

otthonápolás

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice

Egyesület Szakmai Magazinja

A tartalomból:

**Interjú Dr. Medgyaszai
Melindával, az Egészségügyi
Minisztérium államtitkárával**

**Szakmai javaslatok az otthoni
szakápolás fejlesztésére**

**Az ápolás presztízsének
megítélése a lakosság körében**

Franciaországi úti beszámoló



„...azt tudom mondani, hogy Jézus Mária!”

Interjú Medgyaszai Melindával, az Egészségügyi Minisztérium szakállamtitkárával



SZERZŐ: VINKOVITS ÁGNES
ÚJSÁGÍRÓ

Összefogás és kölcsönös akarat nélkül nem lehet előrejutni – mondja Medgyaszai Melinda, aki arról is beszélt, miként kínálhat vonzó pályát az egészségügy, és mikorra rendeződnek a szféra hosszú évek óta érintetlenül hagyott problémái.

Otthonápolás: A Biztonság és partnerség: feladatok az egészségügyben 2010-ig című programtervezetet júliusban fogadta el és bocsátotta szakmai vitára a kormány. Hogy áll most a programtervezet?

Medgyaszai Melinda: A társadalmi vita lezárult, rengeteg hozzászólás és észrevétel érkezett. Sok mindennel kiegészült a program, végül pedig a MOTESZ (Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége) szeptember 2-i konferenciájának döntései alapján elkészült a módosított programtervezet, amely a honlapunkra is kikerült. Ebben semmi újdonság, csodálatos találmány nincs. Gyakorlatilag szakmai konszenzuson alapuló, a már 2005-2006-ban elfogadott programok mennek benne tovább: nemzetprogramok, népegészségügyi programok, a struktúra finomítása, a jogszabályok módosítása és az Új Magyarország Fejlesztési Terv uniós forrásainak felhasználása.

Hogyan fogadták ezt a szakmai szervezetek?

Általában pozitívan reagáltak. Tulajdonképpen a program nevében benne van a lényeg. Eszerint meg kellene teremteni az általános biztonságos működési feltételeket még a jelenlegi nehéz körülmények között is, és humán erőforrás stratégiát kell készíteni. Ezt ma Európában senki sem úszhatja meg. Mindezzel együtt pedig partneri viszonyt kell kialakítani, és mindenkivel meg kell próbálni együttműködni. Még azzal is, akivel nehéz.

Az együttműködést valóban külön említi a program. Megvalósíthatónak látja ezt a mai politikai környezetben, amikor egyáltalán nem jellemző az együttműködés?

Én Veszprém megyéből jöttem, ahonnan nagyon sok pozitív példát tudok említeni. Az, hogy ott minden település 15 percen belül elérhető annak köszönhető, hogy a helyi önkormányzat, a megyei önkormányzat, az OMSZ és a minisztérium összefogott, és létrehozta a mentőállomásokat. Összefogás és kölcsönös akarat nélkül nem lehet előrejutni. Amit ön mond, az a politika, de én nem politikus vagyok, hanem csak egy alul-képzett orvos, ahogy mondani szoktam. Teljesen mindegy, ki honnan jön, milyen politikai beállítottságú, vallású, nemi irányultságú, az a lényeg, hogy jól akar-e. És ha jól akar, még nem biztos, hogy jól akarja, de akkor már lehet közelíteni az álláspontokat. Számtalan szakmai szervezet például nagyon önzetlenül segít nekünk.

A programtervezetben szerepel a kétoldalú bizalom kiépítése is. Miként kívánják visszaállítani a lakosságnak az egészségügybe vetett bizalmát?

Én nem tartom helyesnek az orvosi, az ápolói hivatás, egyáltalán az egészségügyi dolgozók támadását. Van ugyanis egy olyan rossz attitűd a

társadalomban, miszerint egyik oldalról elvárják az egészségügyi dolgozóktól, hogy hivatásszerűen lássák el a feladatukat, mert ők a szegény betegek, a másik oldalról viszont fogyasztók és szolgáltatást várnak el. Ebben nem könnyű egyensúlyt találni. Tudomásul kell venni, hogy nekem vannak igényeim, de csak a szükségleteimet fogják kielégíteni közfinanszírozásból. Az egyéb igényeimmel mehetek magánellátásba. A másik oldalról pedig a média szerepét emelném ki. Mi hírtértékű? Amikor a postás megharapja a kutyát, tehát amikor valami nem sikerül. Amikor utaztatnak egy halottat, vagy valamiért pénzt kérnek, amiért nem kéne. Én sok évet dolgoztam ellenőrző főorvosként, és higgye el nekem, a kilencvenkilenc százalék nagyon becsületesen végzi a dolgát, de a maradék egy százalék a hírtértékű. Nekünk ki kell emelnünk és meg kell mutatnunk a társadalomnak, hogy íme, vannak eredmények, és vannak emberek, akik nagyon becsületesen dolgoznak.

Tehát egy kommunikációs programmal készülnek?

Egyrészt igen, másrészt igen, hogy komolyan vesszük a partnerséget. Megkérdezzük, meghallgatjuk, mit és hogyan szeretnének a kollégák, a belső vitákat pedig nem teregetjük ki. A viták ne átpolitizáltak, üzengéssel menjenek, hanem ülünk le és beszéljük meg.

És hogyan teszik vonzóvá az egészségügyet a pályaválasztók számára?

A helyzetünk a meghirdetés óta nehezedett, akkor ugyanis még a gazdasági világválság előtt voltunk. A terveinket ennek ellenére nem adtuk fel, csak kicsit átüttemeztük. Eszerint összeállítottunk egy humánstratégiai tervet, amelyre még 2005-2006-ban készült egy előtanulmány. Ezt szeretnénk továbbvinni, rendbe tenni.

Ennek mik a főbb pontjai?

Először is egy folyamatos, moduláris, egymásra épülő képzést bevezetni, hogy ha valaki belép az egészségügybe, és esetleg váltani akar, akkor ezt minél könnyebben megtehesse a szférán belül. Ez a bizonyos életpálya modell. Támogassuk tehát a továbbképzést, ugyanakkor készítsünk olyan vizsgákat, amelyek az Unióban elfogadottak. Nyújtsunk tehát versenyképes tudást és ne korlátozzunk senkit a mozgásban, ugyanakkor érzük el, hogy ha valaki külföldre megy dolgozni, később térjen haza, és kamatoztassa itthon a tapasztalatát.

Ehhez azonban béremelés is kell.

Természetesen. Ezt bérrendezéssel, bérfelzárkóztatással is segítenünk kell, az Európai Unió átlagát ugyanakkor nyilván nem tudjuk hozni. Meg kell céloznunk a bérek 60-70 százalékát, és ki kell tűzni egy évet, amikor ezt megpróbáljuk elérni.

Valóban lát esélyt minderre?

Én hiszek benne. Az ugyanis biztos, hogy egyszer mindenki lesz beteg. Hacsak az ember meg nem hal nagyon hamar és hirtelen, akkor előbb-utóbb igénybe kell vennie az egészségügyi ellátást. Éppen ezért ez egy biztos életpálya. Lehet, hogy nem lesz kinek eladni számítógépet vagy televíziót, de hogy beteg mindig lesz, az egészen biztos. Másrészt ez egy segítő foglalkozás és segíteni mindig jó. Persze, nagyon nehéz pálya, ezt elismerem.

Mikorra válhat vonzóvá a pályaválasztók számára?

Mi 2011-2013-at tűztük ki. Hogy ezt elérhessük, sok milliárd forintot sze-



Fotó: EGYED PÉTER

retnék erre a célra fordítani az Új Magyarország Fejlesztési Tervből és Európai Unió forrásokból.

Magyarország le tudja egyáltalán hívni a rendelkezésre álló uniós forrásokat?

Az egészségügy területén nagyon sok kolléga dolgozik ezen, nagyon igyekszünk, és jól is állunk. Ugyanakkor néhány pályázó még mindig nem tanulta meg, hogy egy jó cél még nem elegendő a támogatás megnyeréséhez. Ha jó a pályázat és arra pályázott, amire azt kiírták, akkor megnyeri. Nem győzöm hangoztatni minden fórumon az egészségügyi szolgáltatóknak és az önkormányzatoknak, hogy szigorúan a pályázati feltételeknek megfelelően, megbízható tervezőkkel, cégekkel készítsenek pályázatot, mert nem nyernek, ha nem jó a pályázat. Ez nekünk is nagy baj, hiszen esetleg olyanok nem nyernek, akiknek a szolgáltatására vagy fejlesztésére nagyon nagy szükség lenne.

Említette, hogy ellenőrző főorvosként is dolgozott korábban. A MOHE javaslatai között szerepel, hogy az OEP csak olyan szolgáltatókkal szerződjön, akik egyrészt komplex, másrészt minőséggarantált szolgáltatásokat nyújtanak. Terveznek ilyen jellegű változtatást?

Én ezt két fázisba venném. Vannak olyan kérdések, amiket az otthoni szakápolás területén első körben átvizsgálunk. Az új ellátások befogadásáról, mint a parenterális táplálás vagy az infúzió-beadás már elkezdünk tárgyalni. Ezeket be kellene illeszteni a jogszabályba, illetve magába a jogszabály-környezetbe, mivel számtalan jogszabály módosítása szükséges ehhez. Emellett viszont az egész rendszert át kell tekinteni, hiszen azt látjuk, hogy nem egyformán lefedett az ország. Ennek egyfelől az az oka, hogy bizonyos mennyiségű vizitre egy településen nagyon nehéz rátele-

píteni olyan szolgáltatást, ami sok vizitet igényel. Ugyanakkor nemcsak komplex szolgáltatók vannak terület-ellátási kötelezettséggel, így hátrány éri azt az embert, aki ott szorulna speciális szolgáltatásra, ahol az nem áll rendelkezésre. Végül a minőségi kritériumokat is át kell tekinteni. Ezzel azonban az a probléma, hogy az egészségügyben nagyon nehéz meghatározni a minőséget. Sokféle minőségbiztosítás kombinációját kell alkalmazni itt, hiszen ez nem olyan, mint a japán autóipar. Ott a futószalag végén kijön egy tökéletes motor, mivel azonban az ember nem így működik, nagyon nehéz ezeket a folyamatokat úgy szabályozni, hogy a minőségellenőrzés valódi legyen. Ezen a kérdésen nagyon sokat kell még gondolkodnunk, de mindenképpen komolyan gondoljuk, hogy protokolláris, és elsősorban a finanszírozási protokollok irányába az egészségbiztosítás segítségével lehetne terelni az ellátást.

Ön is említette, hogy kisebb településeken nem tudják kihasználni a keretet. Bizonyos sérüléseknél azonban nem elegendő a finanszírozott vizitek száma, emellett a vizitdíjak degressziója is sok esetben indokolatlan. Tervezik a vizitdíjak és a vizitszám-keretek ésszerűsítését?

Azt kell mondjam, ez egy magyar specialitás, hogy mindig a pénztől indulunk el. Először a szakmai tartalmat kell tisztázni, és amikor ez megvan, hozzá kell rendelni a finanszírozást. Mindezt valóban úgy kell, hogy az csak a minőségi munkát támogassa.

Az persze nem kérdés, hogy mindennek van forrásigénye, mint ahogy az is egyértelmű, hogy a 2009-es nem a bővítés költségvetése lesz. Azonban a jövő évet akkor is fel kell használni arra, hogy ezeket a kérdéseket átgondoljuk, és próbáljunk egy szakmailag korrekt, mindenki számára elfogadható megoldást letenni az asztalra. Elképzelhető tehát, hogy bizonyos kötözközi feladatok bátran tartozhatnak a háziorvoshoz rendelt házi szakápolóhoz, ellenben az otthoni szakápolás területén inkább a rehabilitációs típusú ellátásokat kellene szélesíteni. Ha egy sérülés indokolja, akkor a betegnek legyen egy akut kórházi, és utána egy az otthonához legközelebbi rehabilitációja. Hiszen ha valakinek van egy akut fájdalma, és reggel felül a buszra hogy bezötyögjön a járóbeteg-ellátásra, aztán hazazötyög, véleményem szerint rosszabbul lesz, amikor hazaér, mint mikor elindult.

Ez egyúttal felveti a kompetencia örök kérdését. Ezt mikor teszik rendbe?

Mostanra odáig eljutottunk, hogy tisztességesen összeraktuk a problémahalmazt, és erre tényleg csak azt tudom mondani, hogy Jézus Mária! Ezt mindenképp rendbe kell tennünk. A kompetenciákat növelni kell. Ugyanakkor nagyon nehéz előrelépni ebben a kérdésben, mert sokan még mindig nem hiszik el, hogy a nővér például be tud adni egy intravénás injekciót, miközben egyre többen mondjuk, hogy igenis képes rá.

Az akadály tehát a bizalmatlanság, és nem a jogi tisztázatlanság?

Részben jogi tisztázatlanság is van emögött, hiszen a licence vizsgák rendszerében elvileg mindenki egyetért. Eszerint mind az ápolóknak, mind az orvosoknak lenne általános kompetenciájuk, de ezen fölül tennék licence vizsgát arról, mire képesek még. Ápolói területen ez például lehet sztóma, sebkezelés, infúzió, parenterális táplálás. Ezekről a képességekről pedig bizonyos időközönként vizsgát kellene tenni. Az orvosoknál ugyanez szükséges. A szakma, az oktatás teljesen fel van erre készülve, a törvényi mögöttes felhatalmazó-bázist kell megteremteni.

És ez mikorra várható?

Én nagyon szeretném, ha 2009 első félévében ezt le tudnánk végre rendezni. Mindezt az ETI-vel, a MESZK-vel, az iskolákkal és, hangsúlyozom, hogy az oktatási minisztériummal együttműködve, hiszen ezek sokszor oktatáspolitikai szabályok, amiken változtatni kell.

Két minisztérium között gyorsan megy az egyeztetés? Kívülről ugyanis gyakran tűnik mindez egy végeláthatatlan levelezgetésnek. Én azt szoktam mondani, hogy még az Európai Unió belül is rendkívül nagy szerepe van a személyes kapcsolatnak. Ez is egyfajta lobbí. Az ember, ha komolyan szeretne valamit, akkor mindig talál olyan köztisztviselőket,

akik szintén komolyan szeretnének szolgálni. Természetesen, ezt nem lehet gyorsan, hiszen a hirtelen felindulásból elkövetett jogalkotásból mindig csak a baj van. Ha az nem ment végig a maga útján, nem járta meg az igazságügyi, vagy a pénzügyi tárcát, nem lehet előrejutni. Ha viszont egyeztetünk, akkor ha nem is gyorsan, de biztosan célba érünk. És most ez a cél.



Szakmai javaslatok az otthoni szakápolás fejlesztésére a szakmai és a finanszírozási szabályozási háttér megújításával

SZERZŐ: BANAI JOLÁN
ELNÖK, MOHE

Tisztelt Olvasóink!

A???? javaslatot ismertetjük Önökkel. A javaslatot kapták:

Dr. Székely Tamás, egészségügyi miniszter

Dr. Medgyaszai Melinda, szakállamtitkár

Dr. Kökény Mihály, Parlament Egészségügyi bizottsága

Dr. Rende Vilma, OEP- főigazgató

A Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület célja az egészségügyi ellátó rendszer legfiatalabb tagjaként immár 12 éve működő **otthoni szakápolási szektor** szolgáltatóinak összefogása, szakmai érdekképviselete.

Ez év október végén hatodik alkalommal rendezhettük meg az országos őszi otthoni szakápolási kongresszust, melyen hagyományaink szerint egy asztalhoz ültethettük a törvényalkotókat, a finanszírozókat és a szolgáltatókat, hogy párbeszéd formájában megvitathassuk az aktuális problémákat és egységes álláspontot alakíthassunk ki a jobb betegellátás érdekében.

A konferencia központi témája volt az **otthoni szakápolási rendszer átvilágítása eredményeinek és továbbfejlesztési javaslatainak** megvitatása. Az ennek eredményeként született javaslatokat szeretnénk ezúton

a szaktárca irányába előterjeszteni, bízva abban, hogy a **szabályozási környezet alakítása** során, gyakorlati tapasztalatokon nyugvó szakmai javaslatainkat, a rendszer racionalizálását, hatékonyabbá tételét célba vevő törekvéseinket figyelembe tudják venni.

Az **otthoni szakápolás** több mint tíz éve működik hazánkban, de úgy véljük, hogy rendszerében még mindig olyan értékek, szakmai tartalékok vannak jelen, melyek **hatékonyabb felhasználásával**, az egészségügyi ellátórendszerbe történő **megfelelő becsatornázásával** nagyságrendileg viszonylag kevés befektetéssel **jelentős eredmények érhetők el**.

Az **otthoni szakápolás egyike azon területeknek, melyek fejlesztése az egészségpolitika számos illetve a „Biztonság és Partnerség” programban is kitűzött célja eléréséhez hozzá tudna járulni:** a források ésszerű, szakszerű és hatékony felhasználása; a lakosság egészségügyi állapotának javítása; az aktív korú népesség munkaképességének helyreállítása; az ellátás minőségének javítása; jobb ellátás, igazságosabb hozzáférés; az aktív kórházi kapacitások további csökkentése, racionalizálása; a lakóhely-(lakosság) közeli ellátások fejlesztése; a társadalom, a betegek, de nem utolsósorban az egészségügyi dolgozók elégedettségének javítása; a humán-erőforrás helyzet javítása, stb. hozzájárulva az egészségügy ellátórendszer fenntartható fejlődéséhez.

Jelenleg folyamatban van az otthonápolás aktuális problémáival, közép- és hosszabbtávú fejlesztésével kapcsolatos feltáró elemzések, szakmai

javaslatok **tanulmány** formájában történő összeállítása „**Az otthoni szakápolás és hospice középtávú fejlesztési koncepciója és stratégiája**” címmel, melynek végeredményét a szaktárcához is szeretnénk benyújtani, mivel a szakmai és finanszírozási szabályozási előkészítő munkába történő bevonásunkra továbbra is feltétlenül számítunk.

Az otthonápolás szektor szolgálati képviselőjében kijelenthetem, hogy szolgáltató részről képesek vagyunk a továbbfejlődésre. Ennek alátámasztásául elindítottunk egy stratégiaalkotási programot, a problémákkal kapcsolatban feltáró vizsgálatokat végeztünk, s ezúton szeretnénk a **szakmai elemző munkánk eredményeként kidolgozott javaslatainkat előterjeszteni**, melyek magukban foglalják (részletesen lásd: Melléklet):

- I. az otthoni szakápolás középtávú stratégiai fejlesztési tervét,
- II. a szakmai szabályozás fejlesztését, megújítását (20/1996 (VII. 26.) NM rendelet),
- III. a finanszírozási keretszabályok racionalizálását (43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet),
- IV. további javaslatokat.

Végezetül kiemelnénk, hogy fontosnak tartjuk a **jogszabályok megyei államigazgatási szervek által történő egységes értelmezését/ érvényesítését**, amely a jelenlegi gyakorlatban számos esetben nem érvényesül.

Kérem Szakállamtitkár Asszonyt, hogy szíveskedjék egyesületünk számára szakmai konzultációs lehetőséget biztosítani az otthonápolás fejlesztése témakörében.

Támogatásában bízva,

Budapest, 2008. november 25.

Tisztelettel:

Banai Jolán
elnök

Melléklet

I. Az otthoni szakápolás középtávú stratégiai fejlesztési terve

Annak érdekében, hogy a továbbiakban az otthoni szakápolás, – mintegy a kórház kinyújtott karjaként – **valódi alternatívája legyen a kórházi ellátásnak a szektor középtávú stratégiai fejlesztési tervének központjában:**

- az otthonápolási szektor egységesítése, koncentrációja,
- a minőségfejlesztés érdekében a komplex ellátás nyújtó nagyobb szolgáltatók előnyben részesítése,
- rugalmasabb szabályozás, finanszírozás biztosítása

áll, mely egy egymással szoros összefüggésben álló célrendszer:

Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítésével párhuzamosan az otthoni szakápolási szektorban is meg kell teremteni a **valós minőségi szolgáltatói verseny** kereteit. Ennek érdekében javasoljuk, hogy a jövőben (megfelelő átmenet biztosításával!) csak olyan vállalkozásokkal kössön az OEP szerződést, melyek **komplex szolgáltatás nyújtására** képesek: a szolgáltatások teljes palettáját nyújtják. Ehhez azonban **meg kell**

teremteni a humán- és tárgyi feltételrendszert, valamint a korrekt egészségügyi menedzsment feltételeit.

Vízióink az, hogy az otthoni szakápolás a **szubszidiaritás elvét** követve a **beteg otthonában kielégíthető ellátási szükségletet (szakápolás, infúziós kezelés táplálás, rehabilitáció, hospice) mintegy „egy ernyő alá vonja”** (az ellátásszervezés, esetmenedzsment, koordináció, **team munka stb. eszközeinek hatékony alkalmazásával**). Ez a modell mellett, hogy költség-hatékonyabb, mint bármely típusú intézeti ellátás, a beteg szempontjából is a legbetegbarátabb ellátási forma (pl. otthoni körülmények közötti gyógyulás lehetősége, önellátó-képesség megőrzése-fenntartása, kórházi fertőzések, decubitus megelőzése, stb.).

Az **azonos szintű minőségi szolgáltatás, standard minőség** biztosítása érdekében javasolt lenne, hogy hosszabb távon az **OEP csak minőségbiztosítást működtető vállalkozásokkal** kössön szerződést (középtávon pedig legalább tegyen különbséget), a szolgáltatókat pedig csak **felsőfokú végzettséggel rendelkezők** vezethessék.

A minőségi ellátás nyújtásához szükséges az otthonápolás **eszközrendszerének megújítása**, amelyhez további kiegészítő források felkutatását tervezzük (pl. ÚMFT keretében), bízva abban, hogy a források allokációjáról rendelkezők felismerik az ágazatban rejlő szükségleti és megtérülési tényezőket.

A **stabil működéshez** azonban – piaci jellegű környezetben – elengedhetetlen a **piaci alapokon nyugvó finanszírozás: csak a költségeket tükröző vizitdíjjal, a valós szükségletek alapján meghatározott, rugalmasabban kezelhető kapacitáskontingensekkel** biztosítható a megfelelő költségen történő ellátás.

Általános probléma az **ápolói hivatás presztízsének** és elismertségének, társadalmi megbecsültségének alacsony szintje (bérek, kompetenciák, képzési problémák, munkakörülmények, stb.), mely a szakma vonzerejét és ezzel az utánpótlást csökkenti. Ezt a problémát hosszútávon a **többszintű ápolói rendszer** kialakításával, az **életpálya modell** alkalmazásával, **bérrendezéssel** lehetne kezelni.

Egy ilyen komplex szolgáltatást nyújtó integrált modellben pedig hangsúlyozni szeretnénk a **vertikális** (kórházi osztályokkal, járóbeteg szakellátással, rehabilitációs intézményekkel, és az otthonápolás szolgáltatók közötti) valamint az **interszektoralis** (az egészségügyi és szociális szektor közötti) **együttműködés** jelentőségét.

Az esélyegyenlőség jegyében a szektor rövid, közép és hosszú távú fejlesztési tervei elsősorban a minőségi ellátáshoz való hozzáférés javítását célozzák meg.

A következő két pontban azokat az intézkedéseket emelnénk ki, melyek olyan **kitörési pontokat** jelenthetnek az otthonápolási szektor számára, melyen elindulva már rövidtávon is jelentős eredmények érhetőek el.

II. A szakmai szabályozás fejlesztése, megújítása – a 20/1996 (VII. 26.) NM rendelet módosítási javaslatok

A/ Személyi feltételek változtatása

Az otthoni szakápolási szolgáltató vezetője (szolgáltatóvezető) egészségügyi főiskolai vagy egyetemi és ápolói képesítéssel rendelkező szakember lehessen, és lehetőleg főállásban végezze a vezetői tevékenységet (ld. középtávú fejlesztési tervek – minőségi ellátás) – megfelelő türelmi idő biztosításával.

A **szakembergárda bővítése** a minőségi komplex ellátás biztosítása érdekében az alábbi szakemberekkel:

- **Dietetikus** (egészségügyi főiskolai végzettséggel) – nem kötelező jel-

leggel (preventív tevékenység illetve egyes terápiák része);

- **Konduktor** (főiskolai végzettséggel) – nem kötelező jelleggel (esetenként kiválthatná a logopédust, gyógytornászt - kórházból kikerülő neurológiai betegek rehabilitációja, részleges vagy teljes önálló képesség visszaállítása, visszavezetés a társadalomba, emberhez méltó életbe);

- Sebészeti gyakorlattal és sebkezelési tanfolyammal rendelkező *szakápoló*;

- Infúziós licence vizsgával rendelkező *szakápoló* (a jogszabályi háttér alakulása függvényében);

- Hospice ellátás esetén fájdalomcsillapításban jártas *szakorvos, pszichológus, hospice koordinátor*, hospice tanfolyamot végzett *szakápoló*.

Tudomásunk szerint a **licence vizsgák rendszerének szabályozási háttere** továbbra sem rendezett. Ennek rendezése számos kompetenciabeli kérdésre választ tudna adni, azonban úgy véljük, hogy meghatározott szakképzettségek esetén nem lenne szükséges az újabb licencvizsgák megkövetelése, hanem a meghatározott szakképzettséggel rendelkező szakemberek kapjanak igazolást az adott tevékenység végzésére vonatkozó kompetenciájukról (pl. gyógyszeres infúzió beadása - mentőtiszt, intenzívterápiás szakasszisztens, röntgenműtős szakasszisztens, aneszteziológiai szakasszisztens, diplomás ápoló, OKJ-s ápolók).

B/ A tevékenységek felülbírálat, új finanszírozható tevékenységek bevezetése

A meglévő tevékenységek mellett, azok kiegészítéseként, vagy pontosításaként az alábbi tevékenységeket javasoljuk felvenni az otthoni szakápolás tevékenységi listájára:

1. Szondán át történő táplálás és folyadékbevitelhez kapcsolódó dietetikusi és ápolói feladatok elvégzése [a jelenlegi 1-es pont korrigálva];

2. Állandó katéter cseréjéhez rendszeres katéterezés, hólyagöblítés az orvos utasításának megfelelően [a jelenlegi 3-as pont korrigálva];

3. Intravénás folyadék- és elektrolitpótlás, parenterális gyógyszer beadás az orvos utasításának megfelelően – beleértve a rövidbél szindrómás, cisztás fibrózisban szenvedő betegek parenterális táplálását illetve intravénás gyógykezelését (nemzetközi adatok alapján az otthoni parenterális táplálás 70%-kal olcsóbb a kórházi parenterális táplálásnál!) [a jelenlegi 4-es pont korrigálva];

Az otthoni gyógyszeres infúziókezelés kapcsán régóta tisztázatlan az az aktuálisan is fennálló anomália, hogy a jogszabályi háttér, az OEP iránymutatás és a gyakorlat ellentmondásban áll, pedig ez tipikusan kórházi ellátást kiváltó tevékenység (szubszidiaritás elve!).

(Amennyiben széleskörű szakmai konszenzust követően megállapítás nyer az, hogy e tevékenység valóban nem végezhető otthoni szakápolás során, abban az esetben is szükséges olyan jogi hivatkozások megállapítása, vagy az ide vonatkozó jogszabály megváltoztatása, melyeket polgárjogi szerződés alapján a szolgáltatók is el tudnak fogadni.)

E ponttal kapcsolatban **tisztázásra szorulna a kúraszerű ellátások fogalma és szakmai tartalma** (fogalmilag érthető alatta: az ambuláns keretek között fekvőbeteg háttérrel nyújtott kúraszerű ellátás /pl. kemoterápia, értágító kezelés/, otthoni szakápolás keretében nyújtható terápiák /intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadás/, de a gyógyfürdő kúrák is !).

Ebben a témakörben több orvosszakma és szakmai kollégium bevonásával szakmai állásfoglalást kellene kiadnia az EüM-nek, amely a szabályozás alapját képezheti.

4. Balesetek, műtétek, lázas állapotok után legyengült betegek önálló képességének visszaállítása (testi higiénie, mobilizálás, decubitus prevenció, roborálás-dietetikus) – [a jelenlegi 5-ös pont korrigálva];

5. Sebkezelés, sebkezelés (decubitus, ulcus churis, égési sérültek,

műtéti területek, varratszedés, sebkezelés, szívó, stoma kezelések, septicus sebek ellátása, táplálkozási tanácsok, bőrgyógyászati elváltozások, pikkelysömör, herpes zooster, sipolyok ellátása, sebváladék levétel, zúzott, vágott, roncsolt sebek, lymphoedema kezelése)

- beleértve az egynapos ellátások utáni kezeléseket is;

- a duplikációkat elkerülendő az otthon ellátott teljes és részleges ellátásra szoruló beteg esetén ezek a sebkezelések kerüljenek ki a körzeti nővér munkaköri feladatai közül.

[a jelenlegi 6-7-es pont korrigálva];

6. Gyógyászati segédeszközök szükségességének felmérése, beszerzési lehetőségek ismertetése, használatának megtanítása (kényelmi eszközök, decubitus prevenció-ágy, matrac kölcsönzés esetén, testi higiénie elvégzését segítő eszközök, mozgást elősegítő eszközök-bot járókeret, protézisek, thrombosit megelőző eszközök használata, maradó károsodást szenvedett embereknek a mindennapi életvitelében segítő eszközök használatának megtanítása) [a jelenlegi 8-as pont korrigálva];

7. Speciális tevékenységek

- oxigénterápia

- légzésterápia

- tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, a tevékenység megtanítása

- gyóglámpa kezelés

- inhalálás

[a jelenlegi 2-es és 9-es pontok korrigálva];

8. Vesebetegek gondozása, diabeteses betegek és egyéb anyagcsere betegségek gondozása

- diéta összeállítása, ellenőrzése

- testsúlyellenőrzés

- folyadékclap vezetés

- peritoneális dialysis

[új tevékenység];

9. Gépi lélegeztetett betegek, éberkómás betegek, polytraumatizált betegek, stroke-os betegek tartós ápolása – külön rehabilitációs vizit számmal [új tevékenység];

10. Tartós fájdalomcsillapításhoz tartozó szakápolási feladatok, orvosi utasításra (tapaszok felhelyezése, i, m, i, c, kanülös parenterális gyógyszer beadása orvos utasításnak megfelelően, tens kezelés) – abban az esetben, ahol a területen nem működik hospice ellátás [a jelenlegi 10-es pont korrigálva];

11. A beteg állapotától függően szakirányú terápiás szolgáltatás (gyógytorna, logopédia, diétetika, konduktív terápia, fizioterápia) [a jelenlegi 11-es pont korrigálva];

12. Teljes körű hospice ellátás (tartós fájdalomcsillapítás szakápolási feladatai, haldokló beteg otthonában történő szakápolása az ellátandó feladatok megnevezésével) [a jelenlegi 12-es pont korrigálva];

13. A beteg és családtag oktatása mindazokra a tevékenységekre, amelyet megtehet az egészsége helyreállításáért (ápolási és rehabilitációs anamnézis felvétele, ápolási folyamat felállítása, rehabilitációs terv felállítása, a betegdokumentáció vezetése, jelentési kötelezettség teljesítése, rendszeres kommunikáció a házi- illetve kezelőorvossal, zárójelentés készítése az elvégzett kezelés után) – betegenként a felvételi vizit legyen elszámolható [a jelenlegi 13-as pont korrigálva].

Hosszabb távon megfontolandó lenne az alábbi tevékenységek integrálása és további szabályozási eszközök alkalmazása is:

- további hosszúápolási tevékenységek felvétele;

- otthoni diagnosztika;

- mozgó laborvizsgálat (vérvétel nehezen mozgó paciensek esetén);

- bizonyos GYSE-k felírási lehetősége (ápolási, rehabilitációs eszközök);

- az akut és krónikus betegségek ellátásának különválasztása;

- protokollhoz között, orvosi diagnózis alapú otthoni szakápolási tevé-

kenységek kidolgozása, ehhez kapcsolóan differenciált vizitszámok meghatározása.

III. A finanszírozási keretszabályok racionalizálását – a 43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet korrekciója

Ebben a pontban szeretnénk rendelkezésre bocsátani **finanszírozási szabályozási módosítási javaslatunkat a prioritások megjelölésével**, melynek számos pontját előzetesen több fórumon is egyeztetünk, és az OEP szakemberei rendelkezésére is bocsátottuk, annak érdekében, hogy a 1999/43-as Korm. rendelet aktuális módosítása során azokat figyelembe tudják venni:

1. sz. prioritás: A teljes- ill. rész-munkaidős alkalmazottak maximum vizitszámának emelése /35.§ (7)/

Ez a túlzottan merev szabályozás és az alacsonyan megállapított vizitkeretek nem életszerűek (pl. helyettesítés, hatékonyság, alkalmazottak szakmai kapacitásának és munkaidejének kihasználása, bérezés vs. teljesítmény), nem biztosít egzisztenciát a főállású szakápolóknak.

A rendeletben megadott **napi vizitszámokat meg kellene emelni 6-ra és 5-re**. Ez megfelelő rugalmasságot ad a szakápolási szolgálatoknak, hogy szükség esetén „csúcsra” járhassanak és a főállású alkalmazottakat hatékonyan lehessen foglalkoztatni. A munkaidő direktíva alapján az MT behatárolja a kérdést, ezért nem ezen a szinten kellene napi szinten korlátozni.

2. sz. prioritás: A területi pótlék emelése /35.§ (13)/

A területi pótlék nem fedezi az ellátás járulékos költségeit (benzin, gépkocsi fenntartás, tömegközlekedés stb.) A jogszabály korlátozása sérti az esélyegyenlőséget minden esetben.

A területi pótlék 20%-ra történő megemlése. Minden szolgálat kapja meg a területi pótlékot, aki kijár a területre. (Aki viszont ténylegesen nem jár ki a területre, attól vegyék el.)

Hosszú távon javasolt a részleges bázisfinanszírozás bevezetése, rendelkezésre állási díj biztosításával.

3. sz. prioritás: A vizitszám-keret meghatározás ésszerűsítése /35.§ (6)/

A szabályozás rugalmatlanságából adódóan nem a szükségleteknek megfelelő a tervezés és allokáció, a szezonális figyelmen kívül marad.

A tervezhetőbb kapacitás-felhasználás érdekében **negyedéves kontingensek meghatározása** (részben már megvalósult). Éven belül havonta lehessen 20 %-kal fölé menni a szolgálatonkénti havi vizitszám-keretnek, amit év végéig vissza kell pótolni. **Pótkeret ne vesszen el**, maradjon meg 1 hónap után is.

Hosszabb távon érdemes lenne a kockázatkiigazítás (risk-adjustment) alkalmazása a vizitkeret meghatározása során (pl. megyei létszám, ellátási terület, mortalitás-morbiditás, intézményszám alapján).

4. sz. prioritás: Többszöri elrendelés maximálása, fekvőbeteg ellátás követően ismételt elrendelés maximálása, az elrendelés ismételt orvosi vizsgálathoz kötése enyhítése meghatározott esetekben – **otthoni kúra-szerű ellátások /35.§ (8)/**

Egyes ellátások, betegségek esetében életszerűtlen a korlátozás (pl. aktív rehabilitáció, stroke, újabb hospitalizációk, terminális állapot is lehet 3 év). Az újabb elrendeléshez egyes betegek kórházba/szakorvos rendelésre jutása nehézkes.

A 2 hónapos korlátozást célszerű lenne 3 hónapra megemlíteni, mivel a betegek pl. időközbeni hospitalizáció miatt, illetve mivel bizonyos rekonstrukciós műtétek után sok esetben csak két hónap múlva lehet foly-

tatni a rehabilitációt, gyakran elesnek a fennmaradó vizitektől.

Hosszabb távon hatáselemzés alapján, szűk indikációs körökben meg kell engedni a hosszabbítást, egyes BNO-k esetén pedig lehetővé kell tenni a hosszabb ápolást (diagnózishoz kötötten, normatív módon). Bizonyos betegek, esetek esetében esetfinanszírozás is elképzelhető.

További javaslatok:

Vizitdíj mértékének emelése /35.§ (11)/

A vizitdíj **messze nem fedezi a megfelelő ellátás költségeit** (bérek, amortizáció, a hospice-ban nem tartható a folyamatos rendelkezésre állás stb.)

Nem indokolt a depressziós szorzó alkalmazása, mivel a költségek nem csökkennek a vizitek számával, és a beteg állapotától függő ellátási igényt nemcsak az otthoni szakápolás hivatott kielégíteni, mindez hátrányos helyzetbe hozza a betegeket, szolgáltatókat.

Javasolt a depresszió eltörlése vagy legalább csökkentése rehabilitáció esetén (1. elrendelés egységesen 1, 2. elrendelés egységesen 0,9).

Hosszú távon javasolt a részleges bázisfinanszírozás bevezetése (részletes számításokkal alátámasztva) a minőségi kritériumoknak, akkreditációs feltételeknek megfelelő szolgáltatók részére.

Vizitek napi limitálásának feloldása /35.§ (12)/

Egyes esetek, betegségek esetében életszerűtlen a korlátozás.

Egynapos ellátások utáni tevékenység tiltásának feloldása /35.§ (4)/

Egy rögzült felfogás alapján az egynapos ellátás és az otthoni szakápolás között **szakmailag nem lehetséges az ellátásban átmenet, folyamatosság**.

A tiltást meg kell szüntetni. Meghatározott indikációk esetén, egyes egynapos ellátások után lehetővé kellene tenni, hogy a betegek a hazaengedést követően az otthoni ellátás keretében megkaphassák a szükséges ellátásokat (pl. sebkezelés). Ebben a témakörben több orvosszakma és szakmai kollégium (sebészet, nőgyógyászat) bevonásával szakmai állásfoglalást kellene kiadnia az EüM-nek, amely a szabályozás alapját képezheti.

IV. További javaslatok

Az alábbiakban összegyűjtöttünk még néhány olyan problémakört, melynek megoldása kevés befektetéssel szintén sokat javíthatna a szektor helyzetén:

- kompetenciakérdések rendezése – a végezhető tevékenységek szakmai protokolljának kidolgozása és szakképesítés szerinti kompetencialista meghatározása, a szakdolgozók munkaköri leírása a kompetenciák tükrében;
- az adminisztráció, a dokumentáció ésszerűsítése, standardizálása, egyidejűleg a papír alapú adminisztráció minimálisra történő redukálása;
- az informatikai rendszer fejlesztése (ld. pl. a gyógyszerárak, házi orvosságok elszámolási rendszere), az informatikai rendszerekhez való kapcsolódás lehetőségének megteremtése (egységes kapcsolat a kórházi, finanszírozói, szakrendelői és házi orvosi informatikával);
- a képzés, továbbképzés finanszírozási forrásainak felkutatása, munkae-
rő-kölcsönzés lehetővé tétele, körzeti ápolók helyettesítése;
- a szakmai ellenőrzések hatékonyságának fokozása (egységes módszertani elvek alapján történő ellenőrzés, jól meghatározott elvárások és azok számonkérése, szankcionálása);
- a hospice ellátással kapcsolatos problémák és javaslatok külön „csokorban” történő előterjesztése.