemzetközi minta többszörösei is lehetnek. Kérdés, hogy az öngondozási képesség ilyen drasztikus romlását az ápolás hogyan tudja lassítani vagy megállítani? Kérdés, hogy a jelenlegi ápolási struktúra és szervezés mellett miként lehet majd ennyi krónikus ellátásra szoruló, ápolásfüggő személynek megfelelő szolgáltatást nyújtani?

Több alternatíva is magyarázhatja miért nem változott meg a betegek öngondozási képessége a kórházi felvétel és elbocsátás között. Elképzelésünk szerint mélyreható magatartásváltozás ilyen rövid tartózkodás alatt nem következik be. Miután az intézmény elhagyását követően nem követtük vizsgálati alanyainkat, nem tudjuk pontosan megmondani, vajon kihatással volt-e az ápolás a betegek hosszú távú öngondozására.

Azt is tapasztaltuk, hogy a különböző osztályon fekvő betegek öngondozási képessége eltért egymástól. Ezek a kezdeti különbségek azonban kiegyenlítődtek a kutatás végére. Miután nem valódi kísérleti kutatást végeztünk, ezt a kedvező változást nem tulajdoníthatjuk kizárólag az ápolási beavatkozásoknak. Mi több, egyes esetekben az alacsony mintanagyság is akadályozta a következetes statisztikai döntéseket. Mindezek ellenére elképzelhető, hogy az ápolási tevékenységek részben felelősek az öngondozási különbségek csökkenéséért.

Nem kizárt az sem, hogy az Orem elméletére alapozott hagyományos ápolási tevékenységek akut ellátási keretek között nem alkalmasak az öngondozási deficit csökkentésére. Ehhez azonban tegyük hozzá, hogy az ápoló-beteg arány irreálisan magas volt (ápolónként 14 beteg) tanulmányunkban ahhoz, hogy célzottan tudjanak az ápolók öngondozási nehézségekkel foglalkozni. Más szerzőknek sikerült már dokumentálni Orem elméletére épülő ápolási beavatkozások kedvező hatását (Aish és Isenberg, 1996). Ahhoz, hogy meggyőződjünk az elmélet hatásosságáról akut ellátási körülmények között is, javasolt lenne egy olyan klinikai mérőeszköz kifejlesztése, amely lehetővé tenné az öngondozási deficit gyors diagnózisát, és ennek megfelelő ápolási terv kialakítását. Javasolnánk egy konkrét olyan kísérleti kutatás elvégzését, amely a hagyományos, Orem elvre épített, strukturált ápolási beavatkozások hatását mutatná ki az akut ellátás keretein belül.

Noha az öngondozási képességek megítélésében a betegek és ápolók közötti nagyfokú egyezés megerősíteni látszott a betegek saját becslését, nem szabad elfelejteni, hogy valójában nem végeztünk tényleges fizikai méréseket (pl. mobilitás mértéke). Tanulmányunk egyének szóbeli önbecslésén alapult, amely nem minden esetben képes a valóságos változások kimutatására.

Holland kutatók egy csoportja előzetesen már dokumentált eltéréseket betegek és ápolók között az ASA kérdőív használata során (Halfens és mtsai, 1999). Vitatták, hogy a skálán elhelyezett állítások megfogalmazása (pozitív és negatív tételek változatossága) kihatással vannak a mért eredményekre. Különösen azért, mert a betegeknek megvan az a tulajdonsága, hogy a pozitív állításokkal jobban egyet értenek. A betegek gyakran „felfelé” pontozzák önmagukat, azaz több öngondozási képességet tulajdonítanak maguknak, mint az őket értékelő személyzet. Eredményeink a fenti jelenséget nem igazolták, sokkal inkább Soderhamn és kollégáinak (1996) megállapításaival értettünk egyet, akik a betegek és ápolók közötti szoros pontozási egyezésre hívták fel a figyelmet. A több országra (Hollandia, Dánia és Norvégia) kiterjedő vizsgálatok sem mutattak ki az ASA-A és B típus közötti pontozásbeli eltérést (van Acheteberg és mtsai, 1991). Igaz, hogy az ápolók képzettsége több országban is befolyásolta az eredményt; a diplomás ápolók az ASA-B típuson magasabbra értékelték a betegek öngondozási képességét (Halfens és mtsai, 1999). Utána nézve ennek a jelenségnek azt találtuk, hogy a magyar mintában a diplomás ápolók magasabbra értékelték betegeiket az alacsonyabb képzettségű ápolóknál ($t = 2,2$; $p = 0,03$). A jelenség további kutatás tárgyát képezi.

Úgy véljük, hogy a jelen vizsgálat tovább erősíti azt az igényt, hogy egységes és rapid klinikai eszközt adjunk ápolóink kezébe az öngondozási deficit diagnosztizálásához. Az ASA kérdőív kiváló kutatási eszköz, de használata nem elég kényelmes. A 24 állítás kiértékelése nem egyszerű feladat gyakorló ápolóknak. Helyette inkább egy 10 kérdéses eszközt gondolnánk praktikusnak. Miután az ASA nemzetközileg is érvényesített mérő-eszköz, ajánlható ezt a kérdőívet lerövidíteni, és a gyakorlatban ismételtelen érvényesíteni, megbízhatóságát 10 kérdéssel is letesztelni.

Evers és kollégái (1993) felvetették, hogy az öngondozási képességet legkönnyebb úgy meghatározni, mint ami kevesebb, éppen elegendő, vagy több mint a beteg öngondozási deficitje. Annak érdekében, hogy ápolóink a klinikai gyakorlat során elkerüljék az öngondozási deficit alul- vagy túlbecsülését, javasoljuk referencia pontszámok - vagyis onkológiai betegeken végzett összesített vizsgálatok eredményeivel hasonlíttatnánk össze egy konkrét onkológiai beteg eredményét, akit ezzel saját populációjának átlagához viszonyítanánk - meghatározását változatos kor- és betegségcsoportok esetében, amelyek alapján az ápolók a beavatkozás mértékét is azonnal el tudnák dönteni. Egyszerűvé válna a klinikai gyakorlat, ha a betegeket öngondozási szükségleteik alapján „súlyos”, „segítségre szoruló”, és „önellátó” kategóriákba tudnák ápolóink sorolni egy egyszerű mérés alapján.

A beteg-ápoló viszony minősége ebben a vizsgálatban meglehetősen alacsony értékelést kapott (átlag 30 pont). Miután az elméleti eloszlás 15 és 75 pont közötti szórást tett lehetővé, a 30 pontos értékelés szerint a betegek nem voltak elégedettek ápolóikkal. Ne felejtjük el, hogy egy-egy ápolónak a legjobb esetben is 14 beteg ellátása volt a feladata. Mindez csak az ápoló-beteg kapcsolat rovására lehetséges. Aiken és kollégái (2002) is rámutattak, hogy a munkaerő-normák (ápoló-beteg arány) betartása befolyásolja az ápolás minőségét. A beteg-ápoló kapcsolat minősége ugyanakkor növelheti az öngondozási kedvet, és javíthatja a távlati öngondozás minőségét is (van Dam és mtsai, 2003). A megfelelő számú és képzettségű ápolószemélyzet hiánya lehetetlenné teszi a holisztikus szemléletű beavatkozásokat, ezek közé tartozik az öngondozási képesség fejlesztése is.

Mindenképpen aggodalomra adott okot, hogy mintánkban magas volt azon betegek száma, akik sokadik alkalommal kerültek ismételt kórházi felvételre. Véleményünk szerint ezeknek az eseteknek a háttérében sokszor állt öngondozási, önmenedzselési probléma. Éppen ezért lenne akut kérdés annak eldöntése, vajon az Orem-féle elméletre alapozott ápolási beavatkozások képesek-e megelőzni vagy elodázni a betegek ismételt kórházi felvételét. Eldöntésre váró kérdés, hogy az akut intézmények alkalmasak-e az öngondozás ilyen fokú megváltoztatására. Költséghatékonysági szempontokat is mérlegelve megengedhetetlen, hogy az akut ellátás során végzett ápolási tevékenységek ne befolyásolják a betegek öngondozási képességét. Megkockáztatható, hogy az ápolási napok meghosszabbítása, és az így nyert és öngondozás fejlesztésre fordított gondozási idő kifizetődne az alacsonyabb rehospitalizációs arány következtében. Miután hazánkban az ápolási ellátások jelentős része az akut ellátások köré szerveződik, megfontolandó lenne annak átgondolása, hogy miként illeszthető be a hagyományos ápolásszervezés kereteibe az öngondozási igény felmérése, fejlesztése.

A vizsgálat korlátai

Henry és Holzemer (1997) vitatták, hogy az öngondozásra irányuló mérések adekvát módszerek lennének akut ellátások esetében. Ezért a szerzők elismerik, hogy egyes eredmények adódhattak a mérőeszköz pontatlanságából is, mivel azt nem kifejezetten akut ellátásra tervezték. Ugyancsak elismerik a szerzők az alacsony mintanagyság befolyását a statisztikai következtetések pontosságára. A szerzők felhívják a figyelmet arra is, hogy a vizsgálati eredmények csak korlátozottan terjeszthetők ki más intézményekre, mert a vizsgálat egyetlen intézmény keretein belül készült.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők az alábbi ápolóknak mondanak köszönetet áldozatos segítségükért:
Pogácsás Ildikó, Kocsis Zoltánné, Bálint Anita, Gulácsi Katalin, Papp Zsófia, Szőke Mónika, Kiss Anikó, Győry Adrienn, Urbán Csilla, Galambos Mária, Csiszár Katalin, Nagy Andrea, Sz kibák Borbála, Bérci Anikó, Zsadányi Rita, Lakatos Kinga, Csutka Gabriella, Frissné Görög Zita, Juhász Tímea, Balogh Istvánné, Szakács Józsefné, Kissné Gulyás Edit, Nagy Erzsébet, Rakos Zsuzsanna, Gálné Nagy Ottilia, Lovász Tiborné, Kövesdi Andrea, Erdős Mózses Emese, Császár Andrea, Sinai Imréné, Szöllösi Julianna, Hallga Gáborné, Ember Katalin, Somossy Adrienn, Vágási Mónika, Kiss Viktória, Kósa Katalin, Bogárdi Istvánné, Romász Éva, Nagy Linda, Timoska Andrea, Pünkösdi Tibor, Mester Szilvia, Mészáros Tünde, Papp Zoltánné, Tóth Ildikó, Szabó Jánosné, Tornyi Ferencné, Székely Anna, Szolnoki Emőke, Varga Andrea, és Bereczki Judit.

Irodalomjegyzék

1. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., 2002. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *Nursing Outlook* 50 (5), 187-194.
2. Aish, A.E., Isenberg, M., 1996. Effects of Orem-based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. *International Journal of Nursing Studies* 33 (3), 259-270.
3. Booth, R.Z., 2002. The nursing shortage: a worldwide problem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 10 (3), 392-400.
4. Chou, F.Y., Holzemer, W.L., Portillo, C.J., Slaughter, R., 2004. Self-care strategies and sources of information for HIV/AIDS symptom management. *Nursing Research* 53 (5), 332-339.
5. Cohen, J., 1998. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 2nd ed. Lawrence Erlbaum, New Jersey.
6. Evers, G.C., Isenberg, M.A., Philipsen, H., Senten, M., Brouns, G., 1993. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *International Journal of Nursing Studies* 30 (4), 331-342.
7. Galassi, J., Schanberg, R., Ware, W.B., 1992. The patient reactions assessment: a brief measure of the quality of the patient-provider relationship. *Psychological Assessments* 4, 346-351.
8. Gast, H.L., Denyes, M.J., Campbell, J.C., Hartweg, D.L., Schott-Baer, D., Isenberg, M., 1989. Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. *ANS Advances in Nursing Science* 12 (1), 26-38.
9. Gerson, L.D., Dorsey, C., Berg, J., Rose, L.E., 2004. Enhancing self-care in community dwelling older adults. *Geriatric Nursing* 25 (5), 272-276.
10. Halfens, R.J., van Alphen, A., Hasman, A., Philipsen, H., 1999. The effect of item observability, clarity and wording on patient/nurse ratings when using the ASA scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 13 (3), 159-164.
11. Henry, S.B., Holzemer, W.L., 1997. Achievement of appropriate self-care. Does care delivery system make a difference? *Medical Care* 35 (11 Suppl), NS33-40.
12. Horsburgh, M.E., 1999. Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *International Journal of Nursing Studies* 36 (6), 443-453.
13. Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H.H., Dracup, K., Diederiks, J., 2000. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart and Lung* 29 (5), 319-330.
14. Lorensen, M., Holter, I.M., Evers, G.C., Isenberg, M.A., van Achterberg, T., 1993. Cross-cultural testing of the "appraisal of self-care agency: ASA scale" in Norway. *International Journal of Nursing Studies* 30 (1), 15-23.
15. Nord, C., Mykletun, A., Thorsen, L., Bjoro, T., Fossa, S.D., 2004. Self-reported health and use of health care services in long-term cancer survivors. *International Journal of Cancer* 12, [E-pub ahead of print]
16. Orem, C.E., 1991. *Nursing: Concepts of Practice*. 4th ed. McGraw-Hill, New York.
17. Soderhamn, O., Evers, G., Hamrin, E., 1996. A Swedish version of the appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 10 (1), 3-9.
18. Soderhamn, O., Lindencrona, C. A., 2000. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies* 37 (4), 361-368.
19. van Achterberg, T., Lorensen, M., Isenberg, M.A., Evers, G.C., Levin, E., Philipsen, H., 1991. The Norwegian, Danish and Dutch version of the Appraisal of Self-care Agency Scale; comparing reliability aspects. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 5 (2), 101-108.
20. van Dam, H.A., van der Horst, F., van den Borne, B., Ryckman, R., Crebolder, H., 2003. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes. A systematic review. *Patient Education and Counselling* 51 (1), 17-28.
21. World Health Organization, 2002. Current and future long-term care needs. http://www.who.int/chronic_conditions/en/ltc_needs.pdf
22. Zrínyi, M., Horváth, T., 2003. Impact of satisfaction, nurse-patient interactions and perceived benefits on health behaviours following a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2 (2), 159-166.

[Vissza a tartalomhoz](#)

KÉPZÉS- TOVÁBBKÉPZÉS

Vállalkozási ismeretek a felsőoktatásban és felnőttoktatásban

Egészségügyi vállalkozások az egészségesebb lakosságért” a Phare támogatásával

Gábor Katalin, Pogány Magdolna

Szegedi Tudományegyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Védőnő Szak,

Kárpáti Csaba, Mágocsi Védőnő Bt.

Zoltán Péter, Csongrád Megyei Kereskedelmi és Iparkamara Szeged

Összefoglaló

Vállalkozói ismeretek oktatását vezettük be az egészségügyi szakemberek főiskolai alap- és továbbképzésébe, a hátrányos helyzetű régiók szemlélet- és szerkezetváltását segítő Phare program támogatásával.

Konkrét célunk, hogy az egészségügyi diplomásokat a vállalkozás elindításához és működtetéséhez szükséges ismeretekkel és készségekkel ruházzuk fel. Ennek eszköze egy 60 órás vállalkozásmenedzsmen moduláris képzés tananyagának kidolgozása és beillesztése az egészségügyi alapképzésbe a választható modulok, valamint az egészségügyi szakemberek pontszerző továbbképzései közé. Megírtuk és szakértőkkel elbíráltattuk az ehhez szükséges 260 oldalas munkafüzet jellegű oktatási segédanyagot.

Evvel a képzéssel elérhetjük, hogy az ápolók, gyógytornászok, orvosok és védőnők számára megvalósíthatóvá, sőt vonzóvá váljon a vállalkozási formában történő működés. Ennek haszna egyrészt az egészségügy hatékonyabb működésében nyilvánulhat meg, másrészt a dolgozók munkaelégedettsége, motivációja is nő, ami szintén fokozza a hatékonyságot. Értelmiségi voltukból adódóan ezek a szakemberek a környezetükben élő többi munkavállaló látásmódját is befolyásolják, így segíthetik a vállalkozói szemlélet elterjedését.

Bevezetés

A egészségügy folyamatban lévő reformja, a jogi és finanszírozási környezet változása napjainkra lehetővé tette az egészségügy intézményeinek és szakembereinek vállalkozási formában történő működését. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről - a szektorsemlegesség deklarálásával - céljában, alapelveiben és fogalomrendszerében tükrözi a vállalkozási forma támogatását, de az állandó változások, módosítások bizonytalanná teszik a vállalkozások tervezhetőségét.

A Dél-alföldi Régió területfejlesztési koncepciójának egyik fejlesztési prioritása a lakosság életminőségének javítása. A Dél-alföld jelenleg az ország egyik legkedvezőtlenebb demográfiai helyzettel jellemezhető régiója. A problémákat tovább fokozza a hátrányos helyzetű határ-menti (ország-, megyehatár) területeken és a belső perifériák kisebb falvaiban a kedvezőtlen aktivitási arány, a szociálisan veszélyeztetett társadalmi csoportok és a társadalom perifériájára szorulóknak számának növekedése, és a régió egyes területein kimondottan magas munkanélküliségi ráta.

A fentiek szükségessé teszik az alapellátások színvonalának emelését, a prevenciót szolgáló eszközök és eljárások terjesztését, a középfokú ellátások területi rendszerének kiegyenlítését. (MTA- RKK ATI 1999, VÁTI Kht. 1997) - melynek számos vonatkozását nagymértékben befolyásolja az egészségügy és határ-területeinek hatékonysága.

A vállalkozási forma lehetősége fontos lépés a hatékonyság és színvonal, valamint az egészségügyben dolgozó szakemberek munkaelégedettségeinek egyidejű emelése szempontjából. A vállalkozási forma lehetővé teszi, hogy szabadon, felelős döntéseket hozva, feladataikat legjobban szolgáló módon használják fel a rendelkezésükre álló erőforrásokat. A tulajdonosi pozíció ösztönzi a munkafeltételek javítását (helyiség, eszközök), ami közvetve a betegellátást is előnyösen befolyásolja. A mindehhez szükséges szemlélet- és felkészültségbeli változások azonban még nem mentek végbe.

Az egészségügyi intézményeket vállalkozási formában működtetők OEP (Országos Egészségbiztosítási Pénztár) finanszírozásának vizsgálata során az alábbiak állapíthatók meg.

Míg 1995-ben csupán 13,68 milliárd forintot tettek ki a vállalkozói kifizetések, addig ez az összeg 2000-re elérte az 52,38 milliárd forintot. A gyógyító-megelőző előirányzaton belül ez arányaiban 7,44%-ról 14,22%-ra történő emelkedést jelentett. A különböző szakterületek közötti megoszlás azonban igen egyenlőtlen.

A vállalkozó házi orvosok számára kifizetett OEP finanszírozás az összes házi orvosi finanszírozáson belül 1995-ben 50% körül volt, amely arány 2000-ben megközelíti a 80%-ot. (A legmagasabb az arány Budapesten, valamint Nyugat-Dunántúlon.)

A védőnői ellátásnál egyfajta kény-szervállalkozásról beszélhetünk. Míg a szerződéses állományon belül a vállalkozások aránya 30% feletti (főleg helyettesítések), addig a finanszírozáson belül ez az arány 3% alatt van.

Az otthoni szakápolás OEP finanszírozása 1996-ban kezdődött. Itt az első években magasabb volt a vállalkozók aránya, majd később ez mind a szerződésállományon, mind a finanszírozott összegen belül csökkent. (Vállalkozási szerződés 91%-ról 82%-ra, a vállalkozói finanszírozás 90%-ról 83%-ra.)

A járóbeteg szakellátás esetében a vállalkozói szerződések aránya az összes szerződésállományon belül 1995-2000 között jelentős emelkedést mutat 2%-ról 18,99%-ra. A hozzá tartozó vállalkozói finanszírozási összeg aránya azonban csekély maradt 0,31%-ról 2,45%-ra nőtt.

A fekvőbeteg szakellátás esetén a vállalkozói szerződések aránya az összes szerződés-állományon belül 3-6% között változott, részesedésük az összes finanszírozásból 0,5 % körül, ill. alatta maradt (Boncz I. és mtsi. 2001).

Látható tehát, hogy a legtöbb területen bőven van még lehetőség a vállalkozási forma arányának, és a finanszírozásból való részesedésének fokozására is.

Már a Phare program meghirdetése előtt megfogalmazódott bennünk a vállalkozásra felkészítő oktatás szükségességének gondolata, így egy 40 órás továbbképzés keretében oktattunk vállalkozói ismereteket védőnőknek. Ez a képzés rövid elméleti alapozás után főként egy vállalkozó védőnő tapasztalatainak átadásából állt. Az 5 csoportban összesen kb. 120 résztvevő oktatása során feltettük a kérdést, miért nem lettek még vállalkozók. A kérdésre adott magyarázatok között mindig szerepelt a „Nem érzem eléggé felkészültnek magam.”- válasz. Ez természetesen nem a szakmai felkészültségre vonatkozott, hiszen gyakorló védőnőkről volt szó. Meg kell tehát tanítanunk ezeket az egészségügyi szakembereket a döntés meghozásához fontos szempontokra, a szükséges információk megszerzésére, a vállalkozás beindításához és működtetéséhez kellő ismeretekre. Egy ilyen alapkoncepciójú program részletes kidolgozására nyújtott lehetőséget a Phare HU 0105-03 számú Európai Szociális Alap típusú programja, mely a hátrányos helyzetű régiókat a “Vállalkozói készségek fejlesztése a középfokú és felsőoktatásban” címen támogatta. A projekt célkitűzései teljesen megegyeztek a mi terveinkkel.

A program cáljai

Átfogó célunk volt, hogy a vállalkozói ismeretek oktatásával, illetve a vállalkozáshoz szükséges készségek elmélyítésével hozzájáruljunk az egészségügyi diplomások vállalkozói szemléletének kialakulásához, biztosítsuk a vállalkozási forma választását megalapozó döntéshez, a vállalkozás indításához és működtetéséhez szükséges tudás- és információanyagot.

Konkrét céljaink voltak egy 60 órás vállalkozásmenedzsment moduláris képzés tan-anyagának kidolgozása és beillesztése az egészségügyi alapképzésbe a választható modulok, valamint az egészségügyi szakemberek pontszerző továbbképzései közé. Megírni, és szakértővel elbíráltatni az ehhez szükséges 260 oldalas jegyzetet és munkafüzetet. Szerettük volna végigvinni a képzés akkreditálási eljárásait, az alapképzés anyagát egy EU-s tagállam egyetemével, majd később az intézményi akkreditáció keretében, a pontszerző tovább-képzést az ESZTT (Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács) révén, majd oktatni az anyagot a főiskolai alapképzésben illetve a pontszerző továbbképzéseken. Terveztük a képzések minőségmenedzsmentjét is a tapasztalatok alapján, valamint a képzés tapasztalatainak publikálását.

Céljaink megvalósítására - a pályázat követelményei szerint - konzorciumot hoztunk létre. Tagjai a Szegedi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kara, egy menedzsmentoktató cég, egy - a védőnőképzést segítő - alapítvány, vállalkozó Bt keretében működő vállalkozó védőnők és gyógytornász, valamint egyéni vállalkozó ápoló és orvos voltak. (McMillan & Baneth Vezetési Tanácsadó Kft., Szegedi védőnőképzésért, továbbképzésért és prevenció-ért alapítvány, Mágocsi

A képzési program

A munkát a konzorcium tagjai közösen végezték. Először elkészült a menedzsment tananyag váza, majd a menedzsment modelleket a műhelymunkák során az egészségügyi vállalkozó szakemberek töltötték fel szakmaspecifikus tartalommal. Ők készítették - saját vállalkozásuk alapján - az anyagba bekerült esettanulmányokat is.

A Szegedi Tudományi Egyetem Egészség-ügyi Főiskolai Karán az ápoló-, gyógytornász- és védőnőhallgatók a jelenlegi gyakorlat szerint már részesülnek menedzsmentképzésben, így programunk ezekre az ismeretekre épül (Menedzsment alapjai modul). A felnőtt-képzésben résztvevő hallgatók ellenben nagyrészt még nem kaptak ilyen képzést, így részvételük ebben az alapozó modulban is egyértelműen ajánlott. Az általunk kidolgozott Vállalkozásmenedzsment képzési program 8 részből áll (ld. 1. ábra).

1.ábra: A tananyag szerkezete



A tananyaghoz elkészült egy 260 oldalas hallgatói kézikönyv, melyben az elméleti anyagrészek mellett a modellek gyakorlati alkalmazására munkafüzet jelleggel is lehetőség van. A kapcsos könyv formátum lehetővé teszi a közös munka anyaga, valamint az időközben megjelent új rendelkezések, törvények becsatolását is.

A Vállalkozásmenedzsment modul első négy része előadások és csoportos megbeszélések segítségével mutatja be azokat az elméleti ismereteket, amelyek nélkülözhetetlenek vállalkozások indításához, sikeres működtetéséhez. A hallgatók itt az esettanulmányok alapján dolgoznak kis csoportokban az üzleti terv egyes részeinek kidolgozásán, a tanult modellek segítségével. (A vállalkozás belső elemzése: McKinsey, külső elemzése: PEST+, Jelen-jövő modell, érintettek analízise, specifikus célok meghatározása, projekt terv készítése...) (McMillan és Baneth, 1998).

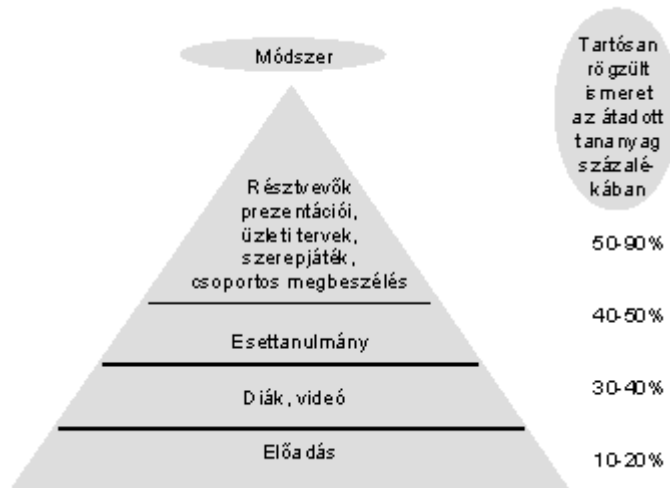
A stratégiai üzleti tervet a hallgatók már egy saját maguk által elképzelt vállalkozásra dolgozzák ki, 4-6 fős csoportokban. Ezt feladatokra is lebontják projektmenedzsment eszközökkel. Ebben a szakaszban az oktatási program igen erősen interaktív. A résztvevők hozzájárulása akár 80 százalékos is lehet, mivel az előadó elméleti bevezetője, és a korábbi modulokban oktatott tananyag átismétlése után a hallgatók önálló és kreatív munkájára épül.

Tevékenységeink megtervezése során arra figyeltünk, hogy a hallgatók átlássák, megértsék a vállalkozások gazdasági, jogi, pénzügyi és etikai hátterét. Logikánk szerint a modulok segítségével az általános ismeretekből haladunk a specifikus ismertek felé, ezt tükrözi az elméleti ismeretek átadásából kibontakozó gyakorlati ismeretátadás.

Célunk volt a résztvevők tudásanyagának bővítése, de ugyanakkor képességek kifejlesztése (amelyekkel tervezetten, szakszerűen és sikeresen irányíthatják vállalkozásaikat) és hozzáállásuk változtatása (ösztönözni, motiválni őket abban, hogy bátran vállalkozzanak) is.

A tananyag kidolgozása közben törekedtünk arra, hogy a hallgatók aktivitása minél nagyobb legyen. A pedagógusok számára közismert az ún. tanulási piramis, (2. ábra) amelyben a tanuló részvételi arányának megfelelően növekszik az információ elfogadási, megmaradási százaléka (Brunner J. S. 1984).

2. ábra A tanulási piramis



Ezért igyekeztünk növelni a résztvevők aktivitását, aktív részvétellel, gyakorlati munkával segíteni őket az átadott tananyag megértésében és hasznosításában.

Az alapképzésben 65 hallgató vette fel a modult, ápoló-, gyógytornász- és védőnő-hallgatók vegyesen. A felnőttképzésben 87 főt oktattunk.

Eredmények

A Szegedi Tudományi Egyetem Egészség-ügyi Főiskolai karán a 2003-2004-es tanév második félévében a Vállalkozásmenedzsment modul bekerült a szabadon választható kurzusok közé, 30-30 óra elmélet és gyakorlat formájában. Előfeltétel a Menedzsment alapjai modul teljesítése, értéke 2 kredit.

A barcelonai EUESM Egyetem (Escola Universitaria d'Infermeria Santa Madrona) oktatói az angolra fordított részletes tematika és a magyar nyelvű kézikönyv tanulmányozása után az Európai Unió oktatási színvonalának megfelelőnek tartották az anyagot.

A felnőttképzés anyagát akkreditációra benyújtottuk az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI) közvetítésével, az Egészségügyi Szak- és Továbbképzési Bizottsághoz. A bizottság a programot akkreditálta és 40 továbbképzési pontra tartotta érdemesnek.

Az elkészült kézikönyv szakmai és menedzsment lektorálása és a javasolt korrekció megtörtént. (Dr. Boda Márta PhD, főiskolai tanár, Dr. habil. Dinya László PhD, tanszékvezető)

Az oktatások végén a hallgatók véleményezték a tananyag érthetőségét, a tanultak hasznosságát, az oktatási módszereket. Az írásos hallgatói vélemények a tananyagot érthetőnek, hasznosnak tartják. Elkészült üzleti terveik alapján a hallgatók képesek alkalmazni is a tanultakat. Az egészségügy privatizációja miatt szükségessé váló szervezetváltásra felkészültek, képesek kiválasztani a számukra legmegfelelőbb vállalászati formát. A képzés további eredménye, hogy legtöbbjüknek fokozta motivációját is erre a döntésre.

Elősorban a felnőttoktatásban résztvevők számára volt új az internet, mint az információ-szerzés leggyorsabb, leghatékonyabb módja. A hasznos linkek rendelkezésre bocsátásával segítséget is kaptak ehhez, ami komoly előnyt jelent számukra a jogszabályok, pályázati lehetőségek, szakmai irányelvek követése szempontjából.

Tapasztalataink, tanulságok

A vállalkozáshoz elengedhetetlenül fontos kompetenciák fejlesztése is szerepelt céljaink között. Ennek kapcsán - főleg a felnőttoktatásban - azt tapasztaltuk, hogy a vállalkozás szempontjából fontos kompetenciák, mint pl.: a jó kommunikációs készség, motiválás, konfliktus- illetve változáskezelés, az egészségügyi munkában szintén elengedhetetlenül fontosak, ezekkel a kompetenciákkal hallgatóink már általában magas szinten rendelkeztek. Ami legtöbbjüknél teljesen hiányzott, az az önbecsülés, érdekérvényesítés, haszonorientáltság volt. Ezek egyértelműen magyarázhatók az egészségügyben jelenleg uralkodó szemlélettel, de hiányuk szinte lehetetlenné teszi a sikeres vállalkozást. Erre a képzés során a hallgatók is rádöbbentek.

A csoportfeladatok teljesítéséhez szükséges egyéni munka és információgyűjtés (pl.: a csoport által elképzelt vállalkozással kapcsolatos felhasználói igények, marketing, finanszírozási és árképzési lehetőségek) szempontjából előnyösebb a felnőttoktatást is több részre osztani (pl. 3x2 nap), közte 2-3 hetes intervallummal. Ez azt is lehetővé teszi, hogy a hallgatók elmélyíthessék elméleti ismereteiket, és a továbbiakban hatékonyabban vegyenek részt a közös munkában.

Az oktatás minden egészségügyi szakma számára nyitott, és ha csak lehet, vegyes csoportokat oktattunk és tervezünk. Így a képzés jó irányba befolyásolja a különböző egészségügyi szakemberek közti egyre elengedhetlenebb kommunikációt és együtt-működést is. Amíg napjaink egészségügyi vállalkozásaira ez sajnos egyáltalán nem jellemző, hallgatóink a képzés végére általában olyan vállalkozásokat képzeltek el, ahol a különböző egészségügyi diplomások (ápoló, orvos, gyógytornász, dietetikus, védőnő...) közös vállalkozásban, képzettségük szerinti hatékony munkamegosztásban dolgoznának.

Meggyőződésünk, hogy minden terület felsőoktatásában, felnőttoktatásában célszerű és fontos megteremteni a vállalkozási ismeretek elsajátításának lehetőségét, hiszen a hallgatók legnagyobb része vezetőként vagy szakember-ként egyre inkább vállalkozói formában fog dolgozni.

Bár tananyagunk példarendszere az egészségügy területéről származik, a modellek bármilyen szakmára jellemző információval feltölthető menedzsment alapot nyújtanak. Az interneten mindenki számára hozzáférhető a programban résztvevő többi konzorciumnak - a témára vonatkozó - anyaga és más hasznos információk (<http://europa>, <http://vallalkozas>).

A felsőoktatásban dolgozók számára is új és kissé idegen a vállalkozói szemlélet, bár sokan közülünk kiegészítő tevékenységként már vállalkoznak. A konzorcium többi tagjai azonban mindannyian gyakorlott vállalkozók az egészségügy és menedzsmentoktatás területéről, így a közös munka jelentős szemléletváltást hozott a felsőoktatás résztvevő oktatóinál is. Ez okvetlenül szükséges, hiszen a hallgatók szemléletét nagymértékben befolyásolja az ő szemléletük is, nemcsak a tudásanyag, amit átadnak nekik.

A résztvevő vállalkozó egészségügyiek számára ez a program arra adott lehetőséget, hogy megosszák a hallgatókkal megszerzett tapasztalataikat. Így példájuk révén növekedhet környezetükben a vállalkozások száma, és így egyre kevésbé kell csodabogárként vívni harcaikat.

Mindannyiunk számára nagy kihívást jelentett egy Európai Unió pályázatban részt venni, mert számunkra szokatlan és megterhelő volt annak részletessége, precizitása. Meg kell azonban tanulnunk ezt a módszert, hiszen a jövőben egyre többször lesz rá szükségünk.

Köszönetnyilvánítás

Jelen munka a „Vállalkozói készségek fejlesztése a középfokú és felsőoktatásban” című HU0105-03 sz. PHARE program HU0105-03-01-0007 sz. pályázati támogatással készült.

Irodalomjegyzék

1. Boncz Imre, Donkáné Verebes Éva, Ober-frank Ferenc (2001): Közpénzek és magánfinanszírozás az Országos Egészség-biztosítási Pénztár által finanszírozott gyógyító-megelőző ellátások területén; Egészségügyi Gazdasági Szemle 39,6,559-566.
2. Brunner J. S. "The Process of Learning" nyo-mán: D. A. Kolb, Experiential learning: experience as a source of learning and development, London: Prentice Hall, (1984)
3. http://europa.eu.int/comm/enterprise/entrepreneurship/support_measures/index.htm
4. <http://vallalkozas.esf.hu/material.php>, http://vallalkozas.esf.hu/data/publication_24.pdf
5. McMillan and Baneth Ltd, (1998) CHAMP kézikönyv; PricewaterhouseCoopers BKHF,

[Vissza a tartalomhoz](#)

ÁPOLÁSVEZETÉS

Teljesítményértékelésre alapozott szakdolgozói humán erőforrás fejlesztési program a Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézetben

Szloboda Imréné, ápolási igazgató

Dr. Kocsisné Pap Katalin, ápolási igazgató helyettes

Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház- Rendelőintézet, Eger

Előadás formájában elhangzott a Magyar Kórházzövetség XVII. Kongresszusán (Eger, 2005. március 9-11.) és az V. Ápolásmenedzsmnt Országos Konferencián (Szeged, 2005. április 8-9.)

Összefoglaló

A 2003. évi LXXXIV. törvény alapján 2005. januárjában vezettük be intézményünkben az egészségügyi dolgozók teljesítményértékelését. Az értékeléshez egyéni értékelő skálát használtunk, mely öt fő területet, ezen belül 24 minősítendő munkakövetelményt, magatartásformát, viselkedést vagy jellemvonást ölelt fel, ezek mindegyikéhez 5 teljesítményszint, illetve 1-5-ig terjedő pontszám kapcsolódott. Elért eredményeinket 891 fő szakdolgozóról kitöltött értékelő lap összesítése alapján ismertetjük. Az alkalmazott értékelési folyamat alkalmas a dolgozók oktatási, képzési szükségleteinek meghatározására, mert szakellátási formáktól és képzettségektől függően jól jelzi azok a területek, melyek szakdolgozóinknál további korrigálásra fejlesztésre szorulnak.

1. Bevezetés

A teljesítményértékelést a dolgozók szisztematikus értékelésére az 1920-as évektől alkalmazza a menedzsmnt. Míg kezdetben az értékelés, mint minősítés elsősorban a vezető beosztásban lévő alkalmazottakra koncentrált, addig az 1950-es évektől fokozatosan a személyzet fejlesztési szükségleteinek meghatározására szolgáló eszközzé vált.

Az egészségügyi dolgozókra vonatkozó teljesítményértékelési kötelezettség hazai jogszabályi háttérét a 2003. évi LXXXIV. törvény adja, mely ezt a tevékenységet a közvetlen munkahelyi vezető hatáskörébe utalja.

A teljesítményértékelés mai megközelítésben nem más, mint a dolgozóknak nyújtott formális visszajelzés, a feladat végrehajtásának milyenségéről. Kizárólag akkor hatékony, ha a beosztottak

ismerik azokat a standard elvárásokat, követelményeket, amelyeken az értékelés alapul. Mivel a munkaköri leírások azok, melyek rögzítik a munkavállalókkal szembeni intézményi elvárásokat, az értékelési rendszert ezek alapján célszerű kialakítani.

A hatékony teljesítményértékelés több pozitív hatással rendelkezik mind az intézmény, mind a dolgozó számára. Az intézmény részére olyan információkat nyújthat, melyek hozzájárulnak a szervezet működésének javításához, melyek alapján a vezetés döntéseket hozhat előléptetési, áthelyezési, lefokozási, elbocsátási ügyekben, melyek megalapozhatják a teljesítmény szerinti bérezést, valamint segítséget nyújthatnak az alkalmazottak képzési és fejlesztési szükségleteinek meghatározásához.

A dolgozók szempontjából a legfontosabb a teljesítményükről nyújtott információ általi motiválás, ezt követi szakmai, személyes fejlődésük elősegítése, illetve lehetőséget ad céljaik, törekvéseik megismertetésére a vezetéssel. (Marquius, Huston 1999, Ellis, Hartley 1997)

2. Alkalmazott módszer és eszköz

Intézményünkben alkalmazott teljesítményértékelési rendszer kialakítója, koordinálója Minőségügyi osztályunk volt. A rendszer bevezetése előtt áttekintették az egészségügyben alkalmazott teljesítmény-értékelő eszközökre vonatkozó szakirodalmat, és olyan értékelő eszköz kiválasztására törekedtek, mely nem túlzottan adminisztráció igényes, de emellett konkrét, korrekt, összehasonlítható és több szempont szerinti értékelést – munkateljesítmény, viselkedés, jellem – tesz lehetővé. A kiválasztást követően meghatározták a minősítési területeket és az ezeken belüli kategóriákat. Az általuk kidolgozott értékelési rendszert vezetői véleményezés, majd a szabályozó dokumentum megszerkesztése követte.

Az értékelés kivitelezőit, azaz a középvezetőket – osztályvezető főorvosok, főnővérek – felkészítettük az értékelés végrehajtására. Az értékelés intézményünk valamennyi egészségügyi tevékenységet végző szervezeti egységére és a kórháznál munkavégzésre létesített jogviszony keretében tevékenykedő egészségügyi dolgozóra kiterjedt. Adott dolgozó értékelését a munkaköri leírásában meghatározott közvetlen felettese hatáskörébe utaltuk, azaz pl.: az osztályok orvosait és a főnővért az osztályvezető főorvos; az ápolókat, asszisztenseket a főnővér; az adminisztrátort, a gyógytornászt, a kezelős, a kötözős ápolót az osztályvezető főorvos és a főnővér együttesen értékeli.

Az értékelésen csak az értékelt dolgozó és az értékelést végző vezető lehet jelen. Ennek során a vezető közli a dolgozóval, általa, az értékelő lap egyes minősítési szempontjaira adott – 1-től 5-ig terjedő – minősítési számértékeket. A dolgozónak lehetősége van elmondania véleményét az értékelésről, hiszen a végső minősítés kialakításánál az egyetértés, a későbbi személyiségfejlesztési feladatok meghatározása miatt, ez alapvető fontosságú. Az értékelést írásba foglalják, melyet mindketten aláírnak. Amennyiben a dolgozó az értékeléssel nem ért egyet, azt lehetősége van feltüntetni az értékelési lap „Megjegyzés” rovatában. Az értékelés megtörténte után a vezetőnek külön ki kell választania azokat a területeket, melyekre a dolgozó 1-es vagy 2-es minősítést kapott és ezekre külön intézkedést, helyesbítő tevékenységet kell javasolnia, amit rögzítenek az értékelő lap „Fejlesztendő területek, intézkedések” rovatában. A szakdolgozókról kitöltött értékelő lapokat a főnővérek átadják az adott munkahely vezetőjének (osztályvezető főorvos) tájékoztatás, jóváhagyás, vagy felülbírálat miatt, majd ezt követően a munkáltatói jogkörgyakorló ápolási igazgatóhoz kerülnek ellenőrzés és/vagy több személyt érintő képzési, továbbképzési programok meghatározása céljából.

A teljesítményértékelési rendszert 2005. januárjában indítottuk. A bevezetés meglepő módon kisebb vihart kavart. A középvezetők elég letargikusan reagáltak a plusz feladatra, pedig azt reméltük nagyobb lelkesedéssel fogadják, hiszen korábban többször hangoztatták, hogy a dolgozók motiválására, fegyelmzésére nincs, vagy alig van eszközük.

Legmelegőbbek azonban a dolgozói indulatok voltak: egyesek a korábbi „káderlapokhoz” hasonlították, mások a személyiségi jogok sérelmének tartották, sőt voltak, akik az ombudsmanhoz való fordulást fontolgatták.

Igyekeztünk meggyőzni mindenkit, többször elmagyaráztuk a teljesítmény-értékelés lényegét, célját, szerepét és kíváncsian vártuk a fejleményeket. Találhattuk, hogy a középvezetők ezt az új értékelési rendszert vezetői eszközként használják-e, felvállalva az értékelésekkel óhatatlanul együtt járó konfliktusokat, vagy valamilyen kompromisszumos megoldást választanak „kényelmi”

szempontok miatt. Továbbá kíváncsiak voltunk arra is, hogy a rendszer mennyire lesz alkalmas a személyzetfejlesztési területek jelzésére?

Az értékelést osztályozó, minősítő skálával végeztük. A skála öt fő területet, ezen belül 24 minősítendő munkakövetelményt, magatartásformát, viselkedést vagy jellemvonást ölelt fel. Mindegyikhez 5 teljesítményszint, illetve 1-5-ig terjedő pontszám kapcsolódott (1. sz. ábra).

1. ábra: Teljesítményértékelési rendszer

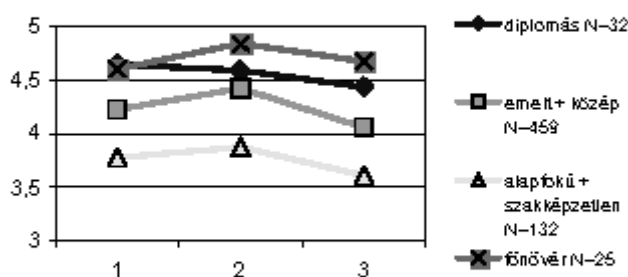
Munkavégzéssel kapcsolatos értékek	Minősítési szempontok				
Munkaköréhez szükséges tudása, szakismerete	minimális, nem naprakész	nagyon alacsony	átlagos, általában elfogadható	megfelelő, bizonyos területeken kiemelkedő	korszerű, széleskörű, munkaterületén túlmutató
Dokumentációvezetés	egyáltalán nem vezeti az előírt dokumentációt	rendszertelen, sok hibával történik	sokszor előfordulnak hiányosságok	néha fordul elő hiányosság, ritka a mulasztás	kifogástalanul, szinte hibátlanul vezeti
Szabályozók ismerete, végrehajtása	nem ismeri a tevékenységére vonatkozó utasításokat, és nem is érdekli	nem ismeri a vonatkozó utasításokat, de ha figyelmeztetik rá, akkor betartja azokat	általában az utasítások alapján dolgozik, de nem törekszik a megismerésükre	törekszik az érvényes utasítások megismerésére, és lehetőség szerint be is tartja az előírásokat	figyel arra, hogy megismerje a vonatkozó összes utasítást, és ragaszkodik a betartásukhoz
Értékelési skála	1	2	3	4	5

3. Eredmények

Az eredményeinket 891 fő szakdolgozóról kitöltött értékelő lap összesítése alapján ismertetjük. Az összesítést szakellátási formák (fekvőbeteg ellátás és járóbeteg ellátás + diagnosztikus területek) és szakdolgozói végzettségek (diplomás szakdolgozók; emeltszintű és szakápolók; alapképesítésűek és képesítés nélküliek; főnővérek, vezető asszisztensek) szerint differenciáltan végeztük.

A munkavégzéssel kapcsolatos értékeknél (2. sz. ábra)

2. ábra: Munkavégzéssel kapcsolatos értékek (fekvőbeteg ellátás)



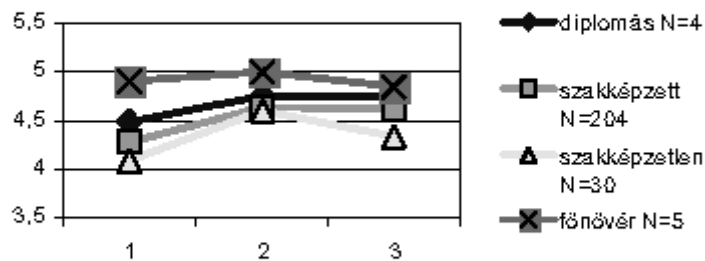
1. Munkaköréhez szükséges tudás
2. Dokumentáció vezetés
3. Szabályozók ismerete

- a munkavégzéshez szükséges tudást, szakismeretet;
- a dokumentáció vezetését és
- a szabályozó dokumentumok ismeretét, végrehajtását vizsgáltuk.

A fekvőbeteg ellátás szakdolgozói közül mind a három vizsgált kategóriánál a legalacsonyabb értéket az alapképesítésű, vagy képzés nélküli dolgozók csoportja kapta, míg a legjobb eredményt a főnővérek érték el. Összességében a fekvőbeteg ellátás szakdolgozói körében e minősítendő területnél a legalacsonyabb pontszámú helyre a szabályozó dokumentumok ismerete került, valószínűleg azért, mert ezek naprakész ismeretének szükségességét még mindig nem sikerült elfogadtatnunk a dolgozókkal.

A járóbeteg ellátás és a diagnosztika területén dolgozó asszisztenseknél a fekvőbeteg ellátásban dolgozóktól eltérően a három minősítendő munkakövetelmény közül a munkavégzéshez szükséges tudás végzett az utolsó helyen (3. sz. ábra).

3. ábra: Munkavégzéssel kapcsolatos értékelés (járóbeteg ellátás + diagnosztika)

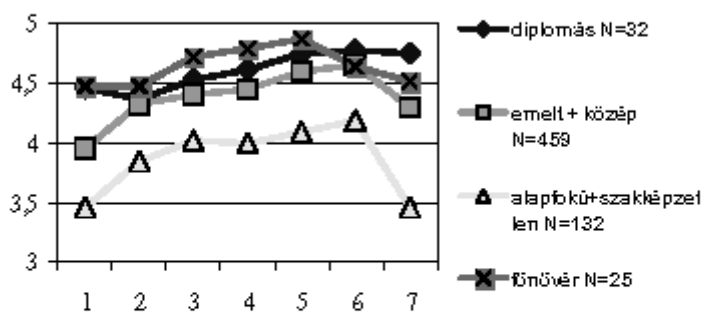


1. Munkaköréhez szükséges tudás
2. Dokumentáció vezetés
3. Szabályozók ismerete

A kérdéskör pontszámai jól alátámasztják azt a tényt, hogy a különböző szakmai képzési, továbbképzési formákba intézetünkben sokkal aktívabban kapcsolódnak be a fekvőbeteg ellátás, mint a járóbeteg ellátás szakdolgozói.

A személyes képességek fejlesztésénél (4. sz. ábra)

4. ábra: Személyes képességek és fejlesztésük (fekvőbeteg ellátás)



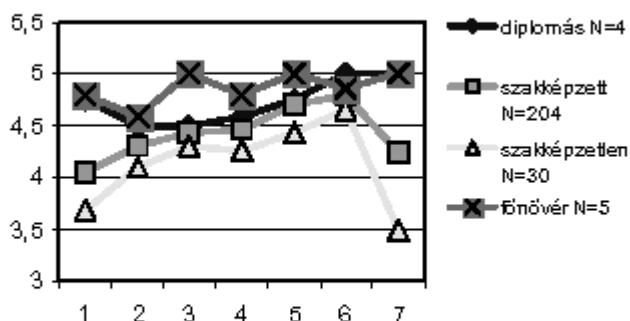
1. Pedagógiai tev.
2. Kiegyensúlyozottság
3. Pontosság
4. Rendszeretet
5. Határozottság, önállóság
6. Kompetencia
7. Tanulás, önképzés

- a pedagógiai jellegű tevékenységet;
- a kiegyensúlyozottságot, önfegyelmet, türelmet;
- a pontosságot, precizitást;
- az önmagával és környezetével szembeni rendszeretetet;
- a határozottságot, önállóságot, felelősségtudatot;
- a feladatkörök pontos ismeretét, a kompetencia határok betartását és
- a tanulást, önképzést értékeltük.

Legrosszabb eredményt a pedagógiai tevékenységekre, azaz a betegeknek, munkatársaknak történő ismeretátadásra és a tanulásra, önképzésre kapták a fekvőbeteg ellátás dolgozói, képzettségi szinttől függetlenül.

A járóbeteg ellátásban és a diagnosztikai osztályokon a fekvőbeteg ellátásához hasonló képet kaptunk (5. sz. ábra), azaz itt is az asszisztensek pedagógiai jellegű tevékenységét és a tanulást, önképzést minősítették leggyengébbnek a munkahelyi vezetők.

5. ábra: Személyes képességek és fejlesztésük (járóbeteg ellátás + diagnosztika)

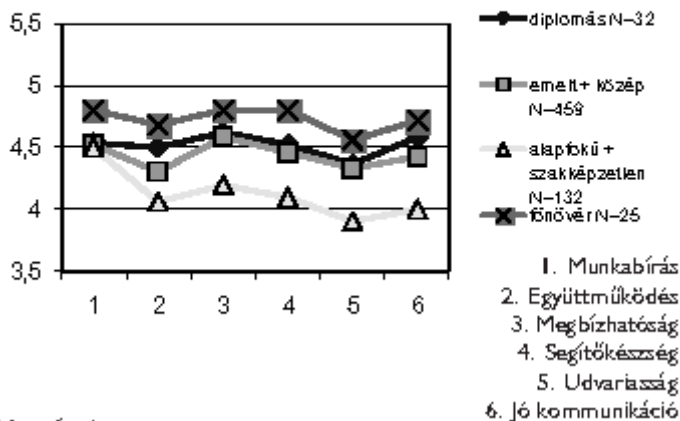


- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. Pedagógiai tev. | 4. Rendszeretet |
| 2. Kiegyensúlyozottság | 5. Határozottság, önállóság |
| 3. Pontosság | 6. Kompetencia |
| | 7. Tanulás, önképzés |

Mivel e két negatívabbnak értékelt kérdéskör szorosan összekapcsolódik – hiszen az ismeretátadás feltétele a biztos, megalapozott szaktudás – így itt a teendőinket is meghatározta az értékelés.

A munkatársi, emberi, közösségi tulajdonságoknál (6. sz. ábra)

6. ábra: Munkatársi, emberi, közösségi tulajdonságok (fekvőbeteg ellátás)

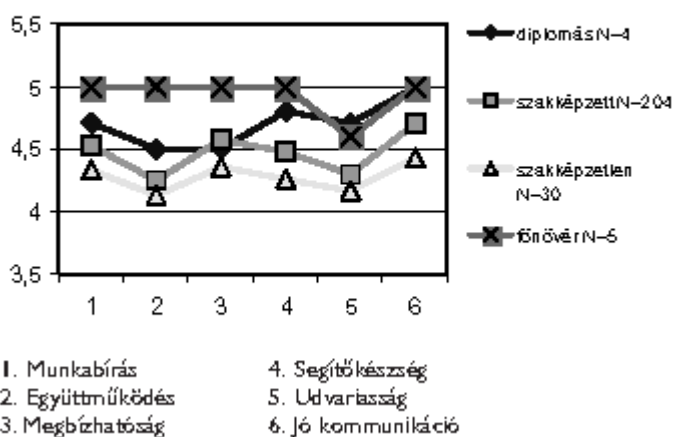


- a munkabíráást, terhelhetőséget;
- az együtműködési képességet;
- a megbízhatóságot;
- a segítőkészséget, jóindulatot;
- az udvariasságot, beszédstílust és
- a jó kommunikációs készséget minősítettük.

Igaz, hogy a fekvőbeteg ellátás területén dolgozóknál a kapott értékek egy szűk sávban mozognak, de azért jól látható, hogy az együtműködés és az udvariasság kapott a többiekénél, ha kicsivel is, de alacsonyabb pontértékeket. Elgondolkodtató az együtműködési képesség alacsony pontszáma, hiszen e szakellátási forma szakdolgozói körében kifejezetten a team munka-végzés dominál.

A járóbeteg ellátás és a diagnosztika területén szintén hasonló a kép (7. sz. ábra), itt is az együtműködés és az egymással szembeni udvariasság vizsgázott a legrosszabbra.

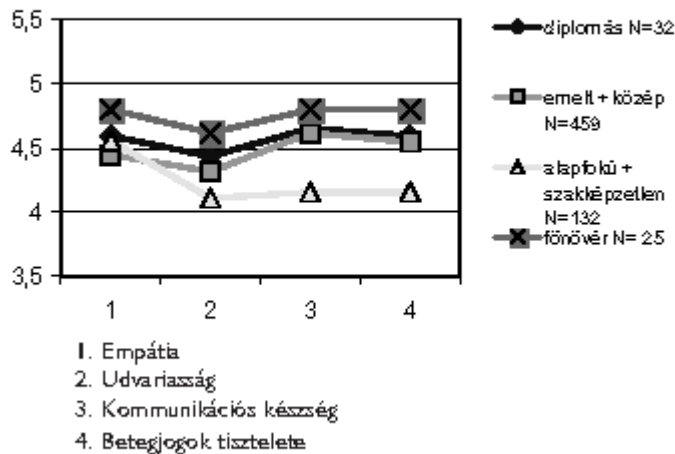
7. ábra: Munkatársi, emberi, közösségi tulajdonságok (járóbeteg ellátás + diagnosztika)



Mivel ez a kérdéskör a dolgozók egymás közötti magatartását mérte – véleményem szerint – ezen két legalacsonyabb érték oka elsősorban a dolgozók túlterheltségében és az e miatti esetenkénti türelmetlenségükben (is) keresendő.

A betegekkel kapcsolatos magatartásnál (8. sz. ábra)

8. ábra: Betegelddel kapcsolatos magatartás (fekvőbeteg ellátás)

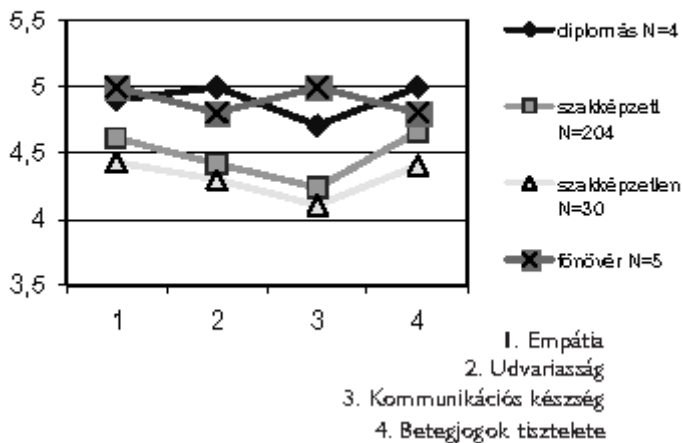


- az empátiát;
- az udvariasságot, beszédstílust;
- a kommunikációs készséget és
- a betegjogok tiszteletét mértük.

Bár a pontszámok – a fekvőbeteg ellátás szakdolgozóinál – az előzőhöz hasonlóan kis eltérést mutatnak, de azért sajnos érzékelhető, hogy e négy, a betegekkel szembeni magatartásforma közül a dolgozók udvariasságát ítélték legkedvezőtlenebbnek a főnőverek.

A járóbeteg ellátás, illetve a diagnosztika asszisztenseinél az udvariasságot követően a kommunikációs készség került az utolsó helyre (9. sz. ábra).

9. ábra: Betegelddel kapcsolatos magatartás (járóbeteg ellátás + diagnosztika)



Valószínűleg azért, mert ezen képesség fontosságára egyre nagyobb figyelmet fordítanak a munkahelyi vezetők.

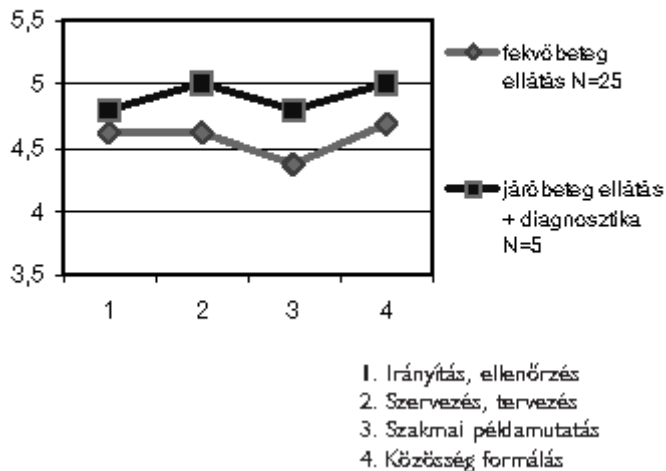
A vezetői képességeket a főnővereknél és az osztályos felelős asszisztenseknél néztük. Az értékelt területek (10. ábra) a klasszikus vezetői tevékenységek, azaz

- az irányítás ellenőrzés, követ-kezetesség;
- a szervezés, tervezés;
- a szakmai példamutatás és
- a közösségformálás voltak.

A két terület görbéi szinte párhuzamosan futnak, ami jól jelzi az egységes elvárásokat. Véleményem szerint nem meglepő, hogy a legalacsonyabb pontszámot a szakmai

példamutatás kapta, hiszen ez az a tulajdonság, amit ma már egyre kevésbé találhatunk meg az egészségügyi dolgozók körében.

10. ábra: Vezetői képességek



3.1. Munkahelyi vezetők által meghatározott fejlesztendő területek

A teljesítményértékelés során egyetlen szakdolgozó sem volt, akinek bármely vizsgált területre 1-es minősítést adtak volna munkahelyi vezetői. Elenyésző – ezrelékes nagyságrendű – azon dolgozók száma is, akik 2-es minősítést kaptak egy-egy értékelt munkakövetelményre, magatartásformára vagy jellemvonásra. A munkahelyi vezetők mindezekén túl, esetenként a fenti két osztályzatnál jobb minősítést kapott dolgozók számára is határoztak meg fejlesztendő területeket és/vagy tevékenységet.

Az értékelő lap „Fejlesztendő területek, intézkedések” rovatában szereplő javaslatok gyakoriság szerint:

Főnövérek, vezető asszisztensek:

- határozottabb vezetői stílus,
- betegekkel folyamatosabb kommunikálás,
- tervszerűbb ellenőrző munka,
- kiegyensúlyozottság, önfegyelem.

Emeltszintű és szakápolók, asszisztensek, szakasszisztensek:

- továbbképzés, önképzés,
- szabályozó dokumentumok naprakész ismerete,
- kiegyensúlyozottság, önfegyelem, türelem,
- kommunikációs készség javítása,
- határozottság, önállóság,
- együttműködés fejlesztése.

Szakképzetlen dolgozók:

- tanulás, önképzés,
- beszédstílus javítása,
- kommunikáció fejlesztése,
- empátiás készség fejlesztése,
- önfegyelem fejlesztése.

4. Megállapítások

A teljesítményértékelés eredményeinek ismeretében megállapíthatjuk, hogy a dolgozók teljesítményét közel egyformára értékelték a munkahelyi vezetők, hiszen a teljesítményének átlagértéke 4,0 – 4,5 pont közötti, a pontértékek között nincs kirívó kiugrás sem negatív, sem pozitív irányba.

Ennek egyik oka valószínűleg az, hogy az osztályok orvos és ápoló vezetői – mivel különben sem „kedvelik” a dolgozók szemtől-szembeni értékelését – a konfrontáció mentes megoldást választották. A másik ok viszont az lehet, hogy a korábbi létszámleépítések megváltunk azoktól dolgozóktól, akik nem tudták vagy nem akarták elérni a kórház által felállított teljesítményi és magatartási szintet.

Megállapíthatjuk azt is, hogy az általunk alkalmazott teljesítményértékelési rendszer alkalmas a szakdolgozók oktatási, képzési szükségleteinek meghatározására, hiszen szakellátási formáktól és képzettségektől függetlenül jól jelzi azokat a területeket, melyek további korrigálásra fejlesztésre szorulnak, úgy mint

- a tevékenységre vonatkozó szabályozó dokumentumok, utasítások ismerete;
- a munkakörhöz szükséges korszerű, naprakész, széleskörű szakismeret;
- oktatói, pedagógiai jellegű tevékenység;
- együttműködési képesség;
- udvariasság, jó modor, megfelelő beszédstílus mind a munkatársak, mind a betegek irányába;
- jó kommunikációs készség.

Ezen ismeretek egy része szakmai továbbképzések keretében biztosítható, másik részük pedig úgynevezett tréningtechnikák segítségével fejleszhető. Mindkettő alapja a szakdolgozóknak a tanulás, önképzés iránti igény felkeltése, a kompetencia megőrzése és a szakmai előmenetel biztosítása érdekében. Ehhez viszont a folyamatos tanuláson keresztül vezet az út.

5. Összefoglalás

Meggyőződésem, hogy az általunk alkalmazott teljesítményértékelésre alapozott személyzetfejlesztési módszerrel szakdolgozóink meg tudnak felelni a jövő egyre növekvő elvárásainak. Az évenkénti értékelés elősegíti az egyre változó beteg- és környezeti szükségletekhez való alkalmazkodást, az állandóan fejlődő orvos- és ápolástechnológiai ismeretek követését, és ez által a dolgozók folyamatosan szakmai és személyes fejlesztését. Mindezek hozzájárulnak a szakdolgozók önértékelésének, a főnövérek vezetői eszköztárának fejlődéséhez is. És ez az értékelési módszer nem is új. Megegyezik Florence Nightingale módszerével, azaz

„... Sohasem abból kell kiindulni, hogy mi legyen, hanem, hogy mi van – hangoztatta. Ha a meglévő rosszat atomjaira elemeztük, feltártuk, kérlelhetetlen szigorral megbíráltuk, és engesztelhetetlen haraggal elítéltük, akkor tisztán látjuk, hogy volna jobb, mi lenne jó, s akkor azt a jót is meg kell mutatnunk és meg nem alkuvó szívóssággal harcolnunk kell érte. ...”

Irodalomjegyzék:

1. 2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről 5.§ (4) bekezdés
Magyar Közlöny 2003/129. szám
2. Bessie L. Marquis – Carol J. Huston(1999):
Vezetői szerepek és menedzsmentfunkciók az ápolásban
Medicina, Budapest
3. Janice R. Ellis – Celia L. Hartley (1997):
Az ápolás irányítása és összehangolása
Medicina, Budapest
4. Dr. Buda József (1994):
A betegápolás története és szemelvénygyűjtemény a betegápolás történetének irodalmából
Pécs

Átalakuló egészség tudományi felsőoktatás

Betlehem József, főiskolai docens

*PTE Egészségügyi Főiskolai Kar Klinikai és Ápolástudományi Intézet,
Ápolástudományi és Sürgősségi Ellátási Tanszék, Pécs*

Összefoglaló

Európa szerte átalakulóban van a felsőoktatás annak érdekében, hogy megteremtsék az Egységes Európai Felsőoktatási Térséget. A változást „Bologna folyamat” névvel jellemzik, mivel az alapvető, a felsőoktatás és ezen keresztül az európai társadalmak jövőjét befolyásoló elveket Bolognában fektették le 1999-ben. Az átalakulás célja egységes szerkezetű, jól átlátható és hatékony felsőfokú szakemberképzés, mely rugalmasan képes reagálni a munkaerőpiaci változásokra és a tudás társadalma támasztotta kihívásokra. Az egészség tudományi képzési ágat sem kerülte el a fenti folyamat, melynek következtében a hazánkban a korábbi számos egészségügyi főiskolai alapképzési szakból négy alapszak került kialakításra, több szakiránnyal. A cikk a Bologna folyamat egészség tudományi megvalósulásának kezdeti lépéseit taglalja hazánkban.

Háttér

Világszerte a gyorsuló társadalmi, gazdasági és technikai fejlődés kihívások elé állítja az egyes országokat. A globalizálódó világban a munka-erőpiacon a versenyképes, megújulni tudó és konvertálható szakmai tudással rendelkező munkaerő tudja csak megállni a helyét. A tudás társadalmának kiépítésében az innovatív, önálló gondolkodásra képes és hajlandó szakemberekre van szükség. Megalapozott kutatások és regionális fejlesztések tehetik alkalmassá a nemzetgazdaságokat a versenyben maradásra a közösségi szolgáltatások terén is. Mindezek a tények az oktatással és szakmai képzéssel szemben komoly elvárásokat támasztanak. Az elvárásoknak való megfelelés érdekében az európai országok csak azonos elvek mentén szervezett felsőfokú képzésekkel képesek felvenni a versenyt a tengeren túli országokkal. Ezt támasztja alá az a történelmi sorsközösség, mely a legtöbb európai országot összeköti. (Barakonyi, 2002)

Az európai és hazai felsőoktatásban az utóbbi években megfigyelhető olyan súlyponti eltolódás, mely az elitképzéstől a tömegoktatás felé viszi a képzés fókuszát. Ez azt jelenti, hogy az adott korosztály több, mint 50%-a bekerül a felsőoktatásba, annak is a még többé-kevésbé gyakorlatorientált főiskolai szintjére. (Barakonyi, 2004) Ennek hatására a „piacon” lévő felsőoktatási intézmények egymással is kénytelenek versenyre kelni a hallgatókért a gazdasági stabilitásuk érdekében, ami gyakran a minőség csökkenéséhez vezet bizonyos területeken. (Dinya, 2002, Kadocsa, 2002)

A fentiek tükrében nyilvánvaló, hogy a felsőoktatás jelentős szerepet tölt be a társadalmakban, a kultúra, a tudás és a nemzeti értékek közvetítésében, a kutatások és innováció segítségével a nemzetek gazdasági prosperitásának fenntartásában és növelésében. A felsőoktatásnak a társadalmakban betöltött szerepét felismerve néhány európai egyetem rektora 1988-ban úgy döntött, hogy egyetemleges nyilatkozatot tesznek Bolognában az egyetemek lehetséges jövőbeni szerepének felvázolásával. Ezt a nyilatkozatot követte jelentős számú olyan európai felsőoktatási rendezvény, melyen egyre több európai állam kormánya is képviseltette magát, és tett hitet amellell, hogy a képzések könnyebb hasznosíthatósága érdekében nemzeti szintű változtatások megtétele szükséges. Ettől kezdve már nem csak egyetemi ügy lett a felsőoktatás európai jövője, hanem nemzeti szinten ösztársadalmi és politikai kérdés is.

A legmeghatározóbb rendezvényre Bolognában 1999-ben került sor, ahol 29 oktatási miniszter látta el kézjeggyével azt a nyilatkozatot, mely alapján Európa szerte komoly nemzeti szintű és nemzetek közötti előkészítő munkálatok indultak el az Egységes Európai Felsőoktatási Térség megvalósításáért. A Bologna Nyilatkozat legfőbb elemei közé tartozik a diplomák egységes értelmezése és összehasonlíthatósága érdekében tett lépések sorozata, ami az angol nyelvű szakmai megjelöléstől a képzés során elsajátítandó főbb ismeretek deklarálásáig tart. A nyilatkozatot aláíró valamennyi ország vállalta a kétfázisú, lineáris képzési rendszer megteremtését. A két ciklus a „bachelor” (korábbi megnevezésében főiskolai) és a master (korábbi egyetemi) végzettség egymásra épülését jelenti, biztosítva az előbbiből az átjárhatóságot az utóbbiba, megszüntetve a korábbi „zsákutcászerű” főiskolai képzéseket és lehetővé téve a Ph.D. fokozat megszerzését. Ez igyekszik felváltani az eddigi párhuzamosan folyó főiskolai és egyetemi szintű képzéseket (duális rendszerű képzés), melyek között az átjárhatóság sok problémát okozott. A tanulmányokba fektetett hallgatói munka mérésére szorgalmazta a nyilatkozat az egységes európai kreditátviteli rendszer (European Credit Transfer System) bevezetését, ami egyben a hallgatók egyetemek közötti mobilitásának alapját képezi. Az adott végzett szakember könnyebb elhelyezkedését szolgálja a diplomamelléklet kiadása. A diplomamelléklet biztosítja a tényleges hallgató által teljesített képzési tartalom megismerését az adott oktatási rendszer kontextusában. A nyilatkozat hitet tett az egész életen át tartó tanulás fontossága mellett, ami képes biztosítani a megszerzett tudás megfelelő, naprakész szinten tartását. A konvertálható tudás megszerzéséhez elengedhetetlennek tartja a hallgatói, oktatói és kutatói mobilitást. A hallgatók esetében az elmélyült, különböző egyetemeken megszerzett tudás teszi képessé a hallgatót a többoldalú látásmódra. A képzési folyamat szabályozottsága és folyamatosan megfelelő szinten tartása érdekében szorgalmazta a felsőoktatási intézmények közötti kooperációt a minőségbiztosítás területén. Az európai dimenzió erősítése érdekében fontosnak vélte az európai identitás kialakítását, ami a könnyebb Európán belüli munkaerő-mozgást segíti elő. Az előbbi alapelvek kibontása és pontosítása történt meg a későbbi, két évente megrendezésére kerülő találkozókön, ahol az egyes aláíró országok is számot adtak a felsőoktatás összehangolása terén elért eredményeikről. A folyamat főbb állomásait időrendben az 1. ábra tartalmazza.

1. ábra A „Bologna folyamat” előzményei és főbb állomásai

- Magna Charta Universitatum (1988)
- Lisszaboni Egyezmény (1997)
- Szorbon Nyilatkozat (1998)
- Bolognai Nyilatkozat (1999)
- Szalamankai Egyezmény (2000)
- Prágai Kommuniké (2001)
- Berliini Kommuniké (2003)
- Bergeni Nyilatkozat (2005)

A következő találkozó Londonban kerül megrendezésre 2007-ben, ahol az európai országok a bevezetésre került képzések tapasztalatairól számolnak be.

Hazai megvalósítás

Magyarország a Bologna Nyilatkozat első aláírásától kezdve vállalta kormányzati szinten, hogy átalakítja a felsőoktatás rendszerét az Egységes Európai Felsőoktatási Térséghez való csatlakozás érdekében. Ez nem csupán a felsőoktatás szabályozás rendszerének átalakítását követelte meg, hanem tartalmi kérdésekben is új típusú szemléletet igényelt. Számos változata született annak a vitaanyagnak és koncepciónak, mely a „Csatlakozás az Európai Felsőoktatási Térséghez” (CSEFT) nevet viselte, és széles szakmai vitát váltott ki a Magyar Universitas Program részeként. A feladat hatékony végrehajtására az Oktatási Minisztérium Nemzeti Bologna Bizottságot hozott létre, melynek munkáját

tartalmi kérdésekben a Magyar Rektori Konferencia és a Főiskolai Főigazgatói Konferencia egyes szakbizottságai segítettek. A fő tartalmi és formai kérdés az volt, hogy az eddigi jó hírű magyar felsőoktatásban létező közel 450 önálló főiskolai és egyetemi szakból miként lehet kevesebb, mint 100 szakot létesíteni, valamint az erőteljesen konzervatív struktúrát, hogy lehet megváltoztatni. Az új szakok létesítésénél előírás volt, hogy a megegyezést a képzést folytató intézmények 2/3-ának jóváhagyásával, valamint a szakmai testületek és a felhasználói szféra támogatásával lehetett megtenni. Az új szakok létesítési és indítási szakmai bírálatát a Magyar Akkreditációs Bizottság (MAB) gyorsított eljárásban vállalta valamennyi formailag megfelelően benyújtott új szak esetén. Az új szerkezet kialakítását a kormányzat 2006-ra kívánta bevezetni, azonban lehetőséget biztosított ún. kísérleti programok indítására már 2005-ben azokon a szakokon, ahol az új típusú képzéshez a feltételek már fennálltak.

Az egészségtudományi programok átalakítása hazánkban

Hazánkban az elmúlt másfél évtized alatt erőteljesebb lendületet vett az egészségügyi felsőoktatási, nem orvos képzések kiszélesedése az új főiskolai szakok megjelenésével, régebbi főiskolai képzések modernizálódásával. Csupán az elmúlt öt év vívmánya a világ fejlett részeihez igazodva a saját szakmában megszerezhető egyetemi szintű végzettség és szakképzettség megjelenése. Erre elsőként hazánkban az ápolási (2000), majd a védőnői (2004) területen kerülhetett sor. Ez idő alatt zajlott le az ápolás az érettségít megkövetelő szakképzés szintjére történő helyezése és szakképesítések rendszerének átdolgozása is. Alapvető lépés volt a fejlesztés útján 2000-ben az egészségtudomány, mint önálló tudomány-terület hazai elfogadása.

Alighogy valóra vált az egészségtudományi kétszintű képzések (főiskolai alapképzés és egyetemi kiegészítő alapképzés) rendszere a hazai egészségtudományi képzésben, máris az Egységes Európai Felsőoktatási Térség kívánalmainak megfelelően kellett a rendszert átalakítani. Az új programok kidolgozására és létesítésére viszonylag rövid idő állt rendelkezésre (néhány hónap), így az egészségtudományi főiskolai és egyetemi képzést folytató hazai felsőoktatási intézmények az idő kényszerébe kerültek, azért, hogy a jövőben is biztosítani tudják a felsőfokú végzettségű egészségtudományi szakemberképzést. Az érintett intézmények és hatóságok többszöri tanácskozásának eredményeként létrejött egy olyan egészségtudományi képzési ág az orvos- és egészségtudományi képzési területen, mely a korábbi főiskolai szakokat jeleníti meg bachelor programok formájában. Az új programok főleg szerkezeti felépítésükben és némileg tartalmukban alakultak át. Az eddigi számos egészségtudományi főiskolai alapszakot a jövőben négy program hivatott felmenő rendszerben felváltani 2005-től: ápolás és betegellátás, egészségügyi gondozás és prevenció, egészségügyi szervező és orvosi laboratóriumi és diagnosztikai analitikus. A képzési és kimeneti követelményeket az Oktatási Minisztérium egyelőre a honlapján tette közzé, mivel a jogi környezet kialakítása még folyamatban van. Az alapszakok megnevezése, mint látható jelentősen eltér a korábbiaktól, eleget téve számszakilag a szakszám-redukció kormányzati igényének. Az új szakok szerkezetét és tartalmát tekintve programon-ként tartalmazznak annyi közös ismeretet, mely kb. 30 kredit birtokában az egészségtudományi képzési ágban való szabad mozgást enged a hallgató számára. További kb. 60 kredit pontban az adott képzési program alapozó ismereteit sajátíthatja el a hallgató, amit követően lehetősége nyílik szakirány választására a fennmaradó időben. A közvetlen beteg-ellátásban tevékenykedő szakemberek képzéséhez 240 kreditet kell teljesíteni, míg a közvetve a betegellátással kapcsolatba kerülő szakmák esetében 210 kreditet. A 2. ábra szemlélteti az egyes új bachelor szakokat és szakirányokat.

2. ábra: Az orvos- és egészségtudományi képzési terület egészségtudományi képzési ág bachelor alapszakjai és szakirányai 2004. júliusában

KÉPZÉSI TERÜLET	KÉPZÉSI ÁG	ALAPSZAK	SZAKIRÁNY
Orvos- és egészségtudomány	Egészségtudomány	Ápolás és betegellátás	Ápoló
			Dietetikus
			Gyógytornász
			Mentőtiszt
		Egészségügyi gondozás és prevenció	Közegészségügyi és járványügyi felügyelő
			Védőnő
		Egészségügyi szervezés	Egészségügyi ügyvitelszervező
			Egészségbiztosítás
		Orvosi laboratóriumi és diagnosztikai képző és analitikus	Orvosdiagnosztikai laboratóriumi analitikus
			Diagnosztikai képző
			Orvosi kutatólaboratóriumi analitikus
		Orvos-tudomány	

Az oklevél megnevezésében a jövőben az alapszak nevének kívül a szakirány nevét is tartalmazza, mely egyben szakképzettséget is jelent. A szaklétesítéseket követően a képzést folytatni kívánó felsőoktatási intézmények szakindítási anyagokat készítettek és terjesztettek az Oktatási Minisztérium és a MAB elé.

Jövőkép

A bachelor programok kidolgozásával és elfogadtatásával nem ért véget a Bologna folyamat bevezetése az egészségtudományok területén. Jelenleg folyik a mesterképzési programok kidolgozása, mely során nagy hangsúlyt kell helyezni a nemzetközi, elsősorban európai országok felsőoktatásában megvalósuló képzési formákkal történő megfeleltethetőségre, a bachelor fokozatban megszerzhető kompetenciák kibővítésére és a doktori képzésre való felkészítésre. A legfőbb kérdést az jelenti, hogy a mesterképzéseknek mennyire kell szakmai (professional) és kutatást megalapozó elméleti (academic) fokozatnak lenni. Nemzetközi gyakorlatban mindkét megoldásra találhatunk példákat. A kétciklusú lineáris képzési rendszer bevezetését a jogi környezetnek feltétlenül követni kell, amit egy új felsőoktatási törvénytervezet alapoz meg. Tisztázásra vár az új mester szakok szerkezetén és számosságán túl a két kompetenciaszintnek (bachelor és mester) az egymáshoz való jogilag is megjeleníthető viszonya, anélkül, hogy a korábbi jó renoméjú szakok presztízsét veszélyeztetné. A világos tevékenységi kör jelentheti az alapját a munkaerőpiaci alkalmazhatóságnak is. Tennivaló van

még a megváltozott elnevezésű szakok nemzetközi elfogadásának terén, hiszen a szakterületen szerzett végzettség és szakképzettség az adott ország nyelvén is szó szerint megjelenik a közösségi dokumentumokban, ha az automatikus elismerést von maga után. Fontos feladat a jövőre nézve az új képzési formák és a hozzájuk kapcsolódó fogalmak széles körben történő megismertetése és bevezetésének elősegítése. Az új képzési programok tényleges hasznának méréséhez remélhetőleg lehet azt, hogy a programok változtatás nélküli kifizetéséhez elégséges idő áll rendelkezésre.

Irodalomjegyzék:

1. Barakonyi K. (2002) Sorbone-tól Prágáig: a „Bologna Folyamat“. Magyar Felsőoktatás, 9:20.
2. Barakonyi K. (2004) Egyetemi kormányzás és a tömegoktatás kari szervezete. Vezetéstudomány, 35;10:16.
3. Dinya L. (2002) A Bologna Folyamat” a duális képzési rendszer szemszögéből I. Magyar Felsőoktatás, 7:24.
4. Dinya L. (2002) A Bologna Folyamat” a duális képzési rendszer szemszögéből II. Magyar Felsőoktatás, 8:22.
5. Kadocsa L. (2002) Trendek a felsőoktatásban I. Magyar Felsőoktatás, 7:26.
6. Kadocsa L. (2002) Trendek a felsőoktatásban II. Magyar Felsőoktatás, 8:25.
7. Kadocsa L. (2002) Trendek a felsőoktatásban III. Magyar Felsőoktatás, 9:26.
8. www.mab.hu
9. www.om.hu
10. www.bologna-bergen2005.no
11. <http://www.dfes.gov.uk/bologna/>

[Vissza a tartalomhoz](#)

N

GRATULÁLUNK!

Semmelweis Ignác születésének 187. évfordulója alkalmából Dr. Rácz Jenő miniszter úr szakmai elismeréseket adományozott

Pro Sanitate elismerésben részesült, kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként:

Dr. Kendéné Mayer Katalin, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet Felnőtt Kardiológia gyógytornásza

Bukovszki Sándorné, Jakabszállás Községi Önkormányzat körzeti ápolónője

Dömötör Lászlóné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósa András Megyei Kórház Fül-orr-gége Osztály részlegfelelős főnővére

Beke Zsigmondné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Szatmár-Beregi Kórháza, Fehérgyarmat műtősnője

Matisz Györgyné, a sátoraljaújhelyi Városi Önkormányzat Erzsébet Kórháza Sebészeti Osztály osztályvezető főnővére

Parsch Árpádné, a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet nyugalmazott műtősnője

Egészségügyi Miniszeri Dicséretben részesült, eredményes, példamutató tevékenysége elismeréseként:
Spitzer Jenőné, a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet vezető ápolója,

Kormos Sándorné, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály osztályvezető ápolója,

Nagy Józsefné, a gyöngyösi Bugát Pál Kórház Pszichiátriai Osztály osztályvezető főnővére,

Bertók Lászlóné, a békési Egyesített Egészségügyi Intézmény és Rendelőintézet védőnője,

Völgyi Mátyásné, a Kaposvár Megyei Jogú Város Önkormányzatának nyugalmazott iskolaorvosi asszisztense,

Druzsina Józsefné, a Kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórház Ápolási Igazgatósága ápolásfejlesztési főtanácsosa,

Budai Antalné, a karcagi Kátai Gábor Kórház Neurológiai Osztály osztályvezető ápolója,

Szalai Istvánné, a tatabányai Szent Borbála Kórház Csecsemő és Gyermekegészségügyi Osztály osztályvezető főnővére,

Felkai Andorné, az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet gyógytornásza,

Czibik Rezső, az Országos Mentőszolgálat Budapesti Mentőszervezet, Központi Mentőállomás szolgálatvezető mentőtisztje,

Dr. Mosonyiné Kőszegi Andrea, az Országos Vérellátó Szolgálat szakasszisztense,

Kantár Gáborné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza Bőrgyógyászati Osztály nyugalmazott ápolója,

Fabók Mihály, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Kórháza Traumatológiai és Kézsebészeti Osztály műtősségédje,

Koczka Mária, a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház gyögymasszőre,

Molnár Lászlóné, a sátoraljaújhelyi Városi Önkormányzat Erzsébet Kórháza Aneszteziológiai Osztály szakasszisztense,

Sági Teodóra, A Vas Megye és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky Kórháza Egyetemi Oktatókórház Mellkasebészeti Osztály osztályvezető ápolója,

Horváth Lőrincné, az ajkai Magyar Imre Kórház ápolási igazgató helyettese.

Egészségügyi Miniszter Dicsőítőlevele elismerésben részesült, több évtizedes kiváló szakmai munkája elismeréseként:

Szalai Istvánné védőnő, Jakabszállás Községi Önkormányzata Egészségügyi és Szociális Intézményének vezetője,

Huczka István, a gyöngyösi Bugát Pál Kórház nyugalmazott boncmestere,

Kempf Istvánné, a tatabányai Városi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet ápolója,

Hrahovszki Lászlóné, Csesztve-Szügy Önkormányzat Háziiorvosi Szolgálat körzeti ápolónője,

Dr. Csató Endréné, a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Jósza András Megyei Kórház Izotópdiaosztály nyugalmazott izotópasszisztense.

Az **Egészségügyi Miniszter Posztumusz Dicsőítőlevele** elismerésben részesült: néhai Boros Gézáné, az INDONEUS Egészségügyi Szolgáltató Bt. Szuhakálló Község Háziiorvosi Szolgálatának ápolónője.

Az **Egészségügyi Miniszter Elismerő Oklevele** elismerésben részesültek, együttesen végrehajtott kiemelkedő tevékenységükért:

a kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórház Csecsemő és Gyermekegészségügyi Osztály Ambulanciájának Asszisztensi kollektívája,

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet Osteoporosis Centrumának kollektívája,

A Miskolc Megyei Jogú Város Önkormányzata Semmelweis Kórház- Rendelőintézet Egyetemi Oktatókórház Központi Gyógyszertár kollektívája,

A Fővárosi Madarász utcai Gyermekkorház Intenzív és Anaesthesiológiai Osztály kollektívája.

[Vissza a tartalomhoz](#)

KITEKINTÉS



Egészségügyi Szakdolgozók Országos Nyilvántartása

Sövényi Ferencné

Országos Nyilvántartás Vezetője

Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet

Összefoglaló

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (a továbbiakban: Eü.tv.) új alapokra helyezte az egészségügyi dolgozók nyilvántartását. Ez a törvény a szakdolgozók számára két, egymással szoros kapcsolatban lévő nyilvántartási rendszert hozott létre: az alapnyilvántartást, melynek célja a megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása, és a működési nyilvántartást, melynek célja az egészségügyi dolgozó adatainak közhiteles tanúsítása. Az alapnyilvántartás állami feladat, az ehhez szükséges adatokat az oktatást/szakképzést végző intézmények a törvényi rendelkezéseknek megfelelően automatikusan szolgáltatják. A működési nyilvántartásba vételt kérni kell az egyes személyeknek.

Egy működési nyilvántartási időszak öt évre terjed ki, ez idő alatt együttesen 100 gyakorlati és elméleti pontot kell teljesíteni.

Az adathalmaz, amely az Országos Nyilvántartás során keletkezik, elsődleges célján túl alkalmas arra is, hogy szakmai, szakmapolitikai szempontból tájékozódni lehessen az egészségügyi ellátó rendszer emberi erőforrásait illetően.

A szerző egyrészt bemutatja a nyilvántartásra vonatkozó jogszabályi környezetet, másrészt tájékoztatás céljából közread néhány, az Országos Nyilvántartás adataiból képzett, következtetett és származtatott adatot, valamint információt.

I. A jogszabályi környezet és az alapelvek

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (a továbbiakban: Eü.tv.) meghatározta, egyúttal új alapokra helyezte az egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők, valamint az egészségügyben szakképesítésüknek megfelelő tevékenységet végzők hiteles nyilvántartását.

Ezt megelőzően már létezett egy rendszer, az Egészségügyi Szakdolgozói Nyilvántartás. Ez úgynevezett „kvázi” nyilvántartás volt, amelyben a kiadott bizonyítványok néhány adata került központilag rögzítésre, és a nyilvántartási számnak szinte csak az oklevél, vagy bizonyítvány másodlatának kiállításánál volt jelentősége.

Az Eü.tv. két, egymással szoros kapcsolatban lévő nyilvántartási rendszert hozott létre.

Az alapnyilvántartás és a működési nyilvántartás

Az **alapnyilvántartás** az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek szakképesítésének adatait tartalmazza az Eü.tv. 111. § (3) szerint:

- a) a szakképesítést szerzett neve, leánykori neve, születési helye és ideje, anyja neve, állampolgársága;
- b) a megszerzett szakképesítés megnevezése, az erről kiállított oklevél, bizonyítvány száma, a kiállítás helye és időpontja, továbbá a kiállító intézmény megnevezése.

E nyilvántartás célja a **megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása**.

Az alapnyilvántartás állami feladat, az ehhez szükséges adatokat az oktatást/szakképzést végző intézmények a törvényi rendelkezéseknek megfelelően automatikusan szolgáltatják.

Az alapnyilvántartásba vétel kötelező, és egyúttal feltétele is annak, hogy valaki kérhesse a működési nyilvántartásba történő felvételét.

A **működési nyilvántartás** (mint azt a neve is kifejezi) az adott szakképesítéssel rendelkező, és szakképesítésének megfelelő tevékenységet folytató (azaz „működő”) egészségügyi dolgozó adatait tartalmazza az Eü.tv. 112. § (4) szerint:

- a) az egészségügyi dolgozó neve, leánykori neve, születési helye és ideje, anyja neve, lakóhelye (tartózkodási helye), állampolgársága;
- b) a megszerzett szakképesítés, szakirányú szakképesítés megnevezése, az erről kiállított oklevél száma, a kiállítás helye és időpontja, továbbá a kiállító intézmény megnevezése;
- c) jogszabály által előírt továbbképzés(ek) elvégzésének időpontja(i);

- d) a nyelvismeretről kiállított oklevél száma, a kiállítás helye és ideje, a kiállító szerv megnevezése, valamint az e törvényben meghatározott esetben az igazolt magyar nyelvismeret alapján végezhető tevékenységi kör megjelölése;
- e) a korlátozott alkalmasság [114. § (1) bekezdés];
- f) a munkahely;
- g) a szakmai gyakorlat(ok), az egészségügyi tevékenység egy évet meghaladó szüneteltetésének ideje;
- h) a tudományos fokozat.

A működési nyilvántartás célja **az egészségügyi dolgozó adatainak közhiteles tanúsítása**. A nyilvántartásba vételt kérni kell az egyes személyeknek.

Gyakran hangzik el a kérdés (különösen azoktól, akik csak néhány órában, vagy nyugdíj mellett végzik az egészségügyi tevékenységet), hogy **kötelező-e működési nyilvántartásba vételt kérni?**

Az Eü.tv. a személyi feltételek meghatározásánál kimondja, hogy **egészségügyi tevékenységet formájától és módjától függetlenül csak az folytathat, aki a működési nyilvántartásban szerepel**, tehát ez a tevékenység alapvető feltétele. (Másként fogalmazva: nem kötelező kérni a működési nyilvántartásba vételt, de anélkül nem végezhető egészségügyi tevékenység.)

A működési nyilvántartás célja az is, hogy az előírt cikluson belül szakmai továbbképzésekre ösztönözze az egészségügyi tevékenységet végzőket. Fontos kiemelni azt, hogy **csak azok a továbbképzések számítanak a működési nyilvántartáshoz előírt továbbképzésnek, amelyeket a miniszter által létrehozott külön szakbizottság, az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Bizottság minősít**.

Ahogy már fentebb írtuk, a működési nyilvántartás (ellentétben az alapnyilvántartással) önkéntes, hiszen az egyén kérésére történik a nyilvántartásba vétel, de oly módon, hogy a munkaadónak (vagy hatósági engedély alapján történő tevékenység esetén a hatóságnak) igazolást kell adnia a munkahelyről, pontosabban az adott szakképesítésnek megfelelő munkakör betöltéséről is.

Erre azért van szükség, mert a törvény végrehajtását szolgáló rendelet (27/1998 (VI.17.) NM rendelet) hatálya kiterjed a szakképesítést szerzett személyre, a szakképesítés megszerzéséről dokumentumot kiállító intézményre, valamint a képesítés szerinti munkakörben foglalkozató egészségügyi szolgáltatóra, tehát hármass felelősség került meghatározásra.

Egy működési nyilvántartási időszak öt évre terjed ki (ezt nevezzük „ciklus”-nak), és ebben az öt évben a vonatkozó jogszabályban (28/1998. (VI.17.) NM.sz. rendelet) **előírt gyakorlati pontokat és elméleti pontokat kell teljesíteni, együttesen 100 pontot**. A továbbképzési ciklus a kiadott működési igazolvány hátlapján szereplő dátumtól számított öt év.

A gyakorlati pontokat a szakképesítésnek megfelelő szakmaterületen eltöltött évek száma adja, ez évenként 15 pontot jelent. Tehát aki folyamatosan dolgozik, az öt év alatt 75 gyakorlati pontot teljesít. A jogszabályok meghatározzák azt, hogy egy cikluson belül minimum három évet az adott szakképesítésnek megfelelő tevékenységgel kell tölteni, vagyis ennek teljesítését kell igazolni.

Egy ciklus öt éve alatt az elméleti pontokat a minősített továbbképzéseken lehet megszerezni, és ennek során a minimum 25 továbbképzési pontot el kell érni.

Jelenlegi szabályozás értelmében az, aki az adott ciklusban **5 évnél kevesebb ideig, de legalább 3 éven át** az adott szakképesítésnek megfelelő tevékenységet folytat (ennyit tud csak igazolni, mert a többi időben például GYES miatt távol volt a munkavégzéstől), 55 elméleti ponttal pótolhatja a hiányokat, ugyanis (csak ilyen esetben!) az elméleti és gyakorlati feltételek teljesítését igazoló pontok egymást kiegészítik.

Ki kell emelni, hogy az az egészségügyi szakdolgozó, aki **a reá irányt adó öregségi nyugdíjkorhatár elérése előtt van öt évvel, már mentesül a tovább-képzési kötelezettség alól, de nem mentesül a működési nyilvántartásba vételtől, vagy annak megújításától**.

II. Az Egészségügyi Szakdolgozók Országos Nyilvántartása

A 27/1998. (VI.17.) NM. sz. rendelet 7.§. (5) bekezdése a rendelet megjelenését megelőzően kiadott „kvázi” Országos Nyilvántartási számokat érvénytelenítette. Ez (többek között) azt jelentette, hogy teljesen új alapokra kellett helyezni a nyilvántartást, és párhuzamosan kellett felépíteni az alapnyilvántartást és a működési nyilvántartást.

A minisztérium 1998-ban az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetet (továbbiakban: ETI) bízta meg ezzel a feladattal, melynek része volt a koncepció kialakítása, a rendszer felépítése, és az Országos Nyilvántartás (továbbiakban: ONY) vezetése. (Meg kívánjuk jegyezni, hogy a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara megalakulásával módosult a működési nyilvántartásra vonatkozó jogszabályi keret, az illetékesek jelenleg is munkálkodnak az ebből következő feladatok megoldásán.)

Az első évek óriási nyomást jelentettek az ETI számára. Kezdetben kézi technikával (hőkezeléssel) készültek az igazolványok, majd 2001-ben fejlesztésre került egy új informatikai program, amely 2002 óta működik. Jelenleg az ONY munkatársai naprakész adatok bevitelével, és a kérelem beérkezésétől számított 2-3 héten

belül a kérelmező, vagy az adatainak kezelésére jogosult a www.eti.hu honlapon az O.NY.I – Nyilvántartások - Keresés az Országos Nyilvántartásban menüpont alatt tájékozódhat az ONY helyzetéről.

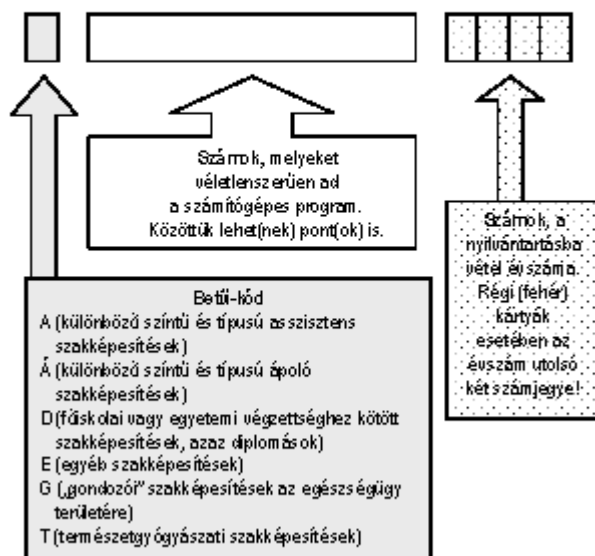
Az igazolványokat 4-6 héten belül ajánlott küldeményként juttatják arra a címre, amelyet a kérelmező az általa beadott és aláírt iratban megjelölt.

A működési nyilvántartási szám struktúrája

A működési nyilvántartási szám (az igazolvány száma) három részből tevődik össze: egy betűjel (betű kód) és két számsor, a hozzájuk tartozó pontokkal együtt.

A működési nyilvántartási szám struktúráját az 1. ábra szemlélteti.

I. ábra: A működési nyilvántartási szám struktúrája



A régi és az új működési igazolvány

A működési nyilvántartás kezdetén készített működési igazolvány fehér színű, és ezeken az igazolványokon az évszám (négy számjegy) helyett csak az adott év utolsó két számjegye jelenik meg, tehát aki esetleg még ilyen (érvényes) igazolvánnyal rendelkezik, bármilyen céllal használja az igazolványa számát, indokolt, hogy az adott évet négy számjeggyel tüntesse fel.

Az új számítógépes programba bevitt adatok már kék színű igazolványon kerülnek kinyomtatásra (kiadásra), ezeken az igazolványokon négy számjeggyel szerepel az adott évszám.

Igen gyakran előfordul, hogy ügyintézés során pontatlanul írják le a működési igazolvány számát. A leggyakoribb hiba az, hogy nem pontosan jelölik a betű- és a számkombinációk struktúráján belül az egyes részeket elválasztó pontokat, és így hosszú ideig tart a beazonosítás. Ez úton is felhívjuk a figyelmet arra, hogy a működési nyilvántartási számhoz tartozó pontok külön információt jelentenek, ezért fontos a helyes jelölésük.

III. Az Országos Nyilvántartás adatainak elemzési lehetőségei

Az adathalmaz, amely az ONY során keletkezik, elsődleges célján túl alkalmas arra is, hogy szakmai, szakmapolitikai szempontból tájékozódni lehessen az egészségügyi ellátó rendszer emberi erőforrásait illetően.

Az alábbiakban közreadunk néhány, az ONY adataiból képzett, következtetett és származtatott adatot és információt *tájékoztató céljából*, vagyis az adatok nem értékelhetők statisztika gyanánt, elsősorban azért, mert nap, mint nap újabb kérelmek, változás-bejelentések érkeznek, és ezek adatai folyamatosan kerülnek (be és ki) az adatbázisba.

A működési nyilvántartásban szereplő egészségügyi szakképesítéssel rendelkező munkavállalók működési területei:

- egészségügyi intézmények,

- egyéb egészségügyi szolgáltatók,
- szociális intézmények, melyek ÁNTSZ engedély birtokában egészségügyi tevékenység végzésére is jogosultak.

Az egészségügyi szakdolgozók közül igen sokan újabb szakképesítést szereznek az 5 éves tovább-képzési ciklus időtartama alatt, munkakörük is annak megfelelő lesz. Ezért a régebbi szakképesítésük nyilvántartásának megújítását már nem kérik, viszont az még nem is kerül törlésre, mert ezt a feladatot az 5 éves ciklus lejártá után lehet elvégezni.

Az ONY fő adatait az 1. táblázat mutatja be (a 2005. május 1-i állapotnak megfelelően).

1. táblázat: Az Országos Nyilvántartás fő adatai, 2005. május 1.

	Nyilvántartott szakképesítések száma	Nyilvántartott személyek száma
Alapnyilvántartás	175.643	151.056
Működési nyilvántartás	148.909	125.194

Az adatok azt mutatják, hogy a szakképesítések száma jóval több, mint a szakképesítéshez tartozó személyek száma.

Jelenleg az egészségügyi szakdolgozók között

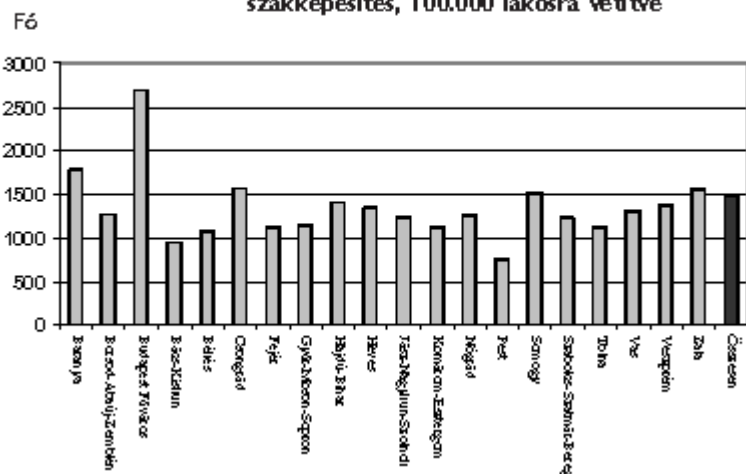
- egy szakképesítéssel rendelkezik 102.271 személy,
- két szakképesítéssel rendelkezik 17.728 személy,
- három, vagy annál több szakképesítéssel rendelkezik 2.421 személy.

Figyelembe véve a fentieket azt találtuk, hogy 2005. május 1-n mindösszesen 105.045 személy volt a működési nyilvántartásban.

Az elmúlt és a jelenlegi esztendőben igen sok szakdolgozó működési nyilvántartásának határideje lejárt vagy lejár, és a „megújítások időszakát” éljük. A fentebb megnevezett Webes felületen közlésre kerül az igazolvány érvényességi idejének jelzése is, a határidő átlépésekor a számítógépes program (ha a megújítás nem történt meg) a „lejárt” megjelölést alkalmazza.

Az ONY működési nyilvántartásban szereplő összes szakképesítés 100.000 lakosra vetített megoszlását mutatja be közigazgatási egységenként a 2. ábra.

2. ábra: ONY működési nyilvántartásban szereplő összes szakképesítés, 100.000 lakosra vetítve

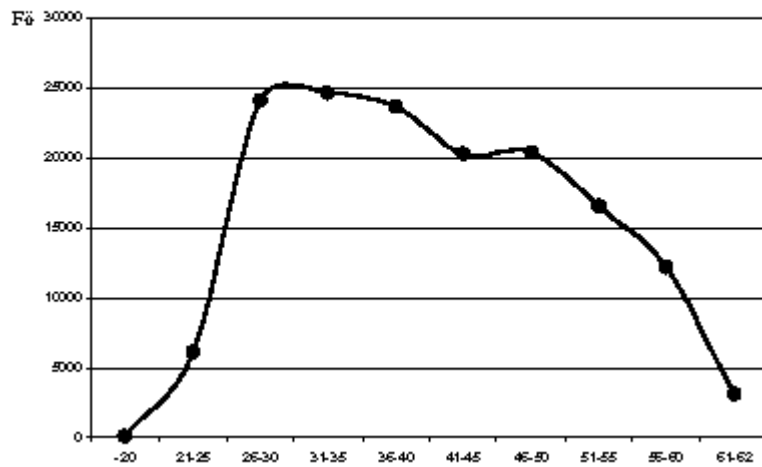


Mint látható, az összes egészségügyi szakképesítést figyelembe véve 100.000 lakosra számítva az országos átlag 1472 fő. A két szélső értéket Pest megye (legalacsonyabb), valamint a főváros (legmagasabb) mutatja, de a megyék jelentős része az országos átlag alatt van.

Az ONY adatait önmagukban is lehetne szemlélni, de sokkal fontosabb az, hogy (a lakosság számával összefüggő) elméleti szükségletekhez viszonyítsuk azokat. Ettől azonban „csalóka” is lesz egy kicsit, mert a működési nyilvántartásban szereplők igen jelentős része kórházakban és rendelőkben tevékenykedik, így ott, ahol az adott lakosságszámra viszonylag kevesebb kórházi ágyszám jut, az országos átlagtól eltérhet a nyilvántartásban szereplő egészségügyi szakdolgozók aránya.

Az emberi erőforrás fejlesztése szempontjából jelentősége van a rendszerben dolgozók életkorának. A 3. ábrán az ONY-ban szereplő összes szakképesítéshez tartozó személyek életkori bontása látható.

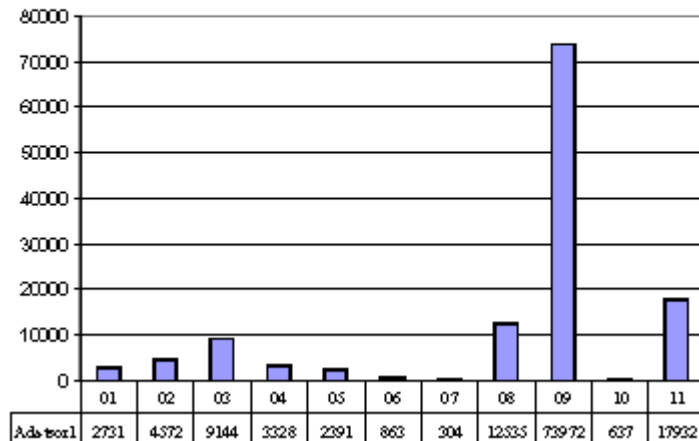
3. ábra: ONY működési nyilvántartásban szereplő összes szakképesítés életkori bontásban



A görbe nem egészen a kívánatos életkorok szerinti megoszlást mutatja, és ennek legfőbb oka az, hogy a rendszeren belül vannak olyan szakképesítések, melyek életkori megoszlása feltűnően rossz. (Későbbi ábrákon ilyen példát is bemutatunk.)

Ha munkahelyek szerint vizsgáljuk az ONY-ban szereplő összes szakképesítést, azt látjuk, hogy kb. 60 % fekvőbeteg szakellátásban, vagy szervezetenként ezekhez tartozó szakrendeléseknél jelenik meg. (4. ábra, és a hozzá tartozó munkahelyi kódokat tartalmazó 2. táblázat)

**4. ábra
ONY működési nyilvántartásban szereplő összes szakképesítés, munkahely típusonként**



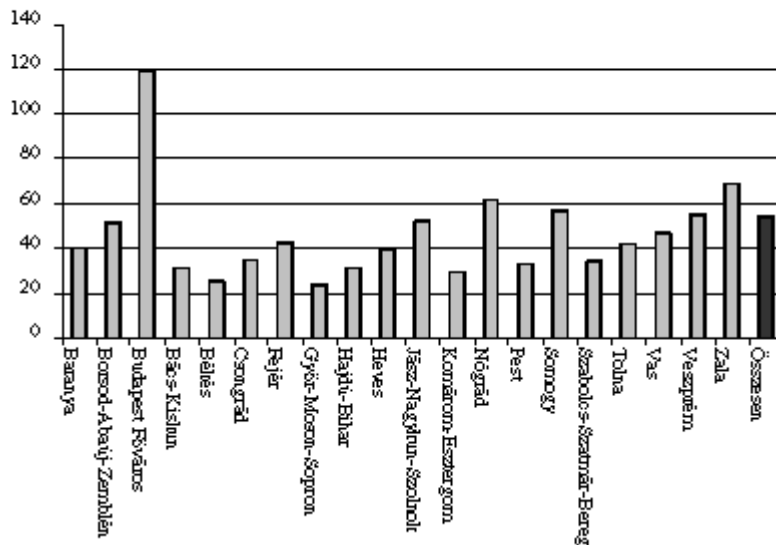
2. táblázat: A munkahely típusok kódjai

Mentőszolgálat	01
Védőnői ellátás/iskolaegészségügyben is	02
Családorvosi ellátás	03
Fogorvosi ellátás	04
Gyógyszertári ellátás	05
Foglalkozás-egészségügyi szakellátás	06
Otthoni szakápolás	07
Járóbeteg szakellátás	08
Fekvőbeteg szakellátás	09
Természetgyógyász	10
Egyéb	11

Most a „területi ellátás” elvet is magába foglaló tevékenységet folytató egészségügyi szakdolgozókra vonatkozóan mutatunk be adatokat.

Az 5. ábrán a házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátásban tevékenykedő körzeti/közösségi szakápolói szakképesítéseket vet-tettük megyéenként 100.000 lakosra.

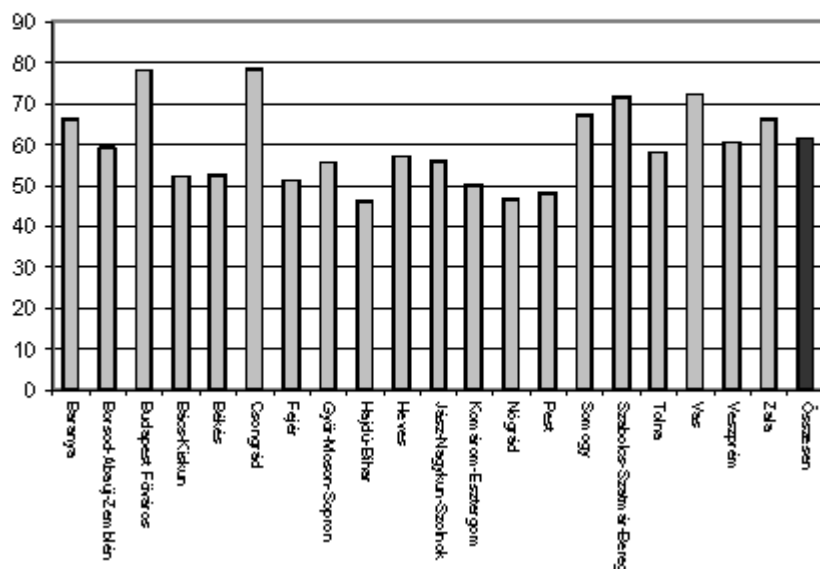
5. ábra: ONY működési nyilvántartásában szereplő összes körzeti/közösségi szakápolói szakképesítés, megyénként, 100.000 lakosra



Az ábra jól szemlélteti az egyes területeken meglévő aránytalanságokat, melynek okait elsősorban megyénként érdemes vizsgálni az illetékes döntéshozóknak. Ezzel az ábrával is szeretnénk felhívni a figyelmet erre a fontos területre.

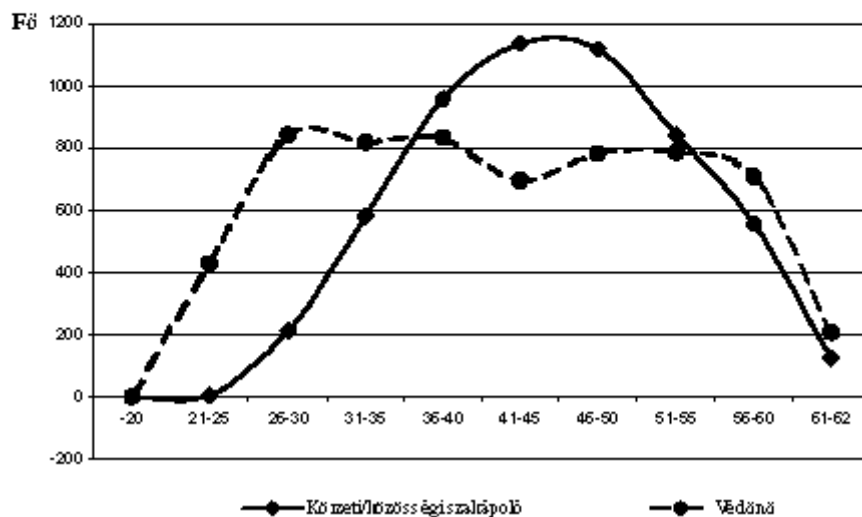
A 6. ábrán a védőnői szakképesítések 100.000 lakosra vetített arányát mutatjuk be, megyei bontásban. Itt már sokkal kiegyensúlyozottabb képet kaptunk.

6. ábra: ONY működési nyilvántartásában szereplő összes védőnői szakképesítés, megyénként, 100.000 lakosra



Az előzőekben említett két szak-képesítés vonatkozásában életkori bontást is készítettünk, ezt szemlélteti a 7. ábra.

7. ábra: ONY működési nyilvántartásban szereplő körzeti/közösségi szakápoló szakképesítés, és a védőnői szakképesítés életkori bontásában.

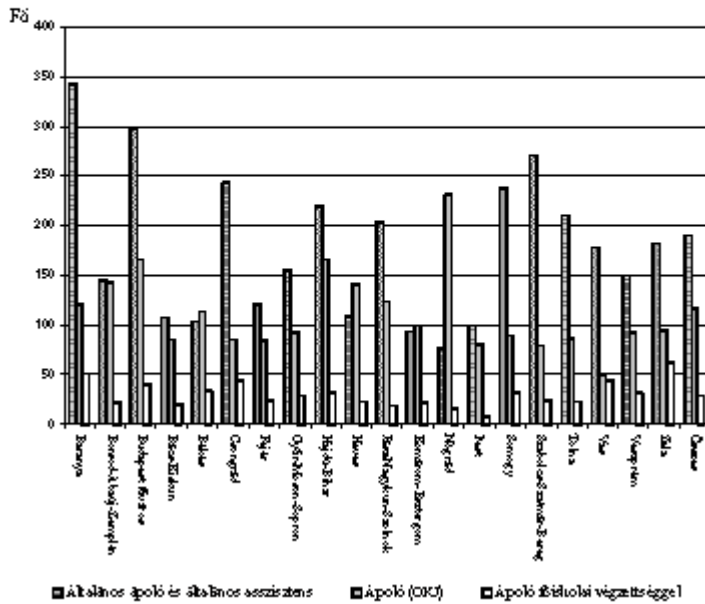


Megállapítható, hogy a körzeti/közösségi ápolók életkori bontása viszonylag „egészséges” görbét mutat, míg a védőnői szakképesítések életkori görbéje nem.

A következőkben bemutatjuk a különböző típusú és szintű ápolói szakképesítésekre vonatkozó szemléltető ábrákat.

8. számú ábrán (az eddigi logikát követve) 100.000 lakosra vetítve, megyénkénti bontásban ábrázoltuk az általános ápolói és általános asszisztensi, az ápoló (OKJ), valamint a főiskolai végzettségű ápolói szakképesítéseket. Az ábrából az alábbi következtetéseket fogalmaztuk meg:

8. ábra: ONY működési nyilvántartásában szereplő különböző ápolói szakképesítések, 100.000 lakosra vetítve, megyénként.



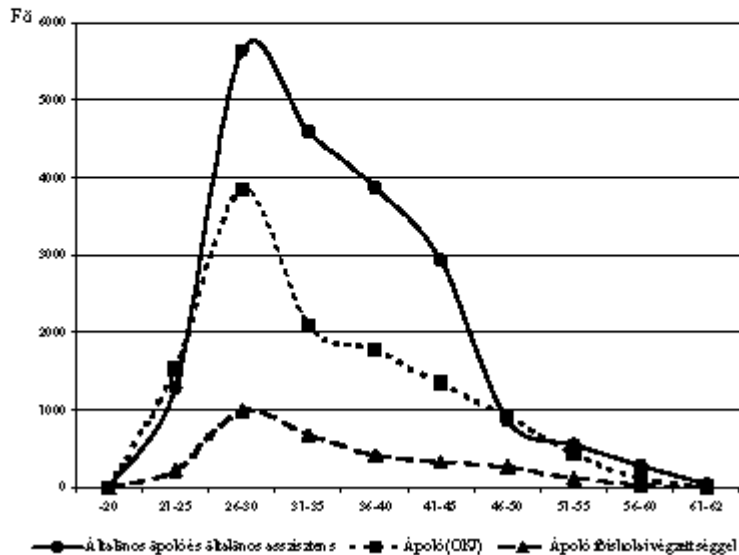
- Három olyan földrajzi terület van, ahol az általános ápolói és általános asszisztensi képzettség aránya az országos átlagnál jelentősen magasabb, ez Baranya megye, Szabolcs-Szatmár megye és Budapest, de megemlíthető Csongrád és Somogy megye is. Ez az ábra arra is felhívja a figyelmet, hogy ezekben a megyékben indokolt szorgalmazni az új típusú ápoló-képzést, hogy ez a szakmai szempontból kedvezőtlen arányszám előnyösen változzon.

- Az OKJ szerinti ápolói szakképzettség adataiban azt tükrözi vissza, hogy mely megyék fordítottak különös gondot az emberi erőforrás fejlesztésének erre a módjára, vagyis arra, hogy minél több eurokonform ápolói szak-képesítéssel rendelkező szakember tevékenykedjen az egészségügyi ellátásban. A legkiemelkedőbb ebből a szempontból Nógrád megye, és ezt követi két hasonló aránnyal Budapest főváros, valamint Hajdú-Bihar megye.

- A főiskolát végzett ápolók foglalkoztatásának arányszáma visszatükrözi a főiskolák működési helyét és/vagy vonzáskörzetét is, ugyanis azokon a területeken magasabb az egészségügyi ellátó rendszerben is, ahol az oktatás történik.

A 9. ábra a 8. ábrán szereplő ápolók életkori megoszlását mutatja be. Az ábrából az alábbi következtetéseket foglalmaztuk meg:

9. ábra: ONY működési nyilvántartásában szereplő különböző ápolói szakképesítések, életkori bontásban



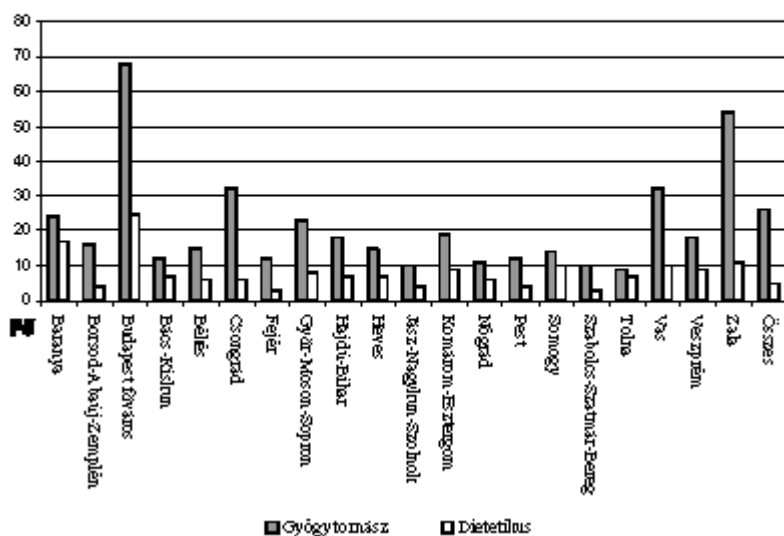
- Mintegy 10.000 olyan 26 és 40 év közötti életkorú, általános ápoló és általános asszisztensi szakképesítéssel rendelkező munkavállaló dolgozik az egészségügyben, akik (különösen ha nem rendelkeznek érettségivel) gyakorlatilag „be-zárták” saját szak-mai továbbhaladásuk kapuját.

- Az OKJ szerinti ápolók a viszonylag fiatalabb életkori csoportokhoz tartoznak, de a grafikon arról is „árulkodik”, hogy sokan kihívásnak vették az ún. HÍD programban való részvételt és munka mellett szereztek eurokonform szakképesítést.

- A diplomás ápolók életkori görbéje erős hasonlóságot mutat az OKJ szerinti ápolókéval. Itt is visszatükröződik a megfelelési késztetés az új, főiskolai végzettséget adó képzés követelményeihez, hiszen olyanok is vannak a rendszerben, akik 45-50 éves korukban, vagy még később vállalták a főiskolai tanulás nem könnyű terhét.

A 10. ábrán a gyógytornász és a dietetikus szakképesítések 100.000 lakosra vetített arányát mutatjuk be, megyei bontásban.

10. ábra: ONY működési nyilvántartásában szereplő gyógytornász és dietetikus szakképzések, 100.000 lakosra vetítve, megyénként.

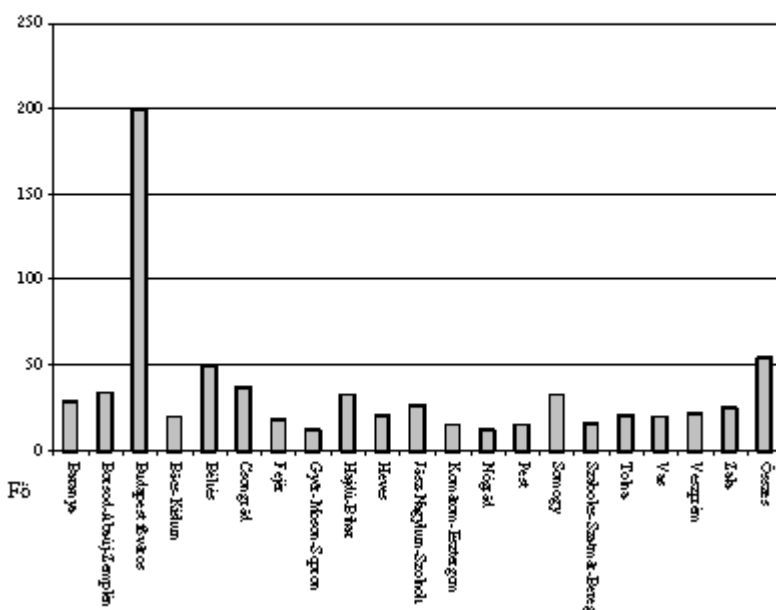


E két szakképzés tekintetében az országos eloszlás igen aránytalan, és nagyon erős a fővárosi koncentráció (a fővárosban ötször annyian jutnak 100.000 lakosra, mint az országos átlag). Ezzel az ábrával azt is szeretnénk szemléltetni, hogy vannak megyék, ahol drámaian alacsony a gyógytornász és a dietetikus szakképzések 100.000 lakosra vetített aránya.

A két szakképzésre vonatkozó életkori görbét itt és most nem ábrázoljuk, de elmondható, hogy hasonló jellegűek, és ezen a két területen kissé magasabb a fiatalabb korosztályok aránya.

Az ONY adataiból kiemeltük és a 11. ábrán bemutatjuk a gyógyszerügyi asszisztens szakképzéseket is.

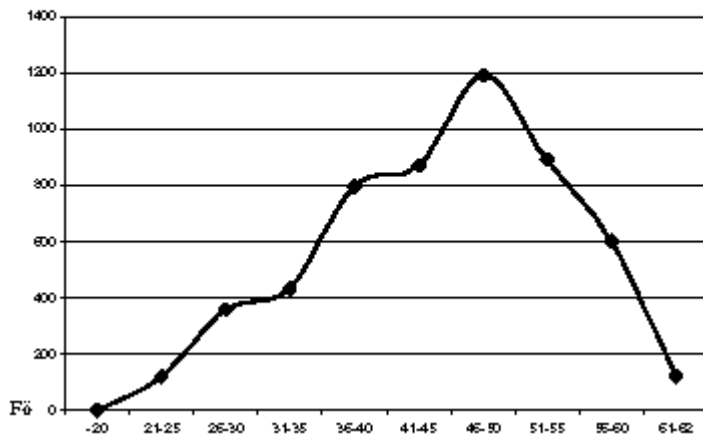
11. ábra: ONY működési nyilvántartásában szereplő gyógyszerügyi asszisztens szakképzés, 100.000 lakosra vetítve, megyénként.



Az ábra jól szemlélteti az országos aránytalanságot.

A gyógyszerügyi szakképzéssel rendelkezők életkori grafikonját szemléltető 12. ábra szinte „tükörképe” az ápolók életkori grafikonjának, és azt mutatja, hogy az emberi erőforrásokkal való gazdálkodást illetően a gyógyszerügyi asszisztensek tekintetében sürgős teendők vannak, mert gyakorlatilag alig van utánpótlás.

**12. ábra: ONY működési nyilvántartásában szereplő
gyógyszertári asszisztens szakképesítés,
életkori bontásban**



Ebben az írásban az Egészségügyi Szakdolgozók Országos Nyilvántartása működését kívántuk érthetőbbé tenni, és bemutattuk, hogy az ONY adat halmaza bázisként szolgálhat különböző elemzésekhez, szakmai értékelésekhez, következtetésekhez. A szakképesítések közül önkényesen válogattunk (megindokolva a választás okát), és az adatok néhány csoport-ját ábrákkal tettük szemléletesebbé. A dolgozattal arra is fel kívántuk hívni a figyelmet, hogy a cikkben említett honlapon az oda látogatók igen széleskörűen tájékozódhatnak az ONY témájában (is).

[Vissza a tartalomhoz](#)