

Tisztelt Látogató!

E dokumentum archivált tartalom, amely elavult, nem hatályos információkat is tartalmazhat.

Kérjük, hogy a dokumentumra való hivatkozást megelőzően az **ÁNTSZ központi** (www.antsz.hu), valamint az **országos** és **regionális** intézetek honlapjainak aktuális tartalmakat megjelenítő oldalain szíveskedjen tájékozódni.

**A védőnői rendszer működésének bemutatása,
a fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása**

2007. november

A védőnői rendszer működésének bemutatása, fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása

A tanulmány a Miniszterelnöki Hivatal „Oktatás és Gyermekesély Kerekasztal”
Program számára készült, a „*Koragyermekkor*i nevelés” témához.

Odor Andrea

okleveles védőnő (MSc)
országos vezető védőnő
osztályvezető

Országos Tisztifőorvosi Hivatal
Védőnői Szakfelügyeleti Osztály

2007. november

TARTALOMJEGYZÉK

I.	Bevezető.....	1
II.	A védőnői szerep ellentmondásos komplexuma - „Egy határszerep anatómiája”	3
III.	Védőnői képzettséget igénylő foglalkozások az egészségügyi rendszerben	5
	1. Védőnők az egészségügyi alapellátásban – a területi védőnők, az iskola- védőnők.....	5
	2. Védőnők az egészségügyi szakellátásban – kórházi védőnők.....	5
	3. Védőnők a Családvédelmi Szolgálatban- az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatban (az ÁNTSZ-ben).....	5
	4. Védőnők a szakmai felügyeletben – az ÁNTSZ-ben.....	5
	- Nyilvántartott, összes védőnői állás alakulása 1997-2006 között.....	6
	- Felsőfokú képesítéssel nem rendelkező védőnők számának alakulása.....	6
IV.	A védőnő alapfeladata, felelőssége és kötelezettsége a megelőző ellátásban.....	6
	1. A védőnő és az orvos közötti feladatmegosztás alapelvei	7
	2. A védőnő feladatai a primer, a szekunder és a tercier prevencióban.....	7
V.	A területi védőnői ellátás	8
	1. A területi védőnő feladata.....	8
	- Szervezett területi védőnői állással rendelkező önálló települések száma, aránya.....	9
	- Területi védőnői állások alakulása 1997-2006 között.....	10
	2. A területi védőnő ellátási területe – a körzet	10
	- A körzet szerinti védőnői ellátás fenntartásának jelentősége	11
	- A területi védőnők által ellátott települések számának alakulása.....	11
	- Helyettesítéssel ellátott területi védőnői körzetek.....	12
	3. A területi védőnő által ellátható gondozottak számának meghatározása....	14
	4. A területi védőnő által ellátandók köre (családok, gyermekek, óvoda, iskola).....	14
	- Az ellátott családok és gondozottak számának alakulása 1997-2006 között.....	14
	- A területi védőnő által nyilvántartott, jelentett gondozottak megoszlása.....	15
	- Egy betöltött területi védőnői állásra jutó családok, gondozottak alakulása	15
	- A várandós anyák gondozásba vétele.....	16
	- Az év folyamán születés és védőnői gondozásban nem részesült anyák száma.....	18
	- Újszülöttek gondozásba vétele	18
	- A területi védőnők által nyilvántartott, fokozott gondozottak számának alakulása	18
	- Egy betöltött területi védőnői állásra jutó fokozott gondozottak alakulása	21
	- Védőnői nyilvántartásban szereplő, ismeretlen helyen tartózkodó gondozottak számának alakulása	21
	- A védőnői nyilvántartásból való törlés esetei	22
	5. A területi védőnő által önállóan végzendő vizsgálatok, szűrővizsgálatok ...	22
	- A várandós anyák körében végzendő vizsgálatok és szűrővizsgálatok.....	22
	- A 0-6 éves korosztályban végzendő védőnői vizsgálatok, szűrővizsgálatok	22
	- Az 1, 3 és 5 évesek körében végzett szűrővizsgálatok teljesülése.....	22

6. A területi védőnői családlátogatások célja és rendje	23
- A területi védőnői családlátogatások alakulása	23
- Egy gondozottra jutó családlátogatások	25
- Egy betöltött területi védőnői állásra jutó látogatások havi átlagos számának alakulása	25
- Fokozott gondozottak családlátogatásának alakulása	25
- Egy fokozott gondozottra jutó családlátogatások számának alakulása	26
- Egy betöltött területi védőnői állásra jutó fokozott gondozottak látogatásainak havi átlagos számának alakulása	26
7. A területi védőnői tanácsadások, csoportos foglalkozások jelentősége, rendje.....	27
- A területi védőnői tanácsadás előzménye, helyzete.....	27
- A területi védőnői tanácsadók helyzete	27
- A területi védőnői tanácsadókra vonatkozó minimumfeltételek.....	28
- A területi védőnői tanácsadások jelentősége, rendje	28
- A területi védőnői tanácsadások forgalmának alakulása	29
- Egy gondozottra jutó védőnői tanácsadáson való megjelenés alakulása.....	30
- Területi védőnők által tartott csoportos foglalkozások	30
8. A területi védőnői munka módszere – a gondozási terv, a gondozás.....	31
- Teendő a védőnő és az orvos, gondozással kapcsolatos szakmai véleménykülönbsége esetén.....	31
9. A területi védőnő észlelési, jelzési, együttműködési kötelezettsége az egészségügyi rendszerben	32
- A szűrővizsgálatok során az 1, 3 és 5 éves korúaknál észlelt elváltozások.....	32
- A területi védőnők és az orvosok érdemi együttműködésének helyzete	34
10. A területi védőnő észlelési, jelzési és együttműködési kötelezettsége a gyermekvédelemben.....	37
- A területi védőnők által kezdeményezett intézkedések.....	38
- A területi védőnő által észlelt gyermekelhanyagolás és gyermekbántalmazás	38
- Eljárás csecsemőhalálozás, csecsemőgyilkosság előfordulása esetén.....	39
- A területi védőnő és a gyermekjóléti szolgálat kapcsolatának tapasztalatai.....	40
11. Rendkívüli területi védőnői feladatok ellátása.....	41
12. A területi védőnői ellátás helyszínei	41
13. A területi védőnői ellátás finanszírozása.....	41
14. A területi védőnő dokumentációs kötelezettsége	42
15. A területi védőnő jelentési, beszámolási kötelezettsége	43
VI. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása	43
1. Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének feltétele	43
2. A belső minőségügyi rendszer	44
3. A védőnői szolgálatok minősítésének helyzete	44
4. A külső minőségi rendszer	44
VII. Minőségi elvárások – standardok, iránymutatások a védőnői ellátásban ...	44
1. A Védőnői Ellátás Folyamatának standardjai.....	45
2. Módszertani levelek	46
3. A Védőnői Szakmai Kollégium állásfoglalásai.....	46
4. Védőnői szakmai protokollok és irányelvek	46
VIII. Egészségügyi szolgáltatás működési engedélyezése	47
1. A védőnői ellátásra (területi és iskolai) kiadott működési engedélyek helyzete	48

IX.	A védőnői szakterület szakmai irányításának helyzete	48
1.	Az ÁNTSZ vezető védőnők szerepe	48
2.	Az ÁNTSZ vezető védőnők helyzete	49
X.	Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyelete	51
1.	A védőnői tevékenység szakmai felügyelete – szervezete és feladatai	51
-	Az ÁNTSZ vezető védőnők feladatai	51
-	Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatások	54
-	Az ÁNTSZ vezető védőnők tevékenységének főbb mutatói	54
2.	A védőnői tevékenység szakmai felügyeltének módszere - a klinikai audit módszere	57
XI.	A védőnői ellátás eredményessége	58
1.	A gyermekek egészségi állapotát jelző indikátorok alakulása	58
2.	Elégedettség a védőnői ellátással	58
3.	A védőnői ellátással kapcsolatos panaszbejelentések	59
XII.	A fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása	59
1.	A területi védőnői ellátáshoz való hozzáférés biztosítása - jogszabályok betartatása, a személyi, tárgyi, közlekedési feltételek javítása	60
2.	A területi védőnő által ellátandó gondozottak létszámának felülvizsgálata – csökkentése	62
3.	Az alacsony létszámú, halmozottan hátrányos településeken a védőnői képzettségben rejlő lehetőségek „kiaknázása”, többcsatornás finanszírozással a szükségletnek megfelelő feladatok ellátásával	62
-	A területi védőnők bevonása a képességgondozásba	62
-	A gyermekjóléti tanácsadás biztosítása a területi védőnő közreműködésével	62
-	A területi védőnők részvételének növelése a népegészségügyi feladatok megvalósításában	63
4.	Megoldani az óvodai védőnői ellátás helyzetét	63
-	Az óvodai szűrővizsgálatok végzését a területi védőnői feladatkörbe integrálni	63
5.	Meghatározni a védőnői minimum ellátás körét helyettesítés esetére	64
6.	A megszerzett tudás szinten tartása, fejlesztése	64
7.	Egységes informatikai rendszer kialakítása - az ellátás minőségének fejlesztése, az ellátó rendszer szereplői közötti együttműködés megvalósítása	64
-	Korai állapotfelmérés egységes rendszerré szervezése, a mérés hatékonyságának fokozása	64
-	A magzat, a gyermek fejlődését veszélyeztető tényezők megállapítása – kódrendszer kidolgozása	65
8.	A területi védőnői feladatok önálló végzése, a körzet gyermekeinek, családjainak ellátása - szoros együttműködésben	65
-	Az ellátók közötti rendszeres kapcsolattartás kötelezettségének betartatása, kialakítása, javítása	65
-	Kistérségi/kerületi „Csecsemő- és gyermekhalálozási értekezlet” megszervezése, az érintettek részvételi kötelezettségével	65
-	Kistérségi/kerületi „Anya és gyermek egészségügyi értekezlet” megszervezése, az illetékesek részvételi kötelezettségével	66

9. A védőnői ellátás színvonalának javítása – módszerek fejlesztése, oktatása.....	66
- Pontos tájékoztatás a védőnői szolgáltatásról – képi megjelenítéssel is	66
- A gondozott személlyel közösen összeállított gondozási terv alkalmazása - szükségleten alapuló, célirányos védőnői gondozás megvalósítása.....	66
- Korszerű információs anyagok biztosítása – a családok objektív tájékoztatása.....	67
- A védőnői ellátásban alkalmazott módszerek kutatása, fejlesztése, gondozási szempontok meghatározása - Védőnői Módszertani Csoport létrehozása.....	67
XIII. Összefoglalás	67
Felhasznált irodalom, forrás	68
Mellékletek	70
1. sz. Összefoglaló az ÁNTSZ védőnői szakterület fogyasztóvédelemhez kapcsolható 1997-2006 között végzett fontosabb tevékenységéről és eredményeiről	71
2. sz. A védőnői szakfelügyelet általános szempontrendszer.....	78
3. sz. A szoptatás támogatása - szakmai felügyelet audit program táblázatos összefoglalása	81
4. sz. A várandós anyák védőnői tanácsadása - szakmai felügyelet audit program táblázatos összefoglalása	82
5. sz. Védőnői ellátást érintő minimumfeltételek felülvizsgálata, módosító javaslatok összefoglalása	83
6. sz. Védőnői szakfelügyelet javaslata a védőnői továbbképzésekkel kapcsolatban	90

„A szakszerűség alapjára helyezett,
a személyes érzelmeket és indulatokat a kapcsolatból kiszűrő,
a gondozottakat a maguk társadalmi beágyazottságában
ismerő és elfogadó szakmai attitűd olyan viszonyt eredményezhet,
amelyben a kliens – akár gazdag, akár szegény,
akár sok gyermekes cigány, akár különködő vegetariánus –
maga is képviselheti a saját meggyőződéseit,
esetleg a többségitől eltérő életformáját, szokásait
anélkül, hogy csorbulna emberi méltósága.’

(Neményi Mária: Egy határszerep anatómiája – védőnők a nemi, szakmai és
etnikai identitás metszéspontjában, 2001.)

I. Bevezető

Hazánkban az anya-gyermekevédelem hagyományai a XIX. század elejére nyúlnak vissza. Az I. világháború kitörésével, az amúgy is magas csecsemőhalálozási arányszám tovább romlott, csökkent a születések száma, számos járvány lépett fel. A babona, a tudatlanság, az egészségkultúra hiánya, az egyre rosszabbodó egészségügyi viszonyok ösztönözték a haladó gondolkodású politikusokat, orvosokat, hogy 1915-ben megalapítsák az Országos Stefánia Szövetséget, a hivatásos védőnői szervezetet. A szervezet célja az anya-csecsemő és gyermekevédelem volt. A védőnő szó dr. Tauffer Vilmostól a kor híres szülész professzorától származik.

1927-ben az Országos Közegészségügyi Intézet keretében jött létre a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Hálózat, mely a Stefánia Szövetséghez képest szélesebb körű tevékenységet folytatott. Az anya-csecsemővédelmen kívül az iskola-egészségüggyel, a nemi betegségek, a tuberkulózis elleni küzdelemmel, a szegények otthoni ápolásával és szociális gondozással is foglalkozott. Az egészségvédelmi munka végzése az egészségházakban folyt. Az egészségházban váró-és vetkőző helyiséget, a községekben zuhanyfürdőt, védőnői lakást biztosítottak. Az egészségházak nagysága a munka méreteinek megfelelően kerültek kialakításra. 1940-ben a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Hálózat és a Stefánia Szövetség egyesült. [1]

Az 1960-as évek végén a családpolitikai intézkedések, továbbá a tudomány fejlődése a védőnő személyének és tevékenységének a jelentőségét növelték és ez indokolta, hogy képzésük felsőfokon történjen (1975). A képzés célja az volt, hogy a védőnők megfelelő ismeretekkel és készségekkel rendelkezzenek a családközpontú, korszerű, védőnői gondozás elvének és gyakorlatának alkalmazásához.

Az egészségfejlesztés, az egészséges életmódhoz szükséges magatartás kialakítása, az egészséget károsító szokások befolyásolása, a hagyományos „kuratív/betegség/beteg orientált modelltől” eltérő szemléletet és módszereket igényel a védőnőktől, melyek alkalmazása nagyon időigényes. Az egészségügyi ellátórendszerben a védőnők a leginkább egészség-orientált szemléletűek.

A megelőzés multidiszciplináris és multiszektoriális együttműködést igényel. Mindenkinek és minden szakterületnek a feladata. A védőnői, az orvosi és más szakemberek tevékenysége egymást kiegészíti. A magyar lakosság egészségi állapotának, az ifjúság egészségmagatartásának kedvezőtlen tendenciája, a családon belüli erőszak, a gyermekbántalmazás növekvő eseteinek „napvilágra” kerülése is szükségessé tette a megelőző ellátás átgondolását, a feladatok megosztását, a módszerek fejlesztését is.

Az 1990-es évek első felében nagyfokú bizonytalanság alakult ki a védőnői ellátás jövőjét illetően. Több év telt el úgy, hogy a védőnői szolgálat szabályozására, operatív irányítására és felügyeletére vonatkozóan nem állt rendelkezésre jogszabály. Az egészségügyi alapellátás reformjával jelentős változás következett be a struktúrában. A védőnői ellátás biztosítása a települési önkormányzatok feladata lett. A szabad orvosválasztással megszűnt az ún. egy körzeti orvos és az 1-2 körzeti védőnőből álló egység. A házi gyermekorvos, a házi orvos által ellátandók köre, a praxist választók már nem teljesen azonosak a védőnők által

ellátandók körével, a körzetbe tartozókkal. Ez jelentős változást, anomáliákat, funkcionális zavarokat hozott az együttműködésben, a kapcsolattartásban azok között a területi védőnők és házi orvosok között, akik a „közös” ellátandók vonatkozásában már nem egy helyen (egy tanácsadóban) és vagy nem egy időben (közös tanácsadáson) vannak jelen az ellátás nyújtásakor.

A privatizáció, illetve az ún. funkcionális privatizáció során sok védőnői tanácsadó (egészségház) esett áldozatul. Sok tanácsadó a házi orvosok használatába került. Ez számos helyen nem tette lehetővé az önálló védőnői tanácsadás szervezését, vagy csak meghatározott időtartamban, ami korlátozta, hogy a lakosság többségének megfelelő időben kerüljön megtartásra.

2005-ben érett meg a helyzet a védőnői rendszer struktúrájának lényeges változtatására. Ezt a fentiekben leírtakon túl további tényezők is indokolták, mint az 1993 óta fennálló, egyenlőtlen, átláthatatlan, nem feladat arányos, „kialkudott” védőnői finanszírozási rendszer. Az egyenlőtlenséget jól tükrözi, hogy 2005 előtt például Pest megyében egy község védőnői szolgálata által ellátandók létszáma 461 fő volt, melyért havi 71,1 eFt finanszírozási díjat kapott, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében egy másik község védőnői szolgálata által ellátandók létszáma 348 fő, melyért havi 432,1 eFt finanszírozási díjazás illette. A körzeti védőnői szolgálatról szóló, akkori 5/1995. (II. 8.) NM rendeletben meghatározott ellátandók száma is nagyon magas volt, mely úgy került meghatározásra, hogy „lehetőleg ne haladja meg a 400 főt”. Voltak 800-900 főt ellátó körzetek is. A változást sürgette a gondozottak évtizedek óta tartó csökkenése, továbbá a gyermekvédelemben, a Népegészségügyi Program feladataiban való eredményesebb közreműködés is. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM új szakmai rendelet megjelenésével, illetve a védőnői ellátás finanszírozásának változásával jelentős átalakulás történt a területi és az iskola-védőnői rendszerben. A védőnői kassza 2,340 milliárdnyi növelésével, a korábbi fix díjazást felváltó, az ellátandó feladat nagyságával korreláló létszamarányos díjazás csökkentette az egyenlőtlenségeket. Az új finanszírozási rendszer a körzetek többségében kb. 70%-ban kedvezőbb helyzetet eredményezett, míg, 30%-ban nem képes megfelelően kezelni az aprófalvas, és/vagy az alacsony létszámú kistelepülések helyzetét. A védőnő teljes munkaidejű foglalkoztatásához gyakran 3-6 vagy annál több településről van annyi gondozott, hogy biztosított legyen a szükséges finanszírozási díj a települési önkormányzatok számára. Ilyen körülmények között még „tűzoltó” munka sem végezhető. Az idő jelentős része utazással telik. Gyakran olyan településeket érint, ahol a leginkább a hátrányos helyzetű családok élnek.

A 2005. évi jogszabályi környezet lehetővé tette, azt is, hogy az alapellátásban, egységesen szervezett, szükségletre jobban válaszolni tudó, hozzáférhető védőnői ellátás biztosítása kerüljön kialakításra. Ezt segítette az ellátható gondozottak létszámának a szabályozása, korlátozása, továbbá a képzettségnek jobban megfelelő önálló feladatok ellátásának lehetősége, valamint a körzeti és iskola-védőnői munka specializációja. Mindezek alapján jogosan lenne elvárható, hogy javuljon a védőnői ellátás hozzáférhetősége, színvonala és hosszabb távon az eredményessége is.

Az új struktúra kialakulása megkezdődött, de jelentős mértékben gátolja az „ellátási érdek” nem megfelelő értelmezése, továbbá a tradíciók, az ún. szokásjogok. Ezek megváltoztatása sok orvos érdekét, gyakran egyéni érdekét sérti, de a védőnők jelentős többsége is a régi rendszerben érzi magát még magabiztosabbnak. Sokan félnek a változástól, a felelősségvállalástól, továbbá attól, hogy a változás megrontja az együttműködést az orvossal. Közéjük jellemzően azok a védőnők tartoznak, akik kiegészítő képzésben végeztek el a felsőfokú képzést, vagy akik a 3 éves képzésben vettek részt.

Az új szervezeti rendszer kialakításához elengedhetetlenül fontos a védőnői ellátás megfelelő személyi, tárgyi feltételeinek biztosítása, erkölcsi megerősítése, anyagi megbecsülése is.

A várandós anyák, a családok, a gyermekek ellátásában új típusú együttműködési formákra van szükség, nemcsak gondozott személyekkel, a családokkal, az egészségügyi

szakemberekkel, hanem a szociális, az oktatási társszakmák szakembereivel, az illetékes civil szervezetekkel is.

A védőnői rendszer történelmi áttekintését, az élet-és munkakörülmények, a képzés, továbbképzés bemutatását felkérésnek és a feladatmegosztásnak megfelelően Csordás Ágnes a Magyar Védőnők Egyesületének elnöke foglalja össze, ezért ebben a tanulmányban ezek a területek csak érintőlegesen szerepelnek.

A „Koragyermekkorai nevelés” témájához a területi védőnői tevékenység kapcsolódik szorosan, ezért a tanulmányban ez kerül részletes bemutatásra.

II. A védőnői szerep ellentmondásos komplexuma - „Egy határszerep anatómiája”

Neményi Mária több kutatást folytatott védőnők közreműködésével, melyek ráirányították figyelmét magukra a védőnőkre, illetve a védőnői szerep betöltőinek sajátos határhelyzetére. Az „Egy határszerep anatómiája – védőnők a nemi, szakmai és etnikai identitás metszéspontjában” címmel 2001-ben megjelent tanulmányában közel száz mélyinterjú elemzésével kívánta megvilágítani a védőnői szerep bonyolult és ellentmondásos komplexumát. Bár a tanulmány nem mondható reprezentatívnak, mégis számos figyelemre méltó, a tapasztalatokat is alátámasztó megállapítás fogalmazódott meg.

A védőnői szakma olyan női foglalkozás, mely az empátiára, gondoskodásra, szolidaritásra, a teljes személyiség mások érdekében történő önfeláldozó átadására, a hagyományos családi tapasztalatok foglalkozási szintre történő átsugárzására épül, azaz elválaszthatatlanul megtalálható benne a magánélet és a közfeladat. A védőnői szerep sajátos peremszerep. Egészségügyi főiskolai végzettséghez kötött, úgynevezett értelmiségi szakma, ugyanakkor az egészségügyi hierarchián belül alacsony szinten helyezkedik el. A gondozottak számára a védőnő az egészségügyi intézményrendszert képviseli, ami az iskolázottságban, a társadalmi hierarchiában elfoglalt hely szerint alacsonyabb szinten lévő családok számára – a szakértői tekintély fölényével bírhat. A védőnők egyéni, női életútja és pályaválasztása, karrierútja e két szerepkör sajátos interferenciáját hordozza magában. Diplomát szereznek, de sajátos női diplomát, olyan pályát választanak, amelyben a saját családi tapasztalatok (párkapcsolat, családtervezés, gyermeknevelés, stb.) a foglalkozási szerep immanens részét képezi. E tényeknek a mindennapi tevékenység során mind a foglalkozási szervezeti hierarchiában, mind a családokkal való kapcsolattartásban megvan a maguk jelentősége. Kérdés, hogy az intézményesen szerzett tudás és a női tapasztalatokból származó tudás ötvözte milyen módon befolyásolja a védőnők gondozottaival folytatott munkáját, különös tekintettel a konkrét egészségügyi szolgáltatáson túli – életvezetésre, életmódra, családi munkamegosztásra és feladatokra vonatkozó – tanácsadásra. A védőnő etnikai hovatartozása révén is határszerepben van. Magyarországon csak elenyésző számban vannak roma védőnők, így elmondható, hogy a védőnői szakma a többségi magyar társadalom képviselőjében tevékenykedik, egyszerre közvetítve a korszerű egészségügyi ellátás szakmai normáit és egy speciális társadalmi csoport családra vonatkozó értékeit. Kérdés, hogy a társadalmi hierarchia legaljára szorult, ezen belül etnikai mássága miatt előítéllettel sújtott, diszkriminált társadalmi csoport, a magyarországi romák körében végzett védőnői munka hogyan birkózik meg azokkal a konfliktusokkal, amelyek adandó alkalommal a cigány közösségek többségétől eltérő hagyományaiból, életmódjából, családfelfogásából, értékrendszeréből fakadnak. [4]

Megjegyzés: Neményi Mária a „Cigány anyák az egészségügyben” címmel 1998-ban megjelent kutatásának tapasztalataként megállapítja, hogy a cigány családokkal a védőnők alakították a legközvetlenebb, legtoleránsabb kapcsolatot, a házi orvosok és a házi gyermekorvosok már kevésbé, a kórházakban dolgozó orvosok-szülésznők még kevésbé. [5]

A szakmai kompetencia alapján a tanulmányban 3 típusú védőnőt tudott elkülöníteni a kutató. Az önálló, a versengő és az alárendelődő típust. Az „önálló” típusba olyan védőnői személyiség volt sorolható, aki „helyén érzi magát” a szakmájában, magabiztosan áll a

munkakörében, önértékét tudatosan átéli, kompetensnek tekinti magát. A „versengő” típusba olyan védőnői személyiség volt sorolható, ahol a védőnő hiába érzi magát kompetensnek, felkészültnek, sőt a prevenció területén kifejezetten jobban képzettnek, szakmailag korszerűbb nézeteket képviselőnek, mint a vele azonos családokban tevékenykedő gyermekorvos, rendre tapasztalnia kell, hogy háttérbe szorítják. Az „alárendelődő” típusba olyan védőnői személyiség volt sorolható, aki szakmai tevékenysége során a felettesekhez, a kollégákhoz való alkalmazkodást helyezi előtérbe, békés hallgató. A szakmai munkája során átélt kompetencia-tudata tekintetében az interjúalanyok többsége, 52%-a „önálló”-nak, 33%-a „alárendelődő”-nek és 15%-a „versengő”-nek bizonyult.

Az „önálló” típus meggyőző főlénye a másik két kategóriához képest, a kutató véleménye szerint is megnyugtató képet mutat a védőnők felkészültségével kapcsolatban, amit egyébként a másik két kategória mögött rejlő személyiség típus sem kérdőjelez meg. Nem a szakma fontosságát, saját szakértelmükbe vetett hitüket vonták kétségbe azok, akik a mindennapi tevékenységük során vállalják a harcot, rivalizálnak a náluk magasabb pozícióban lévő, másfajta szakértelemmel rendelkező gyermekorvossal, szülésszel, a házi orvossal, és még azok sem akik kényszerűen beletörődnek, hogy küzdelmük kilátástalan; legfeljebb felismerik, hogy milyen korlátok között végezhetik feladatukat.

A karrierélmény fejezi ki azt, hogyan tekintenek az interjúalanyok ezekre, a korlátokra, vagyis, hogy a védőnői pályát az illető interjúalany saját képességeihez, kompetenciájához, szaktudásához képest hogyan minősíti, mennyire felel meg ez a foglalkozási szerep az önképének, azaz hogy személyisége szinkronban van-e a számára adott lehetőséggel. Ebben a változócsoporthoz is három típus került elkülönítésre a tanulmányban. Az „elégedett”, a „konfliktusos” és a „megrekedt”. Az „elégedett” típusba azok a védőnők kerültek, akik úgy látják, hogy a munkahelyi hierarchiában betöltött szerepük saját képességeiknek, tudásuknak megfelelően a lehetséges karrier csúcsát jelenti, vagy legalábbis hogy olyan úton járnak, amely további fejlődés lehetőségét rejt magában. A „konfliktusos” típus, hasonló kategória, mint az előzőekben szerepelt „versengő” típus, azzal a különbséggel, hogy az előbbi esetében a viták, a rivalizálás, az összeütközések inkább a védőnői munka tartalmi jegyeivel függnek össze, míg ebbe a kategóriába a munkahelyi hierarchiában elfoglalt helyre reflektálnak. A „megrekedt” típusba azok a védőnők kerültek, akik az interjúban nem rejtették véka alá, hogy karrier szempontjából elégedetlenek választásukkal. Ide kerültek azok, akik a védőnői munkát az egészségügyi hierarchia alacsony szintjére helyezik, a munka anyagi megbecsülését látják elkésztően alacsonynak, a védőnő munka zsák utca-jellegét emelték ki. A karrierélmény tekintetében az interjúalanyok többsége, 61%-a „elégedett”-nek, 21%-a „megrekedt”-nek és 18%-a „konfliktusos”-nak bizonyult.

Az eredmény arra enged következtetni, hogy az interjúalanyok erős többsége helyén érzi magát, éppen arra a szintre jutott, éppen olyan területen tudja szakértelmét, képességét, hivatástudatát kifejezésre juttatni, amelyet közel érez magához, és amely jól illeszthető életterveikhez. Nem elhanyagolható azonban a „megrekedt”, gyakorlatilag minden ötödik válaszolót magában foglaló aránya. A „konfliktusos” változócsoporthoz jelentheti azokat a védőnőket is, akik nem tekintik lezártak a karrierjüket, és a továbbiakban megpróbálnak majd esetleg pályát módosítani. [4]

A védőnőknek nap, mint nap meg kell birkózniuk egyéb identifikációs problémákkal is, hiszen a szemlélet, amire felkészítik preventív, a struktúra, amiben dolgozik kuratív, és egészségügyi, a családok jelentős részében a problémák oka szociális.

Ahhoz, hogy a védőnők ne álljanak felvértezetlenül a számukra ismeretlen helyzetek előtt, az esetmegbeszélésekre, az önismereti, konfliktuskezelési és érzékenyítő tréningeknek, sokkal nagyobb helyet kell kapniuk a képzésben, a továbbképzésben és szükséges lenne bevezetni a szupervízió kötelezettségét is.

III. Védőnői képzettséget igénylő foglalkozások az egészségügyi rendszerben

1. Védőnők az egészségügyi alapellátásban - területi védőnők, iskola-védőnők

A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a védőnői ellátásról. Ide tartozik a területi védőnői ellátás (korábban körzeti védőnői szolgálat), mely magában foglalja az óvodai ellátást is, valamint az iskola-egészségügyi ellátást. E két ellátási forma biztosító vállalkozási formában is. Ez azonban nem jellemző, mert 2004-ben 66 fő, 2005-ben, 72 fő, 2006-ban 102 fő nyújtott védőnői ellátást vállalkozás formájában.

A **területi védőnők** a legfontosabb életszakaszoknál – a gyermekvárásnál, az újszülött fogadásánál, a családi élet kialakításánál, a gyermekek óvodába, iskolába menetelénél vannak jelen a család életében. (Tevékenységük részletes bemutatása, az V. fejezetben található.)

Az **iskola-védőnői tevékenységet ellátók** a 6-18 évesek, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők megelőző iskola-egészségügyi ellátásában vesznek részt. Közreműködnek az előírt orvosi vizsgálatok, szűrővizsgálatok, védőoltások szervezésében, elvégzik az általuk végezhető szűrővizsgálatokat, részt vesznek az iskolai helyiségek, és környezet, az étkeztetés higiénés ellenőrzésében. Fontos feladatuk a fokozott gondozást igénylők nyilvántartása, támogatása, állapotuk nyomon követése, továbbá az egészségnevelés, a pályaválasztás segítése, szükség esetén az elsősegélynyújtás. Feladatuk ellátásában szorosan együttműködnek az iskolát ellátó orvossal, a pedagógusokkal, a szülőkkel, a gyermekekkel és más illetékes szakemberekkel, civil szervezetekkel.

2006-ban az iskola-védőnői feladatokat főállásban ellátó védőnői állások száma 957 fő volt, melyből a betöltött 918 fő (95,9%). [3, 6, 7]

2. Védőnők az egészségügyi szakellátásban – kórházi védőnők

A kórházi védőnők a kórházakban a várandós-és gyermekágyas anyák ellátásában, az egészségnevelésben, a szoptatás segítségével, az anya-és újszülöttjének hazabocsátásának előkészítésében vesznek leginkább részt. Szükség esetén felveszik és tartják a kapcsolatot a lakóhely szerint illetékes területi védőnővel. Tevékenységükről, adatszolgáltatási kötelezettségükről jogszabály nincs. Ennek kidolgozása fontos jövőbeni feladat. Korábban minden szülészeti intézményben volt kórházi védőnő. Az ÁNTSZ vezető védőnők jelentése alapján, 1998-ban 86 kórházban, 97 kórházi védőnő dolgozott. Kórházi alkalmazásban 69 fő (71%) volt, míg 22 fő önkormányzati, 6 fő pedig ÁNTSZ alkalmazásában volt és részfeladatként látta el ezt a tevékenységet.

Jelenleg a hatályos jogszabály a „rooming-in típusú neonatológiai osztályokon írja elő védőnő biztosítását. [8]

2005-ben végzett felmérés alapján 96 szülészeti intézményből 75-ben dolgozott 79 fő kórházi védőnő. 4 intézményben 2-2- főt alkalmaztak. 21 intézmény nem rendelkezett kórházi védőnővel.

3. Védőnők a Családvédelmi Szolgálatban - az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatban (az ÁNTSZ-ben)

A magzati élet védelmében kezdte meg működését 1993-ban a Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ), az ÁNTSZ szervezetében, a városok többségében, védőnői képesítéssel rendelkező szakemberek közreműködésével. Feladatuk az oktatási intézményen kívüli családtervezési ismeretek terjesztése, a válsághelyzetű várandós anyák segítése, támogatása, illetve a terhesség-megszakítás előtti és utáni tanácsadás biztosítása. [9, 10]

A CSVSZ-ben 2006-ban a szervezett állások száma 113 fő volt, a betöltött 108 fő (95,6%).

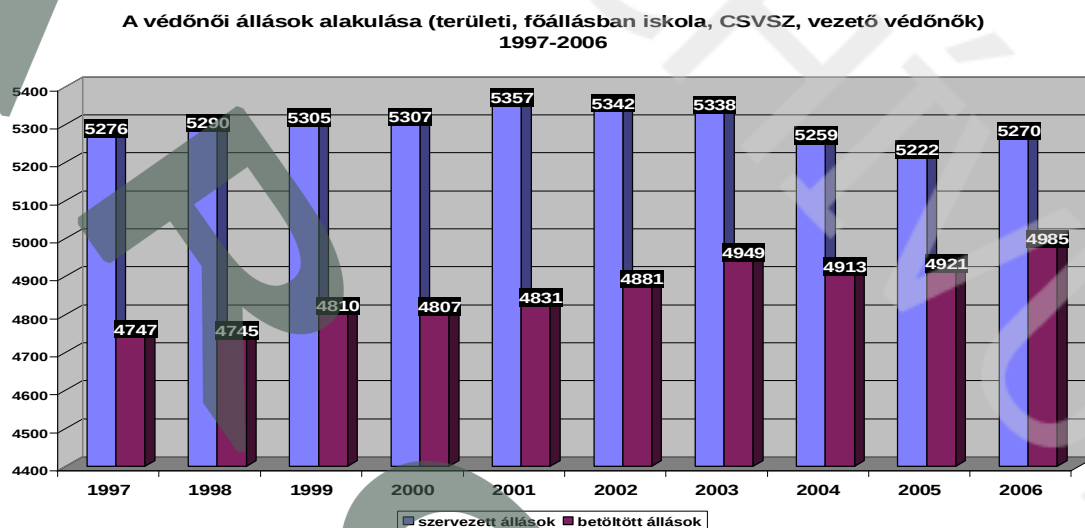
4. Védőnők a szakmai felügyeletben – az ÁNTSZ-ben

Az ÁNTSZ-ben dolgozó vezető védőnők végzik a védőnői munka szakmai felügyeletét. Feladatuk közreműködni a védőnői ellátás hatékony, az egészségtudomány mindenkorinak színvonalának megfelelő működésében, az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülésének elősegítésében, a szakmai irányelvek, minőségi követelmények közvetítésében, és mindezek együttes megvalósításának ellenőrzésében és folyamatos

nyomon követésében. [11] (Tevékenységük részletes bemutatása, a IX-X. fejezetben található.)

Nyilvántartott, összes védőnői állás alakulása 1997-2006 között

Az 1. sz. ábrán látható a nyilvántartott, összes szervezett és betöltött védőnői állások (területi, teljes munkaidejű iskolai, CSVSZ, ÁNTSZ vezető védőnői) alakulása 1997-2006 között. 2006-ban a szervezett összes állás 5270 volt, a betöltött 4985 (94,5%) (Forrás: KSH, OSZMK¹).



1. sz. ábra

Felsőfokú képesítéssel nem rendelkező védőnők számának alakulása

Védőnői állás felsőfokú képesítés nélkül 1988-tól nem tölthető be, kivétel képeztek a „védett korban” levő kolléganők, valamint, ahol az ellátási érdekre való tekintettel nem lehetett másképp megoldani. Az ÁNTSZ vezető védőnők felmérése szerint 1997-ben védőnői munkát végzők közül összesen 300 fő volt a főiskolát nem végzettek száma. Ebből 137 fő (45,5%) rendelkezett - a korára való tekintettel - felmentéssel 18/1992 NM rendelet 2.§ (4) bekezdésére hivatkozva. A főiskolai képesítéssel nem rendelkezők közül 267 fő (89%) volt, aki körzetet látott el. 2007-ben a főiskolai képesítéssel nem rendelkező védőnők száma összesen 36 fő, közülük 33 lát el körzetet. Többségük nyugdíjas korú és azokon a településeken dolgoznak, ahol nem sikerült betölteni főiskolai képesítésével az állást. (Forrás: OTH)

IV. A védőnő alapfeladata, felelőssége és kötelezettsége a megelőző ellátásban

Az egészségfejlesztési stratégia kulcsfontosságú szerepet szán a védőnőknek, akik kifejezetten preventív tevékenységre, egészségfejlesztésre képzett szakemberek. Az egészségfejlesztés (health promotion) egészséghez kötődik, az egészséget támogató rendszerek fejlesztésére irányul, cselekvően hat, a helyi közösség hatékony aktivizálására törekszik. A védőnő eszköztára a tudása és személyisége. Ma már az egészségnevelés nem arról szól, hogy mi a jó, mi a helytelen – természetesen fontos a tájékoztatás, a felvilágosítás is - de sokkal fontosabb képessé tenni, támogatni az embereket, hogy az egészségesebb utat válasszák. Ehhez szükséges a megfelelő tájékoztatás, a lehetőség biztosítása az egészségesebb életvitel megvalósítására (gazdaságilag, gyakorlatilag), ismertetni és biztosítani a gondozott személy jogait, fejleszteni ismereteit, képességét, megküzdő képességét, segíteni az értékek tisztázását, a kritikus gondolkodás kialakítását, saját érték- és meggyőződés rendszer felépítését. A magasabb színvonalú prevenció (primer, szekunder, terciár) végzéséhez, az ellátás hiányosságainak csökkentéséhez egyre sürgetőbbé vált a védőnői és az orvosi feladatok megosztása a megelőző ellátás vonatkozásában. Közel 4 éves konszenzusteremtő

¹ A területi védőnői adatok forrása 2005-ig a KSH-ból, 2006-tól az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központból származnak. A 2006. évi területi védőnői adatok még előzetes adatok.

folyamat után került összeállításra „A védőnő preventív alapeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban” című kiadvány, melyet az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (továbbiakban: OTH) adott ki 2004-ben, és jutott el minden védőnőnek és a társszakmák vezetőinek, szakfelügyelő főorvosoknak.



A kiadvány célja az volt, hogy a megelőző ellátáson belül - a hatályos jogszabályok figyelembevételével - meghatározásra kerüljenek a védőnői alapeladatok, továbbá, hogy rámutasson arra, hogy hol kell a védőnői ellátásnak - a képzettségnek megfelelően - fokozott hangsúlyt kapnia, hogy eredményesebben közreműködjön a lakosság egészségi állapotának javításában.

Az összeállítás három Szakmai Kollégium -a Szülészeti Nőgyógyászati, a Csecsemő-és Gyermekgyógyászati, a Védőnői Szakmai Kollégium- támogatásával, ajánlásával került kiadásra. A védőnői és orvosi feladatmegosztás és a felelősség vállalás a primer, szekunder, tercier prevenció filozófia alapján került meghatározásra.

1. A védőnő és az orvos közötti feladatmegosztás alapelvei

- a) A prevenciót végző személy törekedjen az esélyegyenlőségen, a szükségleten (kor, élethelyzet, kulturális háttér, egészségi állapot, stb.) alapuló, preventív ellátás megvalósítására;
- b) A prevenció minden szintje – a primer, a szekunder és a tercier-az ellátásban és az egészségnevelő tevékenységben egyaránt megfelelő hangsúlyt kapjon;
- c) Az alapeladat és felelősség egyértelműen kerüljön meghatározásra;
- d) Minden szakember a tudomány állásának, képzettségének és gyakorlatának megfelelően működjön közre a megelőzésben, maximálisan kihasználva a képzettségben rejlő lehetőségeket;
- e) Megvalósuljon a prevenció minden szintjén a szakemberek közötti kölcsönös kommunikáció, érdemi partneri együttműködés.

2. A védőnő feladatai a primer, a szekunder és a tercier prevencióban

A primer prevenció a védőnő önállóan végzendő alapeladata és felelőssége. Ide tartozó területek többek között az egészséges táplálkozás, a mindennapos testmozgás, a személyi higiéné, a lelki egyensúly megteremtése, az egészséges és biztonságos környezet kialakítása, a járványügyi és élelmiszerbiztonság megvalósítása, a harmonikus párkapcsolat és családi élet kialakítása, fenntartása, a családtervezési módszerek alkalmazása, az egyén megküzdő képességeinek fejlesztése (stressz-, probléma és konfliktuskezelés). A primer prevención belül a „primer egészségnevelés” is a védőnő önállóan végzendő alapeladata. Az eredményességéhez, elengedhetetlen, hogy a védőnő és az orvos a preventív ellátást azonos szakmai elvek alapján és gyakorlat szerint végezze. Szükséges, hogy az orvos ajánlja, támogassa a védőnői ellátás igénybevételét, segítse a gondozott személy és család együttműködésének megnyerését az egészségesebb életvezetésben.

A szekunder és tercier prevencióban a védőnő részben lát el önállóan feladatokat

A szekunder prevenció során a védőnő az anamnézis megismerésével, megfigyeléssel, észleléssel, nyomon követéssel, vizsgálatok, szűrővizsgálatok végzésével közreműködik a rizikótényezők, az elváltozások, betegségek korai felismerésében. Jelző rendszerként működve a megfelelő szakembernek jelez, illetve hozzá irányítja a gondozott személyt (szülőt). Az ellátást végző orvos útmutatásainak megfelelően segíti, támogatja gyógykezelés eredményességét.

A tercier prevenció során a védőnő a tartós megbetegedésben szenvedők életminőségének javítása, idő előtti halálozás megelőzése érdekében segíti a kialakult állapot és helyzet szükségszerű elfogadását. Támogatást nyújt a családi élet egyensúlyának megtartásában, szükség esetén újra alakításában, illetve a társadalmi integrációban. Közreműködik az egyén (család, stb.) meggyőzésében a gyógykezelés, az illetékes szakember útmutatásainak

betartatása, az együttműködésben való aktív részvétel érdekében. Alapvető otthon-ápolási ismereteket nyújt és megtanítja alkalmazásuk módját. Az ellátást végző orvos útmutatásainak megfelelően segíti, támogatja gyógykezelés eredményességét.

A szekunder és a terciér egészségnevelés már elsősorban orvosi feladat. Az előbbi a megbetegedett ember egészségi állapotának visszanyerésére összpontosít, a még visszafordítható folyamatban. Az utóbbi célja az egészségi állapot javítása, az állapot romlás megelőzése, a szükségtelen nehézségek, korlátozások és komplikációk elkerülésére irányul. Megegyezés, kölcsönös együttműködés esetén a védőnő is - kompetencia körén belül - jelentős segítséget nyújthat, különösen a tájékoztatásban. [12]

V. A területi védőnői ellátás

A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet alapján területi védőnői ellátást az egészségügyi főiskolai karon védőnői oklevelet szerzett vagy azzal egyenértékűnek elismert oklevéllel rendelkező védőnő nyújthat. Védőnőt csak védőnő helyettesíthet.

1. A területi védőnő feladata:

- a) a **nővédelem**, ezen belül
 - aa) a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadás,
 - ab) az anyaságra való felkészülés segítése,
 - ac) a lakossági célzott szűrővizsgálatok szervezésében részvétel;
- b) a **várandós anyák** gondozása a 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet alapján az alábbiak szerint:
 - ba) vezeti az állapotos nők nyilvántartását, összegyűjti és megőrzi a vizsgálati eredményeket, illetve azokat rávezeti a terhesgondozási törzslapra, kiállítja és kiadja a várandós gondozási könyvet, a leleteket és saját megállapításait rögzíti a terhesgondozási könyv megfelelő rovataiban,
 - bb) a nyilvántartásba vett személyeket otthonukban, illetőleg a tanácsadóban folyamatos gondozásban részesíti,
 - bc) közreműködik a terhes nő egészségi állapotát ellenőrző alapvető vizsgálatok elvégzésében,
 - bd) konzultál a várandósgondozásban részt vevő szülész-nőgyógyász szakorvossal és a háziorvossal,
 - be) figyelemmel kíséri az állapotos nő szociális, családi és munkahelyi körülményeit, egészségi és pszichés állapotát, szükség esetén - az állapotos nő beleegyezésével - kezdeményezi ezek megváltoztatását a munkaadónál vagy az érdekképviselői szerveknél,
 - bf) tájékoztatja az állapotos nőt a rá vonatkozó jogosultságokról,
 - bg) megszervezi a szülésre felkészítést, lehetőleg a férj (élettárs) bevonásával, kiemelt figyelmet fordít a szoptatás szorgalmazására, felvilágosító foglalkozásokat szervez, szorgalmazza az együttszülés lehetőségének megteremtését, a szülészeti intézmény felkeresését még a szülést megelőzően;
- c) a **gyermekágyas** időszakban segítségnyújtás és tanácsadás az egészségi állapottal, az életmóddal, szoptatással, valamint a családtervezéssel kapcsolatban;
- d) a **0-6 éves korú gyermekek gondozása**, ennek során
 - da) a családlátogatás, védőnői tanácsadás keretében folyamatos, célzott és szükséglet szerinti gondozás végzése, továbbá a harmonikus szülő-gyermek kapcsolat kialakulásának, a gyermek nevelésének és a szocializációjának segítése, valamint a gyermek fejlődéséhez igazodóan az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek nyújtása,
 - db) az újszülöttek, a koraszülöttek, a kis súllyal születettek, valamint az egészségi és környezeti ok miatt veszélyeztetett csecsemők és gyermekek pszichoszomatikus fejlődésének fokozott figyelemmel kísérése és segítése,
 - dc) a szoptatás és az anyatejes táplálás fokozott figyelemmel kísérése, az anyatejjel való táplálás szorgalmazása különösen az első 6 hónapban, az anya tanítása a szoptatás helyes technikájára, a tejelválasztás fokozásának és fenntartásának módjaira,
 - dd) szűrővizsgálatok elvégzése a módszertani ajánlások alapján,
 - de) a gyermek fejlődését veszélyeztető tényező észlelése,
 - df) a család felkészítése a beteg csecsemő és gyermek, otthoni ápolására,

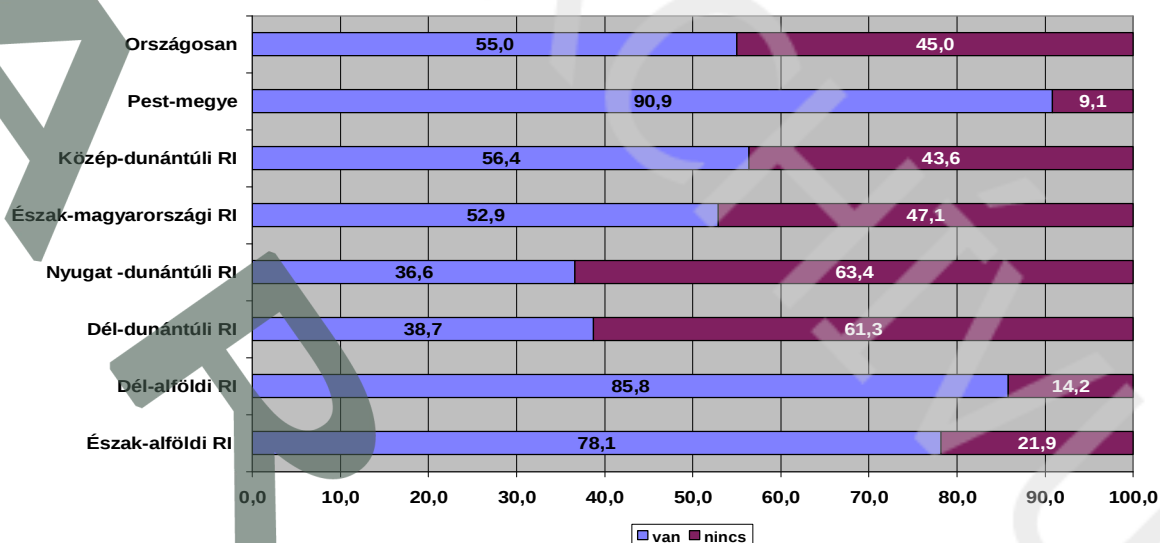
- dg) az egészségi ok miatt fokozott gondozást igénylő, a krónikus beteg, a fogyatékkal élő, valamint a magatartási zavarokkal küzdő gyermek és családja életviteléhez segítségnyújtás és tanácsadás együttműködve a háziorvossal és szükség esetén más illetékes szakemberekkel,
- dh) a családok tájékoztatása az életkorhoz kötött védőoltások fontosságáról, a védőoltások szervezése, nyilvántartása, jelentése a külön jogszabályban, módszertani levélben foglaltak szerint;
- e) az **óvodában a védőnői feladatok végzése**, az oktatási intézményben a tanulók ellátása a külön jogszabályban foglaltak szerint;
- f) az **oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermek** gondozása;
- g) **családgondozás** keretében,
 - ga) a gondozott családban előforduló egészségi, mentális és környezeti veszélyeztetettség megelőzése, felismerése érdekében segítségnyújtás a helyes életvitelhez, a harmonikus, szerető családi környezet kialakításához,
 - gb) soron kívüli családlátogatás végzése az iskolavédőnő írásbeli jelzése alapján,
 - gc) a gyermekjóléti szolgálat és a háziorvos értesítése, illetve hatósági eljárás kezdeményezése a gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása, a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása vagy egyéb súlyos veszélyeztető ok fennállása esetén,
 - gd) figyelemfelhívás a népegészségügyi szűrővizsgálaton történő megjelenés fontosságára, továbbá tájékoztatás az önkéntesen igénybe vehető ajánlott szűrővizsgálatokról,
 - ge) tájékoztatás az állami, civil karitatív családtámogatási formákról és lehetőségekről;
- h) az **egyéni és közösségi egészségfejlesztési**, egészségvédelmi programok tervezésében, szervezésében és megvalósításában részvétel. [3, 13]

A védőnő feladatait - a felsőfokú képesítésnek megfelelően - önállóan végzi, melynek során kapcsolatot tart és együttműködik a családdal, a gyermeket ellátókkal. A jól képzett védőnők többsége képes a megszerzett ismereteket a kompetencián belül önállóan alkalmazni és vállalni a tevékenységükért a felelősséget. Azonban minden szakmának vannak jó és kevésbé jó szakemberei. Köztük is vannak olyan védőnők, akik nem szívesen vállalják az önállóságot és felelősséget. Őket önismereti, személyiségfejlesztő, és szakmai jellegű továbbképzéssel, szupervízió biztosításával lehetne támogatni, hogy képesek legyenek a változásokhoz alkalmazkodni, a szükségleteknek és elvárásoknak megfelelni. A védőnői szakma fejlődését azonban nem hátráltathatják. Szemléletváltozás szükséges abban is, hogy a védőnőnek a család, a gondozott szükségleteinek és elvárásainak kell megfelelnie és nem az orvosénak.

Szervezett területi védőnői állással rendelkező önálló települések száma, aránya

Az ÁNTSZ illetékességi területéhez tartozó összes önálló települések (városok) száma Budapest kivételével 2006-ban 3144 volt. [14] Közülük legalább egy szervezett védőnői állással rendelkezők száma 1730 (55%) volt. Elmondható, hogy ezeken a településeken, még helyben van szervezett védőnői állás, de ez arra nem ad információt, hogy betöltött-e. A 2. számú ábra mutatja az ÁNTSZ Regionális Intézetei (RI) területén a helyzetet. A Dél-dunántúli és Nyugat-dunántúli Régióban a legkedvezőtlenebb, ahol sok az aprótelepülések száma. (Forrás: OSZMK).

Az önálló települések (városok) közül legalább egy szervezett védőnői állással rendelkezők aránya
(%) Budapest kivételével
2006

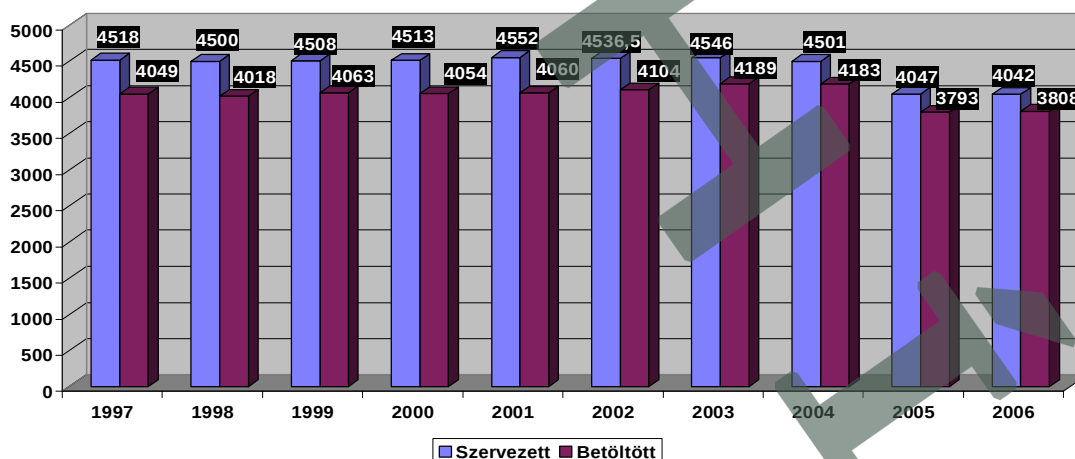


2. sz. ábra

Területi védőnői állások alakulása 1997-2006 között

Az 3. sz. ábra a területi (korábban: körzeti védőnői) állások alakulását mutatja be, melyen jól látható a 2005-ben bekövetkezett szervezeti átalakulás. A csökkenő területi védőnői létszám háttérében jellemzően a demográfiai helyzet - az ellátandók számának folyamatos csökkenése - az évek, évtizedek óta betöltetlen állások megszüntetése, az iskola-védőnői állások fejlesztése áll. A főállású iskola védőnők létszáma 2004-hez képest megduplázódott. A szervezett területi védőnői állások száma 2006-ban 4042 volt, a betöltött 3808 (94,2%), a betöltetlen 234. (Forrás: KSH, OSZMK)

Területi védőnői állások alakulása
1997-2006



3. sz. ábra

2. A területi védőnő ellátási területe – a körzet

A védőnő ellátási területe a védőnői körzet. A települési önkormányzat képviselő-testülete állapítja meg és alakítja ki az egészségügyi alapellátások körzeteit, illetve több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét. A védőnői körzet kialakításánál figyelembe kell venni a település szerkezetét, a lakosság összetételét, egészségi állapotát, szociális helyzetét és az ellátandó gondozottak számát, az ellátandó oktatási intézmények számát és típusát is, valamint mindezekre vonatkozóan a szakmai felügyelet véleményét. [3, 6] Ez lehetőséget ad az esélyegyenlőség, a teljes körű védőnői ellátás biztosításának növelésére, de a finanszírozás, illetve az ún. "ellátási érdekre" való állandó hivatkozás nehezíti a működések engedélyezésénél a megvalósítást. Ebben az egészségügyi hatóságnak, az ÁNTSZ-nek is nagy

a felelőssége, mert „engedékenysége” nagymértékben gátolja a megfelelő védőnői ellátáshoz szükséges feltételek teljesülését. A védőnői körzetek száma 2006-ban 4031 volt.

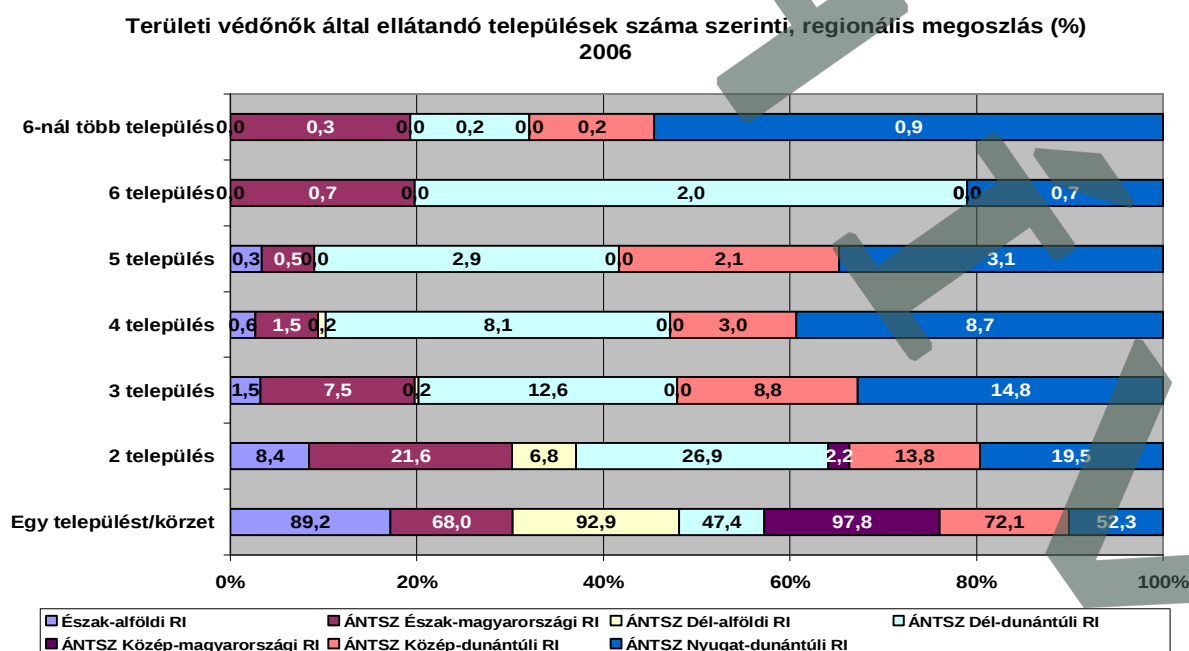
A körzet szerinti védőnői ellátás fenntartásának jelentősége

A védőnő szabad választására való lakossági igény ismert. Számtalan megbeszélésben mérlegeltük szakmán belül a védőnő szabad választását és arra a következtetésre jutottunk, hogy beláthatatlan következményei lennének, ha ez teret kapna. Az a feltételezésünk, hogy azok az orvos-védőnő tanácsadások, ahol nem a területileg illetékes védőnő vesz részt, növeli a választásra való igényt. Tudomásunk van olyan esetekről, ahol az anya nem kívánta igénybe venni a területileg illetékes védőnői ellátást, arra hivatkozva, hogy a választott házi gyermekorvos orvos tanácsadásán megkapja a védőnői tanácsadást (akinek nincs ismerete a családi, lakókörnyezeti körülményekről). Arról is kaptunk jelzést, hogy lebeszélést az anyát, hogy a területileg illetékes védőnő tanácsadását igénybe vegye.

A védőnő alapfeladata, kötelezettsége a körzetben élő családok védőnői ellátása, gondozása. Az oltóköri, az adatszolgáltatás, a finanszírozás, alapja is a körzet. Fontos, hogy nyomon követhető legyen és „ne vesszen el” egy gyermek sem”. Az együttműködést, a kapcsolattartást a gyors reagálást rendkívüli módon megnehezítené (lehetetlenné tenné), ha a szabad védőnőválasztással gyermekvédelmi szempontból több gyermekjóléti szolgálattal, járványügyi szempontból több ÁNTSZ-szel kellene kapcsolatban lennie. Ezért a szakma jelenlegi álláspontja, hogy a körzet szerinti gondozás fenntartása fontos.

A területi védőnők által ellátott települések számának alakulása

A védőnői ellátás minősége nagymértékben függ attól, hogy a területi védőnőnek mennyi települést, illetve mennyi fokozott gondozást igénylő családot, gyermeket kell ellátnia. 2006-ban az egy települést (körzetet) ellátók száma 3143 volt (78%), a két települést ellátók száma 509 (12,6%), a három települést ellátók száma 214 (5,3%), a négy települést ellátók száma 101, az öt települést ellátók száma 40, a hat települést ellátók száma 16 és a hatnál több települést ellátók száma 8 volt. A három vagy annál több település ellátása esetén, ha a gyors közlekedési lehetőség, pl. gépkocsi használata nem biztosított (és jellemzően nem biztosított), akkor a teljes körű védőnői ellátás nem biztosítható. Így az esélyegyenlőség sérül, a hozzáférés jelentősen csökken. Az idő jelentős része az utazással telik és sokkal kevesebb jut érdemi ellátásra. Az elmúlt évben három vagy annál több települést ellátók száma 379 volt. A 4. sz. ábrán látható a területi védőnők által ellátandó települések számának regionális megoszlása.



4. sz. ábra

A legrosszabb a helyzet a hat, illetve a hatnál több települést ellátóknál, mert ezekben a heti legalább egyszeri ellátás is megkérdőjelezhető.

A hatnál több települést ellátó körzetek száma 2006-ban 8 volt, és ezek az alábbiak:

- A nyugat-dunántúli régióban 4 védőnő:
 - = Csesztreg (67 család, 86 gondozott),
 - = Rédics (76 család, 82 gondozott),
 - = Zalabaksa (67 család, 69 gondozott),
 - = Mórchida (116 család, 161 gondozott).
- Az észak-magyarországi régióban 2 védőnő:
 - = Baktakék (145 család, 327 gondozott),
 - = Krasznokvajda (57 család, 93 gondozott).
- A dél-dunántúli régióban 1 védőnő: Almamellék (58 család, 78 gondozott).
- A közép-dunántúli régióban 1 védőnő: Zánka (108 család, 179 gondozott).

A hat települést ellátók száma pedig 16 volt és ezek az alábbiak:

- A dél-dunántúli régióban 9 védőnő:
 - = Baksa (120 család, 151 gondozott),
 - = Sásd (94 család, 134 gondozott),
 - = Bükkösd (126 család, 170 gondozott),
 - = Dencsháza (61 család, 96 gondozott),
 - = Hetvehely (38 család, 77 gondozott),
 - = Nemeske (64 család, 73 gondozott),
 - = Somogyapáti (121 család, 144 gondozott),
 - = Szentlászló (72 család, 103 gondozott),
 - = Szentbalázs (132 család, 95 gondozott).
- Az észak-magyarországi régióban: 4 védőnő:
 - = Nagybárcány (178 család, 328 gondozott),
 - = Alsótold (17 család, 27 gondozott),
 - = Perkupa (43 család, 95 gondozott),
 - = Felsővadász (108 család, 197 gondozott).
- A nyugat-dunántúli régióban: 3 védőnő:
 - = Salomvát (90 család, 107 gondozott),
 - = Szentgyörgyvölgy (33 család, 43 gondozott),
 - = Órimagyarósd (52 család, 83 gondozott).

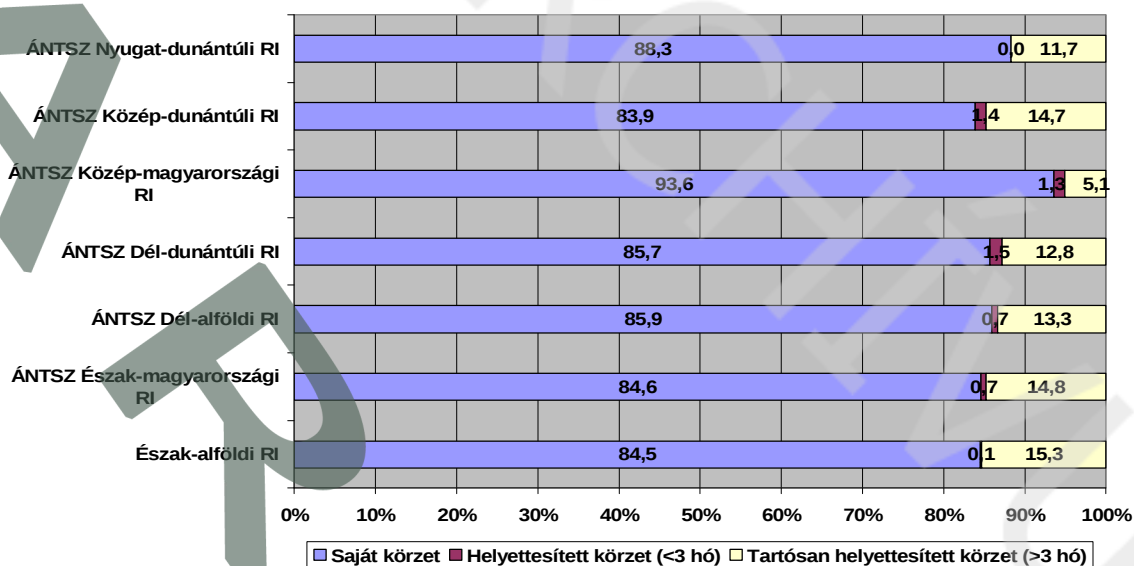
(Forrás: OTH).

Helyettesítéssel ellátott területi védőnői körzetek

A védőnői ellátást nem jellemzi a differenciált ellátás, ami azt jelenti, hogy igyekszik ugyanazt nyújtani a helyettesített körzetben is, mint a „saját” (nem helyettesített) körzetében. Ez azt eredményezi, hogy a „saját” és a helyettesített körzetben egyaránt „tűzoltó” munka (vagy még az sem) folyik. Az 5. sz. ábrán látható a „saját” és a helyettesítésben ellátott körzetek regionális szintű alakulása. 2006. december 31-i állapotnak megfelelően a helyettesített körzetek száma 516 (12,8%) volt.

A tartósan (három hónapnál hosszabb ideig) helyettesített védőnői körzetek száma 480 (11,9%). A 3 évnél régebben betöltetlen állások száma 10% körüli.

Területi védőnői ellátásban a helyettesített körzetek aránya (%)
2006. december 31-i állapot



5. sz. ábra

A 6. sz. ábra a tartós helyettesítésben ellátott körzetek regionális szintű megoszlását mutatja.

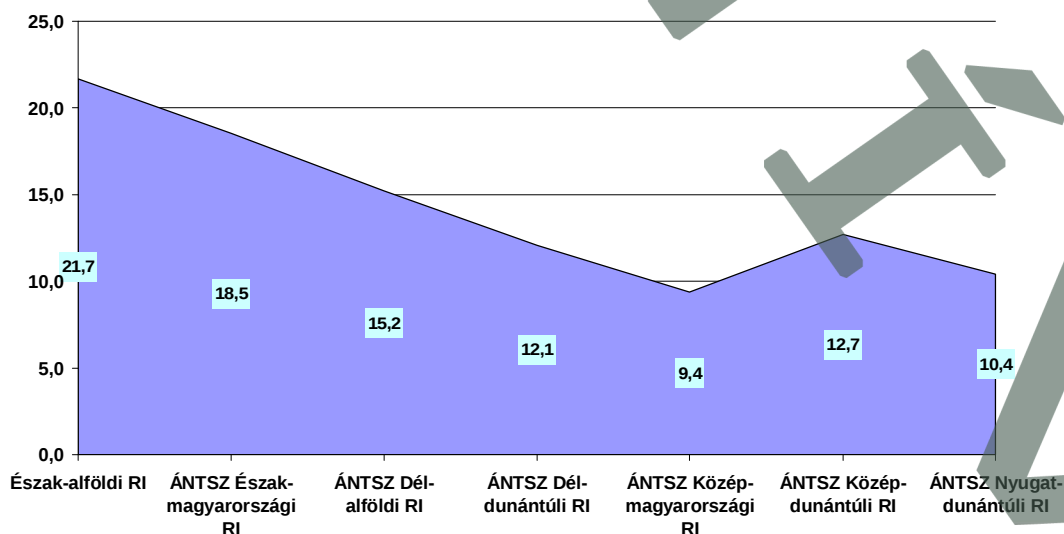
A zárójelben szereplő számok a helyettesített körzetek számát mutatják.

Tartós helyettesítést tekintve a legrosszabb a helyzet Hajdú-Bihar megyében (43 körzet), különösen az ÁNTSZ Hajdúszoboszló térségében (22 körzet), továbbá az alábbi megyékben:

- Jász-Nagykun –Szolnok megyében (32 körzet), különösen az ÁNTSZ Karcag térségében (12 körzet);
- Heves megyében (30 körzet), különösen az ÁNTSZ Eger térségében (12 körzet);
- Nógrád megyében (23 körzet), különösen az ÁNTSZ Salgótarjáni térségében (13 körzet);
- Borsod-Abaúj-Zemplén megyében (36 körzet), különösen az ÁNTSZ Edelény térségében (13 körzet) és Szerencs térségében (12 körzet);
- Veszprém megyében (26 körzet), különösen az ÁNTSZ Balatonalmádi térségében (13 körzet);
- Bács-Kiskun megyében (40 körzet), különösen az ÁNTSZ Baja térségében (12 körzet).

(Forrás: OTH)

A területi védőnői ellátásban a tartósan helyettesített körzetek (>3 hó) regionális megoszlása (%)
2006-ban



5. sz. ábra

3. A területi védőnő által ellátható gondozottak számának meghatározása

Egy védőnői körzetben a védőnő által ellátható várandós anyák, a 0-6 éves korú gondozottak és az oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermekek száma összesen 250 fő (ellátási érdek: 312,5 fő), illetve maximálisan 1000 pontnak megfelelő feladat látható el.

Védőnői körzetben ellátott feladatok pontértéke az alábbi:

- várandós anya gondozása	3 pont/fő
- 0-6 éves korú gyermek gondozása	3 pont/fő
- oktatási intézménybe nem járó otthon gondozott tanköteles korú gyermekek gondozása	3 pont/fő
- oktatási intézményben tanuló ellátása	1 pont/fő
- gyógypedagógiai oktatási intézményben a tanulók ellátása	2 pont/fő
- védőnői körzetenként az egészségfejlesztési és népegészségügyi feladatok végzése	250 pont/körzet

Védőnői körzetben maximálisan 1000 pontnak megfelelő feladat látható el. Ennek összetétele: 250 gondozott x 3 pont + 250 pont (egészségfejlesztés) = 1000 pont.

Az 1000 pontból a 250 pont valamennyi körzetben azonos értékű, ezért ezt levonva 750 pont marad. Körzet mellett oktatási intézményben ellátható gyermekek maximális száma a következő matematikai összefüggés alapján kerül kiszámításra: $Y = 750 - 3X$.

Y = az oktatási intézményben ellátható gyermekek maximális száma (kivétel a gyógypedagógiai oktatási intézmény); X = a körzetben gondozottak száma összesen.

A gondozottak létszáma legfeljebb 25%-kal léphető túl, ha a település szerkezete a védőnői ellátás más módon való biztosítását nem teszi lehetővé. (Ez ellátási érdekből maximum 312,5 főt jelent, ha iskolát nem lát el). [3]

4. A területi védőnő által ellátandók köre (családok, gyermekek, óvoda, iskola)

A hatályos jogszabály alapján a területi védőnő az ellátási területén (a körzetében) a lakcímmel rendelkező, valamint jogszerűen tartózkodó (ez esetben az igényét bejelentő) személyekkel kapcsolatban – a várandós anyákat, a 0-6 éves korúakat, az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éveseket és családjukat - köteles ellátni, továbbá a nőket, ha igényüket jelzik. Ezzel a szabályozással lényegében nem érdekelt a védőnő a gondozottak felkutatásában. Egyrészt azért, mert a bejelentett lakcímmel rendelkezőket köteles ellátni, másrészt azért, mert egyszer van létszámjelentés és az évközben gondozásba vételre kerülők után, nem kap finanszírozást a működtető. Az üdülőhelyek is problémát jelentenek, ahova nyári időszakban több hónapra elköltöznek a családok, ott kell az ellátást nyújtani, ott jelentkezik a kiadások (pl. a szűrővizsgálati teszt papírok költségei) és nem ott kerül finanszírozásra.

A területi védőnő feladata az óvoda védőnői ellátása is, melyért 2005-től nem jár finanszírozás. Ez pedig többlet feladat, mivel az óvodai létszám nem befolyásolja a védőnő körzetében ellátandók számát. Tehát maximális létszám mellett, akinek körzetében óvoda van azt el kell látnia, míg ha nincs ilyen feladat végzése nem terheli. 2005-ben szeptemberében a védőnői körzetek 85%-a (3648 körzet) látott el óvodát. A területi védőnő oktatási intézményt akkor láthat el, ha az iskolai védőnői feladatok ellátása teljes munkaidejű iskolavédőnő foglalkoztatásával, szükség esetén 2 iskola ellátása esetén sem biztosítható. 2005. szeptemberében 2444 védőnői körzet (60%) látott el iskolát is. (ezeket nevezzük vegyes körzeteknek). [3]

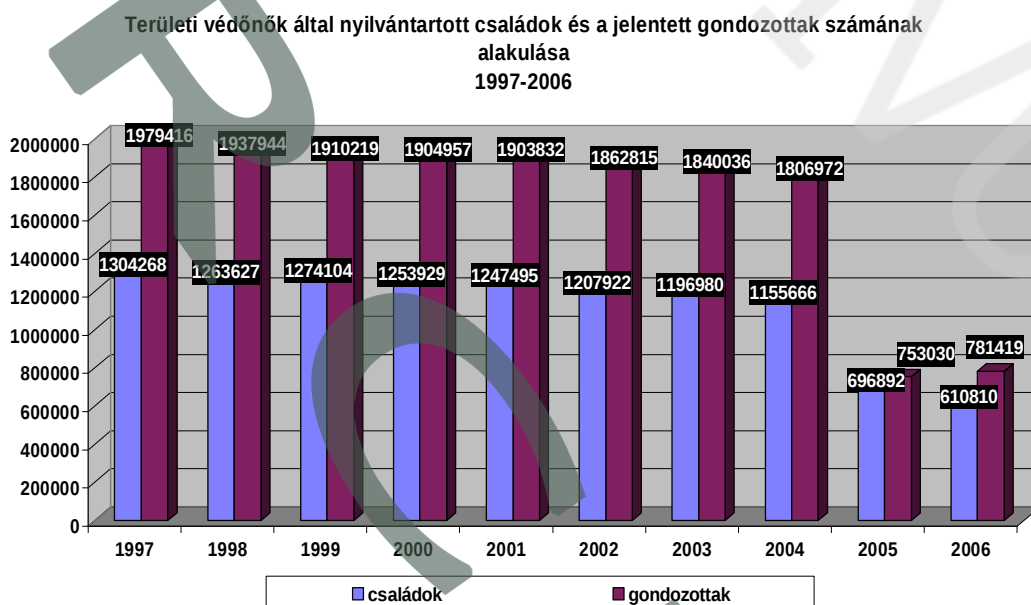
Az ellátott családok és gondozottak számának alakulása 1997-2006 között

A nyilvántartott családok és gondozottak száma, évek óta lassú csökkenő tendenciát mutat. A védőnői rendszer szerkezetében történt változás is jól látható a 7. sz. ábrán. A kiemelt gondozottak körébe 2004-ig a várandós anyák, a 0-11 hónapos korúak, a 12-35 hónapos korúak, a 3-5 évesek és a 6-16 évesek tartoztak. A gondozottak körébe 2005-től a várandós

anyák, a 0-11 hónapos korúak, a 12-35 hónapos korúak, a 3-6 évesek és az oktatási intézménybe nem járó 7-18 évesek tartoznak. Az oktatási intézménybe járó 6-16 éven felüli gyermekek kikerültek a területi védőnői ellátásból, mert gondozásuk a körzetben lényegében nem valósult meg. A gondozásuk ott történik, ahol a leginkább elérhetők, az iskolákban.

A nyilvántartott családok száma 2006-ban 610810 volt. Az ÁNTSZ vezető védőnők jelentése alapján 2004-ben 362 család nem igényelte, nem járult hozzá a védőnői családlátogatáshoz, 2005-ben 428, 2006-ban 341 volt.

A területi védőnők által ellátandó, jelentendő gondozottak összes száma 1997-ben 1979416 fő volt, míg 2006-ban 781419 fő, mely a növédelemben részesülők számát nem tartalmazza (ezt nem kell jelenteni).



7. sz. ábra

A területi védőnő által nyilvántartott, jelentett gondozottak megoszlása

A területi védőnői jelentés alapján 2006-ban a nyilvántartott és jelentett gondozottak havi átlagos számának megoszlása 2006-ba az alábbi volt:

- Várandós anyák száma: 154557 fő; az újonnan nyilvántartásba vettek száma: 99847 fő
- 0-11 hónapos csecsemők havi átlagos száma: 97684 fő; Újonnan nyilvántartásba vettek száma: 98689 fő
- 12-35 hónapos kisdetek havi átlagos száma: 188410 fő
- 3-6 éves gyermekek havi átlagos száma: 337709 fő
- Oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatalok havi átlagos száma: 3059 fő

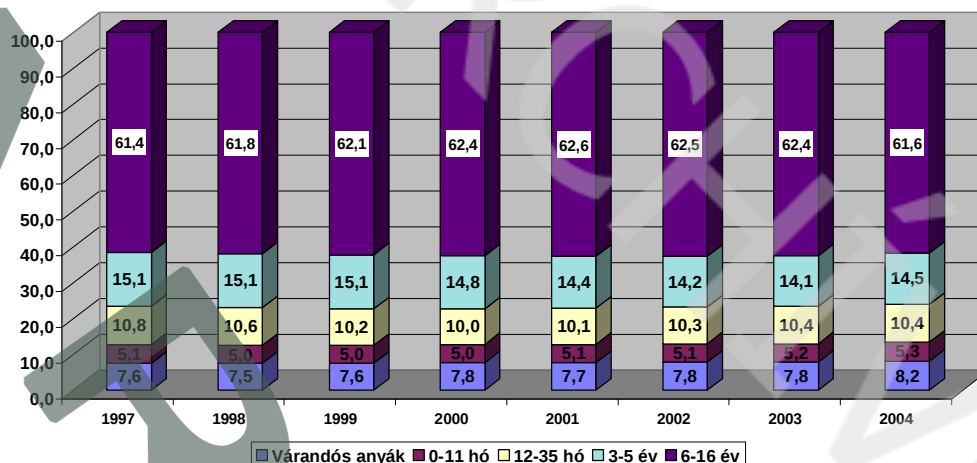
Egy betöltött területi védőnői állásra jutó családok, gondozottak alakulása

- A családok átlagos száma: 1997-ben 322; 2006-ban 160 volt;
- A várandós anyák átlagos száma: 1997-ben 37 fő; 2006-ban 41 fő volt;
- A 0-11 hónapos csecsemők átlagos száma: 1997-ben 25 fő; 2006-ban 26 fő volt;
- A 12-35 hónapos kisdetek átlagos száma: 1997-ben 53 fő; 2006-ban 49 fő volt;
- A 3-6 éves gyermekek átlagos száma 2005-ben 82 fő; 2006-ban 89 fő volt
- Az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatalok átlagos száma 2005-ben 1 fő; 2006-ban 1 fő volt.

A 2005. évi változás eredményeként jelentősen csökkent az egy védőnőre jutó családok száma.

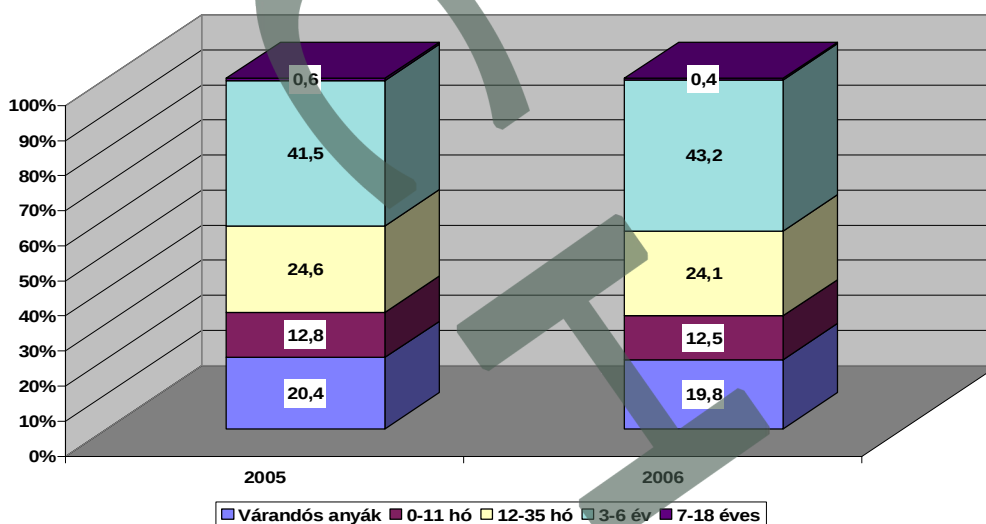
A területi védőnők által nyilvántartott gondozottak százalékos megoszlását mutatja 1997-2004 között a 8. sz. ábra, míg a 9. sz. ábra 2005-2006 közötti időszakban, melyen jól látható, hogy a védőnői rendszer átalakításával a körzetben a várandósok és a 0-6 évesek ellátása kapott fokozott hangsúlyt.

Körzeti védőnők által nyilvántartott gondozottak megoszlása (%)
1997-2004



8. sz. ábra

A területi védőnők által jelentett, nyilvántartott gondozottak megoszlása (%)
2005-2006

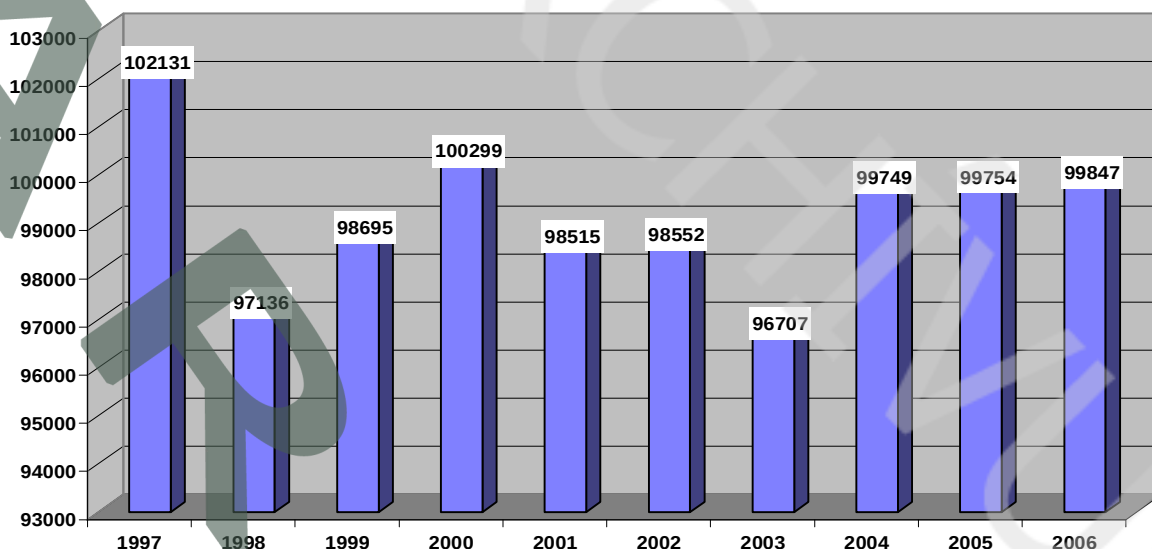


9. sz. ábra

A várandós anyák gondozásba vétele

A várandós anyák korai gondozásba vétele és gondozása kiemelt jelentőségű a területi védőnői munkában. Az újonnan nyilvántartásba vett várandós anyák számának alakulása látható 1997-2006 között 10. ábrán.

**A területi védőnő által újonnan nyilvántartásba vett
várandós anyák számának alakulása
1997-2006**



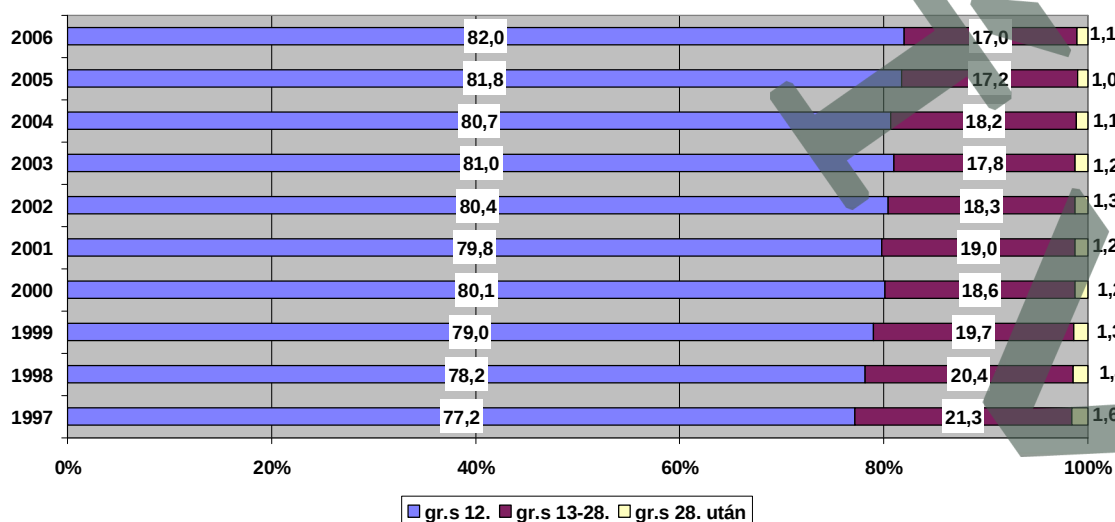
10. sz. ábra

Az 1990 előtt kötelező volt a várandós anyák bejelentése, a lakóhely szerint illetékes védőnő értesítése. A személyiségi jogok védelme miatt ez megszűnt és fontos tényezővé vált a várandós állapotról kapott értesülés bizalmasan kezelése is, mely nehezíti a várandós anyák felkutatását. A területi védőnő az alábbiak szerint értesülhet a várandós állapotról:

- a várandós anya a szülész-nőgyógyász szakorvosi vizsgálatot követően keresi fel a lakóhely (tartózkodási hely) szerint illetékes területi védőnőt;
- a várandós anya először a területi védőnőhöz fordul;
- a Családvédelmi Szolgálat védőnője jogszabály által előírt kötelezettségnek megfelelően írásban értesíti a területi védőnőt, ha a terhesség megszakítás iránti kérelmét elutasították; egyéb módon (pl.: védőnői észlelés, rokonok, ismerősök, egészségügyi intézmény, hatósági személy jelzése, stb.).

A 11. ábra mutatja a várandós anyák gondozásba vételének idejét a terhességi hetek vonatkozásában. Az első 12 terhességi hétben a várandós anyák 82%-a, a 12-28. terhességi hét között a 17%-a, míg a 28. hét után 1,1%-a került védőnői gondozásba.

**Várandós anyák védőnői gondozásba vétele
1997-2006**



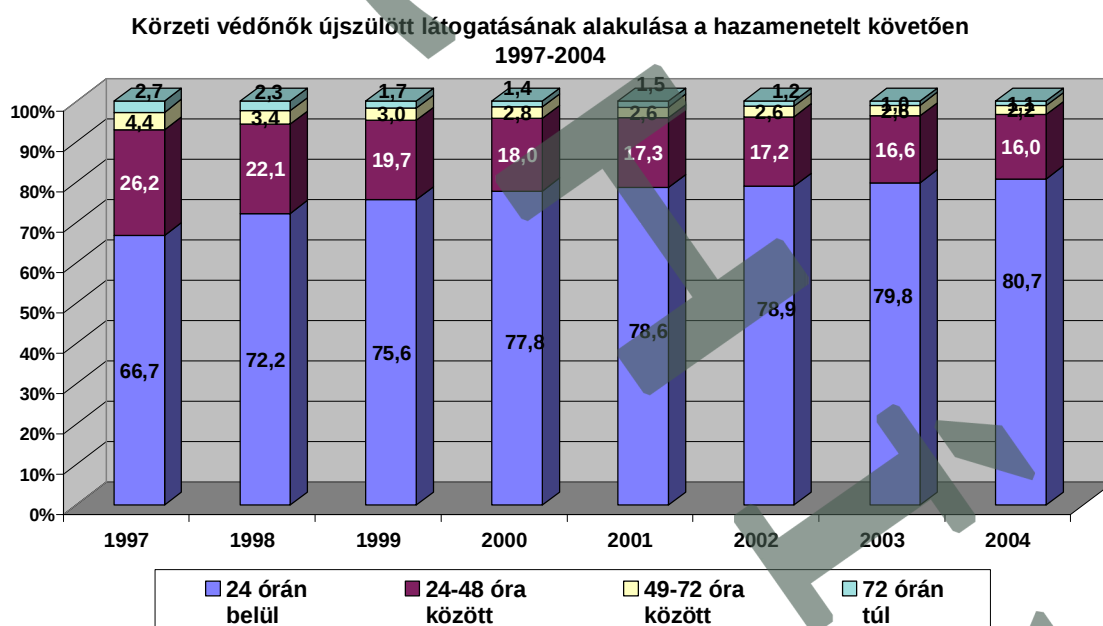
11. sz. ábra

Az év folyamán szült és védőnői gondozásban nem részesült anyák száma

A területi védőnői jelentésben 2005-től kell jelenteni azokat az év folyamán megszült anyákat, akik védőnői várandós gondozásban nem részesültek. Ők nyilvántartásban sem voltak. Ide sorolhatók azok, akik titkolták terhes állapotukat, vagy külföldi tartózkodásból tértek haza, vagy csak magán-orvosi ellátást vettek igénybe. Számuk 2005-ben 599 fő (0,6%), míg 2006-ban 577 fő (,6%) volt.

Az újszülöttek gondozásba vétele

Az 1990 előtt kötelező volt a szülészeti intézményeknek az „Értesítés újszülöttről” elnevezésű nyomtatványt megküldeni a lakóhely szerinti területi védőnő számára. Az első értesítő akkor került megküldésre, amikor megszületik az újszülött, a második akkor, amikor hazabocsátásra kerül az újszülött, csecsemő. Ma jogszabály nem írja elő az értesítés küldését, de az intézmények többsége még „szokásjogként” megteszi, bár vannak intézmények, amelyek nem vagy későn, vagy csak 1 értesítőt küldenek. Az újszülött, csecsemő időben történő megfelelő alapellátás biztosításához szükséges, hogy a lakóhelyen a fogadó területileg illetékes védőnő, háziorvos rendelkezzen az újszülöttről és a gyermekágyas anya állapotával kapcsolatos alapvető információval (egészségi állapot, táplálás, járványügyi, gyermekvédelmi, stb. szempontból). Az ÁNTSZ vezető védőnők közreműködésével, az „Értesítés újszülöttről” című nyomtatvány korszerűsítése megtörtént és az OTH megküldte az EüM-be, azzal a céllal, hogy a területi védőnő számára történő küldésének előírása kerüljön szabályozásra, minden újszülött, csecsemő fekvőbeteg intézményből történő hazabocsátása esetén. A szülést követő korai hazaadás (pl. 72 órán belül) azonban sokkal gyorsabb információáramlást igényelne, melynek módját – az adatvédelem biztosításával - szükséges kidolgozni. A szülők többsége is jelzi a területi védőnőnek, hogy mikor várható hazaérkezésük az újszülöttről a kórházból. A 12. sz. ábrán látható, hogy 2004-ben az újszülöttek 80,7%-át a hazabocsátást követően 24 órán belül meglátogatta a védőnő. Sajnos az erről szóló adatszolgáltatás 2005-től megszűnt.



12. sz. ábra

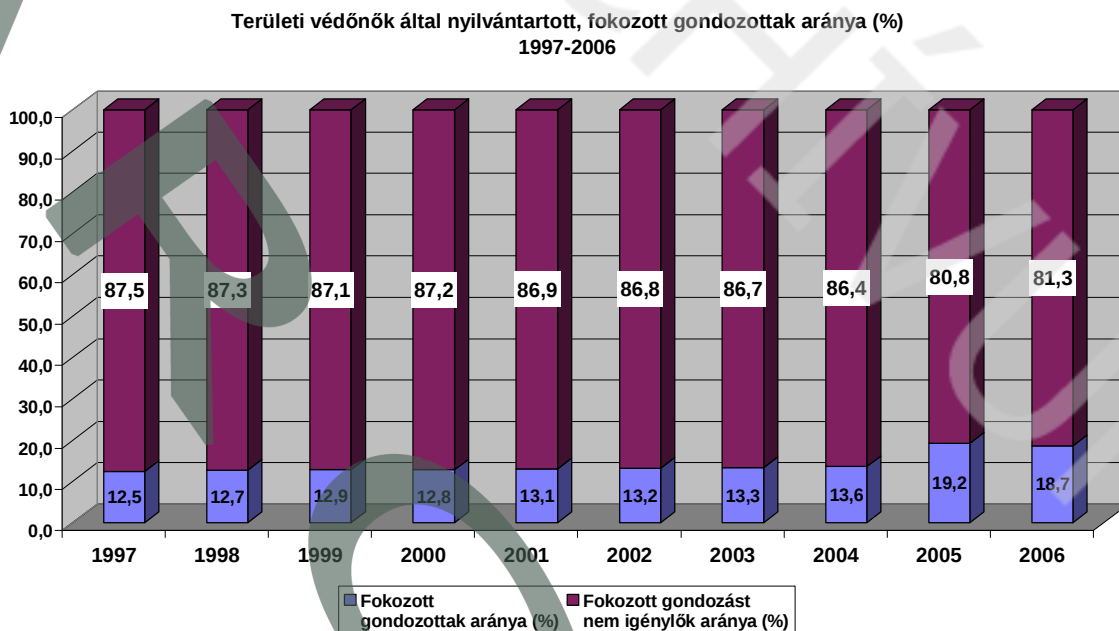
A területi védőnők által nyilvántartott, fokozott gondozottak számának alakulása

A védőnői nyilvántartásban a fokozott gondozottak besorolása az alapján történik, hogy a háttérben van-e egészségügyi, környezeti vagy mindkettő kategóriában veszélyeztető tényező. A pszicho-motoros fejlődést veszélyeztető környezeti tényezők meghatározásánál a fontosabb szempontok: a lakáshelyzet, az anyagi helyzet, a család belső harmóniája, a családtagok egymáshoz való kapcsolata, a gyermeket gondozó, nevelő szocio-kulturális magatartásának, egészségi állapotának jellemzői.

A védőnői törzslapon szereplő „környezeti státusz” 1-7. kódrendszer felülvizsgálatra szorul. Szükség van korszerű kódrendszer kidolgozására, mely alkalmas adatbázis létrehozására,

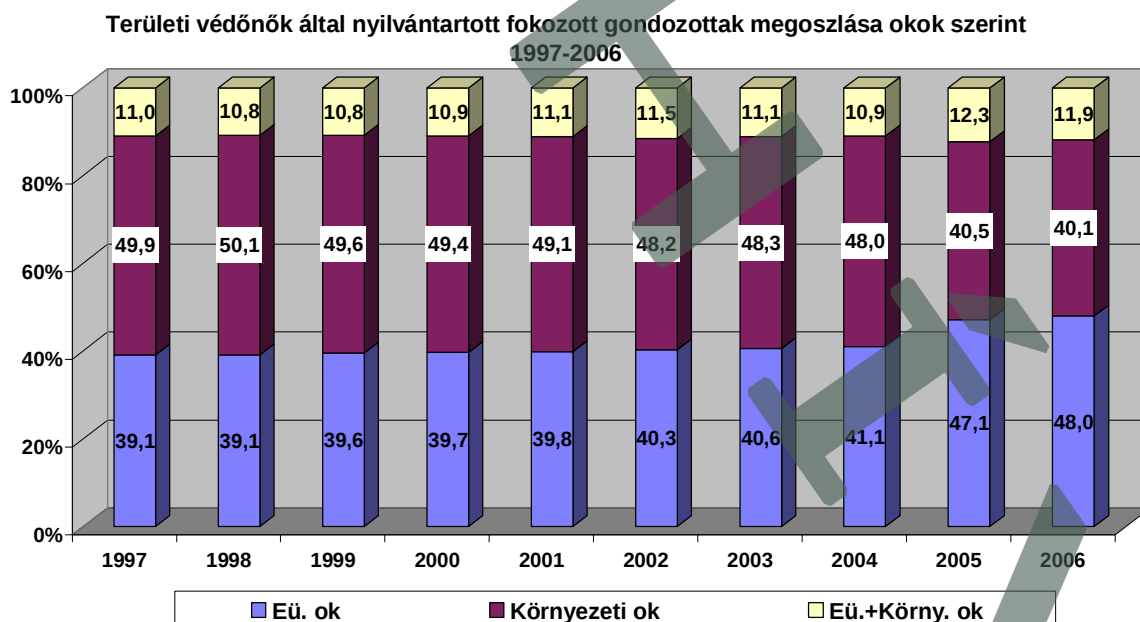
hogy nyomon követhető legyen a veszélyeztetettség helyzete, alakulása, körzeti, önkormányzati, kistérségi, regionális, és országos szinten egyaránt.

A területi védőnő által nyilvántartott gondozottak csoportjaiban (a várandós anyák, a 0-18 éves korúak) a fokozott gondozást igénylők átlagos száma 1997-ben 246504 fő (12,5%) volt, míg 2006-ban összesen 145742 fő (18,7%) volt. A 13. számú ábrán a fokozott gondozottak arányának alakulása látható 1997-2006. között.



13. sz. ábra

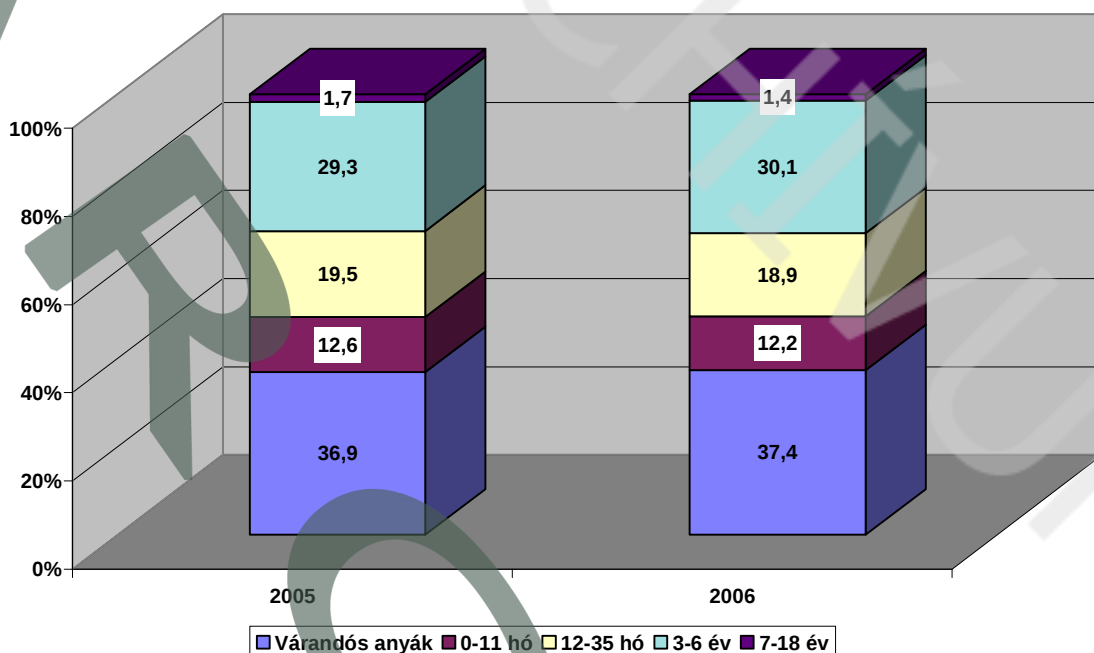
A 14. sz. ábra a fokozott gondozottak, megoszlását mutatja, az okok szerint. 2006-ban a fokozott gondozottak 48%-a egészségügyi ok miatt, 40,1%-a környezeti ok miatt és 11,9% egészségügyi és környezeti ok miatt került a fokozott gondozottak nyilvántartásába.



14. sz. ábra

A 15. sz. ábrán látható, hogy 2006-ban az összes nyilvántartott, fokozott gondozottak közül a várandós anyák 37,4%-át, a 0-11 hónapos csecsemők 12,2%-át, a 12-35 hónapos kisdedek 18,9%-át, a 3-6 évesek 30,1%-át és a 7-18 évesek 1,4%-át alkották.

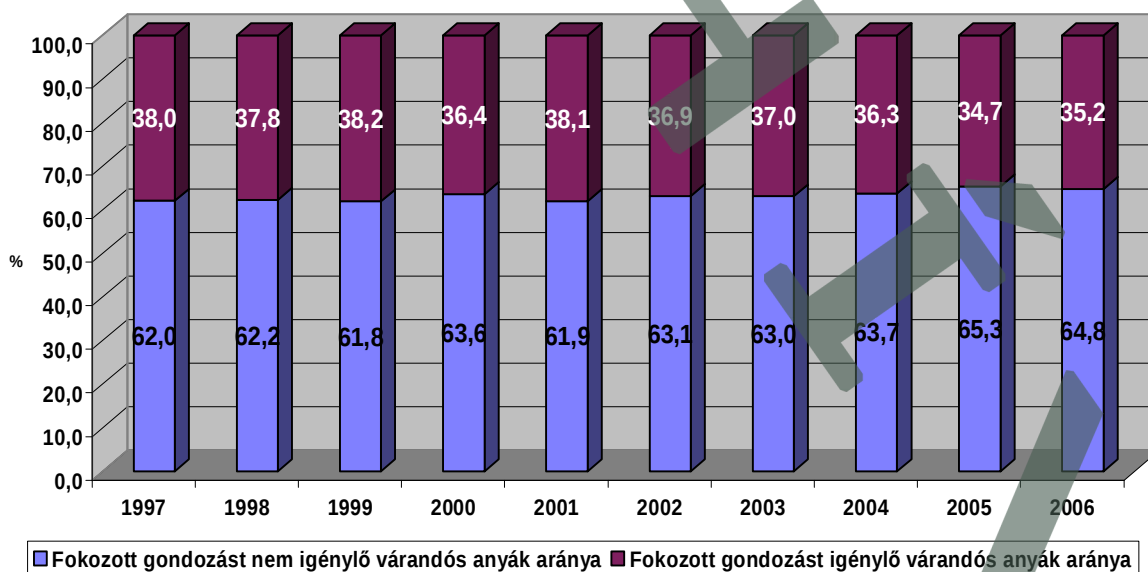
Területi védőnők által nyilvántartott fokozott gondozottak megoszlása
2005-2006



15. sz. ábra

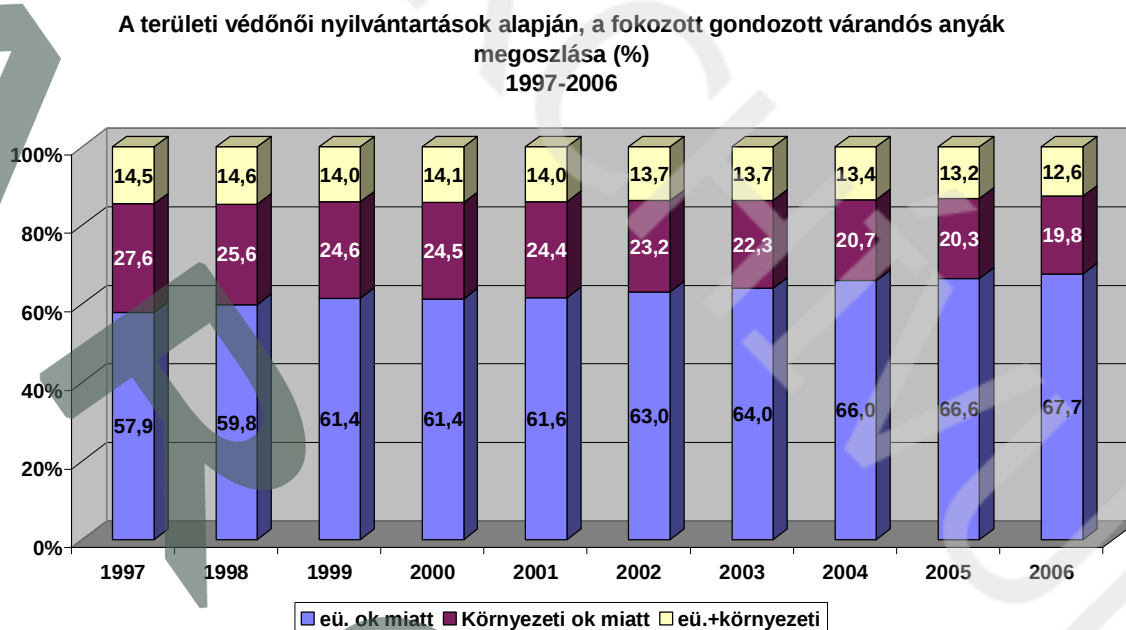
A 16. számú ábra mutatja a fokozott gondozást igénylő várandós anyák arányának alakulását 1997-2006 között. 2006-ban a védőnői nyilvántartásba vett várandós anyák 35,2%-a igényelt fokozott gondozást.

Területi védőnő által nyilvántartott várandós anyák közül a fokozott gondozást igénylők
aránya
1997-2006



16. sz. ábra

A 17. ábrán a várandós anyák esetében a fokozott gondozás háttérében álló okok alakulása látható.



17. sz. ábra

Egy betöltött területi védőnői állásra jutó fokozott gondozottak alakulása

- A várandós anyák átlagos száma: 1997-ben 14 fő; 2006-ban 14 fő volt;
- A 0-11 hónapos csecsemők átlagos száma: 1997-ben 5 fő; 2006-ban 5 fő volt;
- A 12-35 hónapos kisdetek átlagos száma: 1997-ben 8 fő; 2006-ban 7 fő volt;
- A 3-6 éves gyermekek átlagos száma 2005-ben 11 fő; 2006-ban 12 fő volt
- Az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatalok átlagos száma 2005-ben 1 fő; 2006-ban is 1 fő volt.

Védőnői nyilvántartásban szereplő, ismeretlen helyen tartózkodó gondozottak számának alakulása

2007-ben felmértük a három hónapnál hosszabb ideje ismeretlen helyen tartózkodó területi védőnők által nyilvántartott gondozottak számát, mely összesen 2067 fő volt. Ennek megoszlása az alábbiak szerint alakult:

- várandós anyák száma: 33 fő;
- 0-11 hónapos csecsemők száma: 75 fő;
- 12-35 hónapos kisdetek száma: 442 fő;
- 3-6 éves gyermekek átlagos száma: 1375 fő;
- az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatalok száma: 142 fő.

(Forrás: OTH)

Ezek az adatok arra hívják fel a figyelmet, hogy fontos tudatosítani a szülőkből, jelezzék, ha tartósan elutaznak, illetve ha elköltöznék, de felhívja a figyelmet arra, is, hogy a gyermekek ellátásában közreműködőknek – a jelző-rendszer tagjainak fontos e tekintetben is együttműködni, és egymást értesíteni, ha tudomására jutott, hogy máshova költözött, vagy tartósan elutazott a család, illetve a gyermek.

A védőnői nyilvántartásból való törlés esetei

Ez évben szabályozásra került, hogy a védőnői nyilvántartásból várandós anya, és gyermek az alábbi esetekben törölhető:

- a) Magyarországon belüli lakcím/tartózkodási hely változása esetén akkor, ha a megváltozott tartózkodási hely/új lakcím szerinti területileg illetékes védőnő értesítést küld, és hivatalosan megkéri a gondozott védőnői gondozási (egészségügyi) törzslapját. (Az értesítőt (törzslapkérőt) a körzetben lefűzve meg kell őrizni.)
- b) Külföldre történő végleges letelepedés, melyről az ellátó/oltóorvos a védőnőt írásban értesíti vagy a szülő írásban, erről nyilatkozik.
- c) Elhalálozás esetén (halott vizsgálati bizonyítvány alapján).

5. A területi védőnő által önállóan végzendő vizsgálatok, szűrővizsgálatok

A várandós anyák körében végzendő vizsgálatok és szűrővizsgálatok

- testsúly, testmagasság mérése;
- haskörfogat mérése;
- symphysis-fundus távolság mérése;
- vérnyomás mérése;
- pulzusszámlálás;
- magzati szív működés vizsgálata (frekvencia-számlálás);
- a terhesség külső tapintásos vizsgálata;
- az emlők szemrevételezése és tapintásos vizsgálata;
- a terhes nő vizeletének vegyi és tesztcsíkos vizsgálata.[13]

A 0-6 éves korosztályban végzendő védőnői vizsgálatok, szűrővizsgálatok

1, 3, 6 hónapos korban

- testi fejlődés (súly, hossz, fej- és mellkörfogat),
- a pszichomotoros és mentális fejlődés vizsgálata
- érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás)
- BCG-heg ellenőrzése.

1 éves életkorban és 6 éves életkorig évente

- testmagasság, testtömeg (fejkörfogat szükség szerint, mellkaskörfogat mérése), a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján,
- a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák vizsgálata, gyanú esetén szakellátásra irányítás,
- érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás) és a beszédfejlődés vizsgálata,
- mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire (tartáshiba, scoliosis).

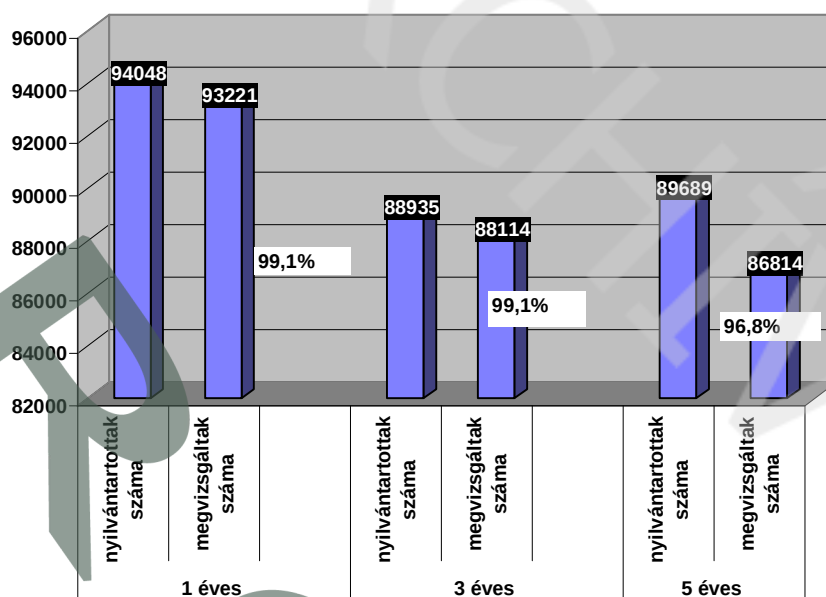
3-6 éves életkor között évente – a vérnyomás mérése.

A szűrővizsgálat elvégzését a védőnő az egészségügyi dokumentációban regisztrálja és az érintett személy részére a vizsgálat eredményéről, leletet ad. [15]

Az 1, 3 és 5 évesek körében végzett szűrővizsgálatok teljesülése

A védőnők által végzendő szűrővizsgálatok teljesüléséről adatszolgáltatás 1, 3, 5 éves korra vonatkozóan kötelező. A 18. sz. ábrán látható, hogy 2006-ban az 1 és 3 évesek 99,1%-ánál, az 5 évesek 96,8%-nál megtörténtek a szűrővizsgálatok. (Forrás: OSZMK)

A területi védőnők által végzett szűrővizsgálatok teljesítésének alakulása betöltött
1, 3 és 5 éves korban
2006



18. sz. ábra

6. A területi védőnői családlátogatások célja és rendje

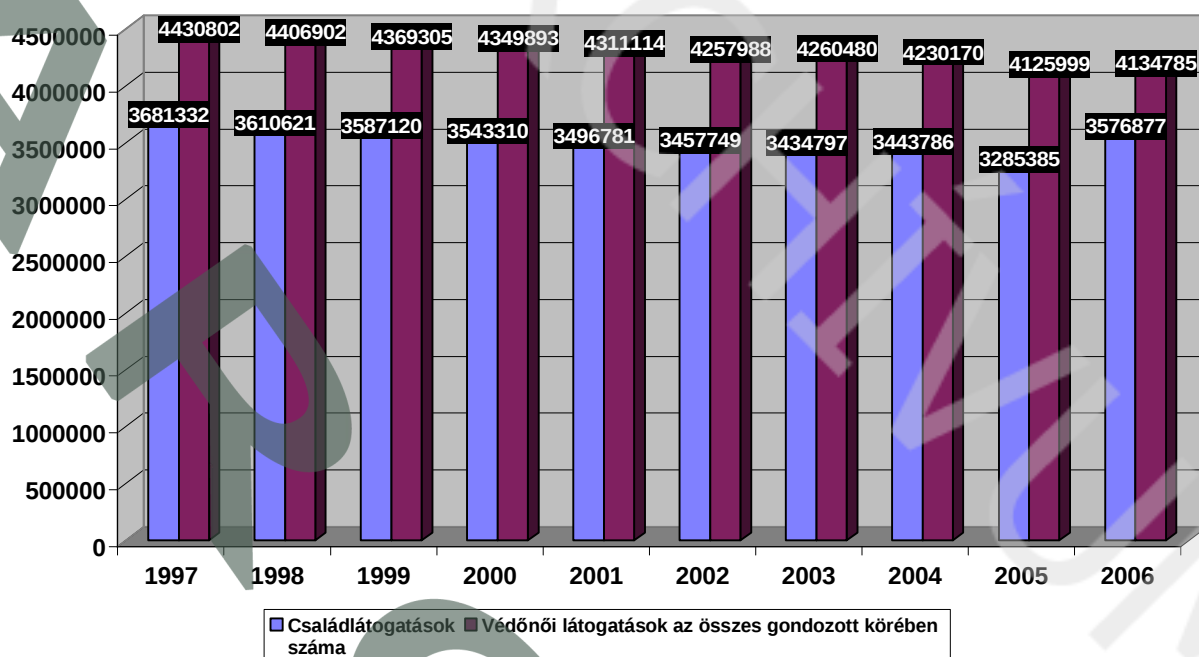
A védőnői családlátogatás a gondozott személyek családjának, környezetének megismerésére, nyomon követésére, az egészségi állapotra ható pozitív és negatív tényezők feltárására, kedvezőtlen tendenciák korai észlelésére, az egészséges kiegyensúlyozott családi élet támogatására szolgál, melynek rendje jogszabályban szabályozott az alábbiak szerint:

- Várandós anya: a várandósság ideje alatt legalább 5 alkalommal, (ebből az első látogatás a gondozásba vétel után 2 héten belül, a várandósság utolsó hónapjában pedig 2 hetente), fokozott gondozást igénylők esetén havonta egy alkalommal és szükség szerint;
- Gyermekegység anyja: az intézetből hazajövetel után - munkaszüneti nap kivételével - 48 órán belül, majd az első 6 hétben legalább hetente;
- Újszülött, csecsemő hazaadást követően: munkaszüneti nap kivételével 48 órán belül -, majd ezt követően az első 6 hétben legalább hetente;
- Csecsemő (6 hét-1 éves kor): havonta, fokozott gondozást igénylők esetében havonta és szükség szerint;
- 1-3 éves korú kisdéd: évente legalább 6 alkalommal, fokozott gondozást igénylők esetében évente legalább 6 alkalommal és szükség szerint;
- 3-6 éves korú kisgyermek (ha nem jár közösségbe): évente legalább 4 alkalommal, beiskolázás előtt kötelezően, fokozott gondozást igénylők esetében évente legalább 4 alkalommal és szükség szerint;
- 3-6 éves korú (ha közösségbe jár): évente legalább 2 alkalommal, beiskolázás előtt kötelezően, fokozott gondozást igénylők esetében 2 alkalommal és szükség szerint;
- Oktatási intézménybe nem járó tanköteles korú gyermek: évente legalább 2 alkalommal, illetve szükség szerint. [3]

A területi védőnői családlátogatások alakulása

A 19. sz. ábrán látható 1997-2006 között a családok, valamint a gondozottak látogatásai számának alakulása. 2006-ban a családlátogatások száma 3576877 volt, az összes gondozott látogatása 4134785 volt.

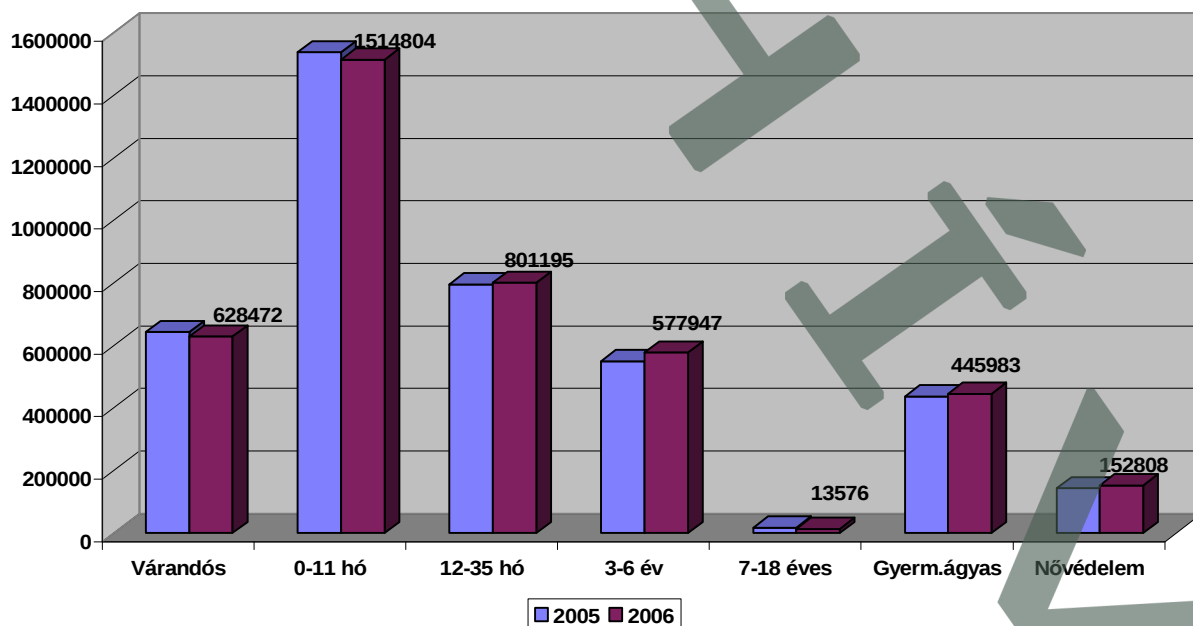
Területi védőnői látogatások alakulása az összes gondozott körében
1997-2006



19. sz. ábra

A 20. sz. ábrán a gondozottak védőnői szaklátogatásai számának alakulása látható 2005-ben és 2006-ban.

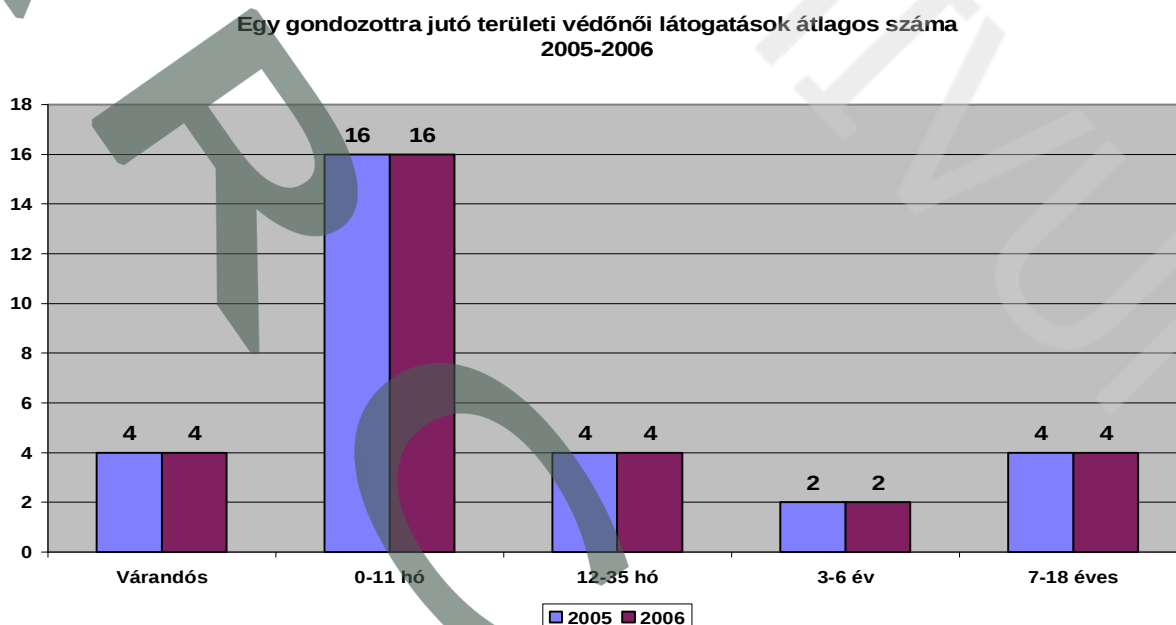
Területi védőnői családlátogatások számának alakulása a gondozott csoportok szerint
2005-2006



20. sz. ábra

Egy gondozottra jutó családlátogatások

A 21. sz. ábrán látható az egy gondozottra jutó látogatások átlagos száma 2005-2006-ban. A várandós anyákra vonatkozóan 2005-ben és 2006-ban is alacsonyabb (5 helyett 4), a csecsemők esetében magasabb (15 helyett 16), a 12-35 hónapos gyermekek esetében alacsonyabb (6 helyett 4), a 3-6 évesek körében megfelelőnek mondható (mivel e korosztály több, mint 85%-a óvodába jár), az oktatási intézménybe járó 7-18 éveseknél magasabb (2 helyett 4), mint az előírás. Ezeket helyi szinten szükséges értékelni. Fontos, hogy a megfelelő tájékoztatás, a nyomon követés, szükség esetén a korai jelzés megtörténjen, a gondozott elégedett legyen az ellátással.



21. sz. ábra

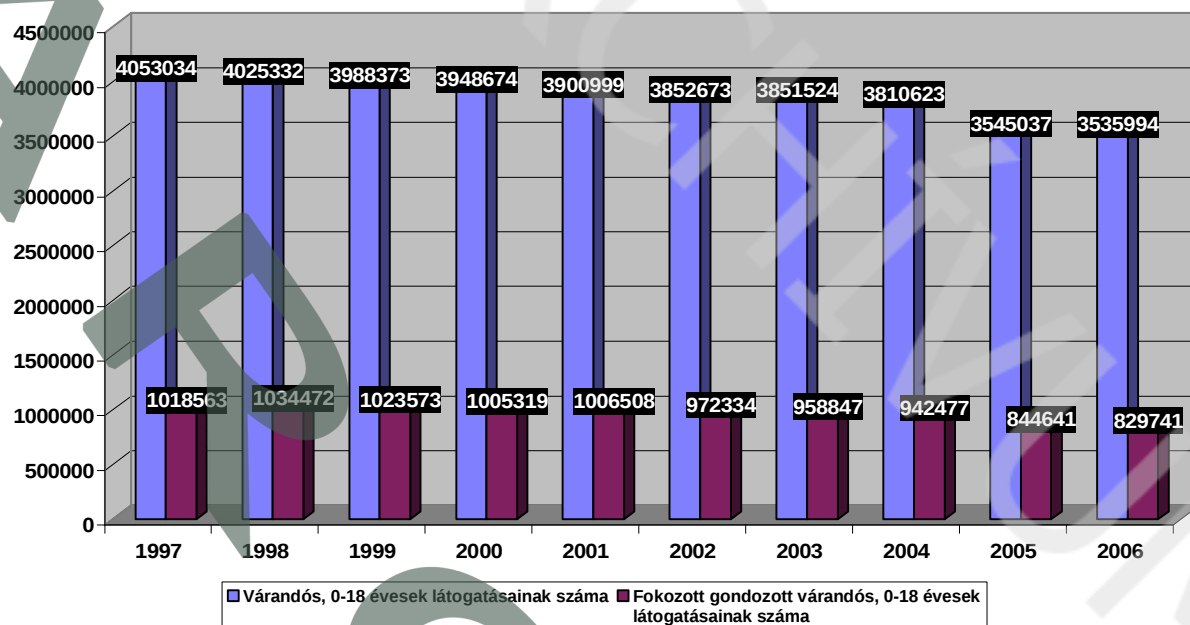
Egy betöltött területi védőnői állásra jutó látogatások havi átlagos számának alakulása

- várandós anya: 1997-ben 15 fő; 2006-ban 14 fő volt;
- gyermekágyas anya: 1997-ben 8 fő; 2006-ban 10 fő volt;
- 0-11 hónapos csecsemő: 1997-ben 35 fő; 2006-ban 33 fő volt;
- a 12-35 hónapos kisdéd: 1997-ben 18 fő; 2006-ban 18 fő volt;
- a 3-6 éves gyermek: 2005-ben 12 fő; 2006-ban 13 fő volt
- az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatal: 2005-ben 0 fő; 2006-ban 0 fő volt.

Fokozott gondozottak családlátogatásának alakulása

A 22. ábra mutatja a családlátogatások és a fokozott gondozottak látogatásának alakulását. A fokozott gondozottak szaklátogatása 2006-ban az összes szaklátogatások 24,1%-át képezték.

**A területi védőnői összes látogatások és a fokozott gondozottak körében végzett látogatások számának alakulása
1997-2006**

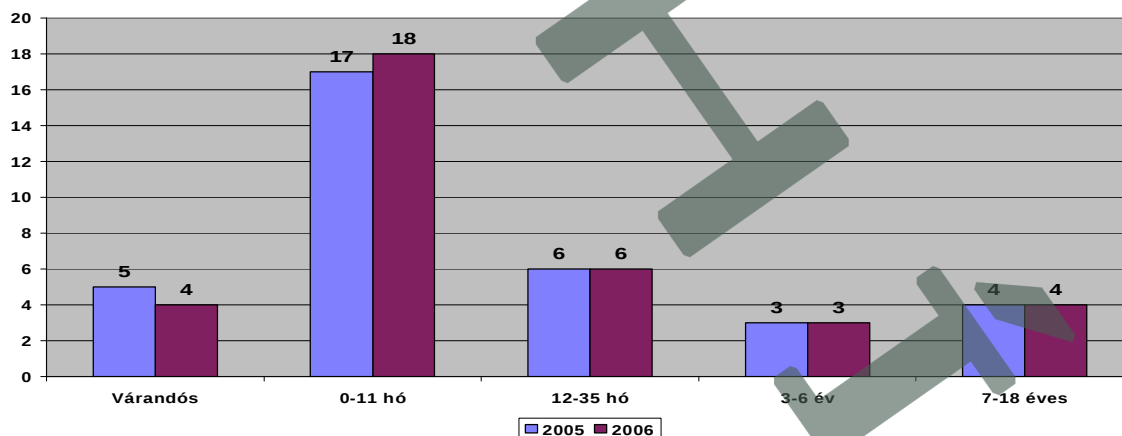


22. sz. ábra

Egy fokozott gondozottra jutó családlátogatások számának alakulása

A 23. sz. ábrán látható az egy fokozott gondozottra jutó látogatások átlagos száma. A fokozott gondozás egyik formája a fokozott látogatás. A várandós anyák kivételével az egy fokozott gondozottra jutó látogatások száma, magasabb, mint azok esetében, akik nem igényelnek fokozott gondozást.

**Egy fokozott gondozottra jutó területi védőnői látogatások számának alakulása
2005-2006**



23. sz. ábra

Egy betöltött területi védőnői állásra jutó fokozott gondozottak látogatásainak havi átlagos számának alakulása

- | | |
|---|---------------------|
| – várandós anyák: 1997-ben 6 fő; | 2006-ban 5 fő volt; |
| – 0-11 hónapos csecsemők átlagos száma: 1997-ben 7 fő; | 2006-ban 7 fő volt; |
| – a 12-35 hónapos kisdedek átlagos száma: 1997-ben 4 fő; | 2006-ban 4 fő volt; |
| – a 3-6 éves gyermekek átlagos száma 2005-ben 3 fő; | 2006-ban 3 fő volt; |
| – az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatalok 2005-ben 1 fő volt. | 2006-ban 1 fő volt. |

7. A területi védőnői tanácsadások, csoportos foglalkozások jelentősége, rendje

A területi védőnői tanácsadás előzménye, helyzete

Az orvos-védőnő közös tanácsadása az 1960-as évektől 1993-ig meghatározó volt. Az önálló védőnői tanácsadás tartásának kötelezettsége a várandós anyákra vonatkozóan 1992-ben írta elő jogszabály. 2005-től érvénybe levő szakmai rendelet egyértelműen meghatározza, hogy a területi védőnő feladatait az alapellátásban, az önkormányzat által biztosított tanácsadóban, az előírt feltételek biztosításával végzi. A területi védőnő kötelezettsége a védőnői tanácsadás megtartása, melyet úgy kell meghatározni, hogy a védőnő által ellátandók többségének megfelelő legyen.

A szakfelügyeleti vizsgálatok tapasztalatai arra engednek következtetni, hogy sok helyen „szokásjogként” az orvos tanácsadásán továbbra is részt vesznek a védőnők, hetente 2 x 2-3-4 órában és a védőnők jellemzően nem az alapfeladatukat végzik, hanem asszisztensi feladatokat látnak el. Súlyosbítja a helyzetet, hogy számos helyen többségében nem saját gondozottai jelennek meg az orvos tanácsadásán. A védőnők pedig a körzetükbe tartozókat köteles ellátni. Még az is előfordul, hogy egy időben 2-3 védőnő is jelen van egy orvos tanácsadásán. Azt is tapasztaltuk, hogy a védőnői ellátásra kiadott működési engedélyekben a védőnői tanácsadás helyett az orvos tanácsadása és annak időpontja került rögzítésre.

A kérdés mi marad el a körzetében, a saját munkájában, míg asszisztál.

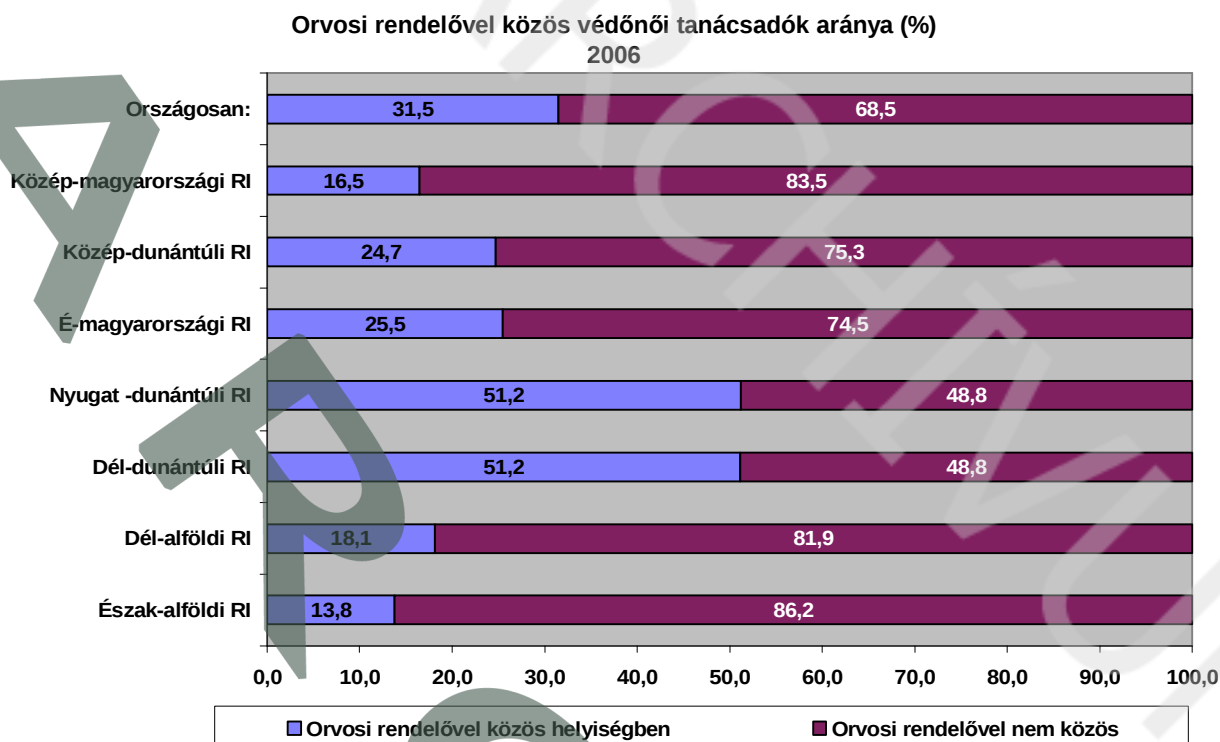
Tekintettel arra, hogy a házi orvos, házi gyermekorvos praxisban kötelező területi ápoló, illetve asszisztens alkalmazása, ezért különösen fontos érvényt szerezni, hogy a védőnő az alapfeladatait végezze. Az orvos-védőnő közös tanácsadására jogszabály nem ír elő kötelezettséget, de több jogszabályban is előírás mindkét fél számára az együttműködés. A védőnői tanácsadás mellett, az orvos-védőnő közös tanácsadása szakmailag csak ott támogatható és csak azzal a területi védőnővel, akiknek a körzetében és a praxisában ellátottak 80%-a vagy annál magasabb arányban megegyezik.

Minden gondozott személynek meg kell adni az esélyt, hogy az őt ellátó orvos és védőnő rendszeres együttműködésben és egyeztetett irányelvekkel nyújtsa a megelőző-gyógyító alapellátást. Ne csak azok a gondozottak kapják meg erre az esélyt, akiknek az orvosa és védőnője egy helyen (egy tanácsadóban) dolgozik.

A szokásjogokat nagyon nehezen lehet megszüntetni, komoly érdekeket is sért, tekintettel arra, hogy erre az időre nem kell az orvosnak az asszisztens bérét megfizetnie. A szokásjogok sok helyen gátolták a védőnői tanácsadók kialakítását is és a védőnői tanácsadások szervezését és megtartását. 10 évvel a minimumfeltételek előírása után megengedhetetlen, hogy ne legyen biztosítva a védőnői ellátás számára megfelelő tanácsadó és tanácsadási idő. Tovább nem adható engedmény, ezért ez évben továbbá megkezdődött a védőnői ellátásra kiadott működési engedélyek felülvizsgálata és intézkedés a jogszabályban előírtak betartására a védőnői ellátás szervezésére és működésére vonatkozóan.

A területi védőnői tanácsadók helyzete

A privatizáció során sok tanácsadó került a házi orvosok használatába, mely azt eredményezte, hogy a védőnők számos helyen önálló védőnői tanácsadást nem, vagy csak korlátozott időben tarthatnak. Folyamatos, fokozott erőfeszítés eredménye a védőnői ellátáshoz a védőnői tanácsadók biztosítása. Ma már elengedhetetlen, hogy a védőnő is rendelkezésre tudjon állni a lakosság számára és lehetőleg akkor, amikor a gondozottak többségének leginkább alkalmas az időpont. Szükséges ezt folyamatosan tudatosítani a fenntartó felé. Az országban számos példa bizonyítja, hogy kitartó erőfeszítéssel és a védőnői tanácsadó adta lehetőségek és várható eredmények megvilágításával sikerül eredményt elérni. Van ahol, úgy nevezett központi védőnői tanácsadók kialakítására került sor, mert a települési önkormányzat egy helyen tudja a feltételeket biztosítani. A 24. sz. ábrán látható, hogy az önálló védőnői tanácsadók aránya 2006-ban 68,5% volt (2224 tanácsadó), míg az orvosi rendelővel közös tanácsadók aránya 31,5% (1027 tanácsadó). Ez utóbbiakban vizsgálni szükséges, hogy a védőnői tanácsadás, illetve a védőnői alapfeladat mennyire biztosítható. (Forrás: OSZMK)



A területi védőnői tanácsadókra vonatkozó minimumfeltételek

A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet 4. sz. melléklete határozza meg a védőnői tanácsadó kialakítására, alapfelszerelésére vonatkozó előírásokat az alábbiak szerint:

A védőnői tanácsadó kialakítása

A tanácsadónak

- a műszaki előírások figyelembevételével legalább 18 m² alapterületű, a négy szemközti védőnő-gondozott találkozásra alkalmat adó helyiséggel bekezdéshez,
 - városházával, gyermekocsi tárolóval,
 - mellékkelhelyiségekkel (mosdó, WC, külön személyzeti)
- kell rendelkeznie.

A tanácsadónak jól megközelíthetőnek, akadálymentesnek kell lennie. Biztosítani kell a megfelelő fűtést, világítást, valamint a hideg, meleg folyóvizet. Amennyiben legalább két védőnő dolgozik egy tanácsadóban, részükre munkaszobát kell biztosítani.

A védőnői tanácsadó alapfelszerelésére vonatkozó előírások:

- Személmérleg, magasság-mérőállvány, csecsemőmérleg, mérőszalag, hosszúságmérő, audiométer, látásélesség vizsgáló tábla, színlátást vizsgáló könyv, vérnyomásmérő, különböző méretű mandzsetta, fonendoszkóp, magzati szívhangvizsgáló készülék, vizeletvizsgálathoz reagensek, tesztek, kémcsövek, kémcsőállvány, vizeletgyűjtő pohár), vércukor meghatározáshoz eszköz, egyszer használatos gumikesztyűk, gumiujjak, egyszer használatos fecskendők, injekciós tűk (különböző méretben), leszorító gumi, csipesz (kullancs, szálla), olló (különböző), egyszer használatos nyelvlapoc, kötszerek (különböző méretű steril és nem steril), lázmérő, kanál, vizespohár, pedálos vödör, textíliák (köpeny, törölköző, lepedő, műszertörölő), hűtőszekrény, hűtőtáska, veszélyes anyagok tárolására alkalmas hulladékgyűjtő, bútorzat (műszer- és kötszerszekrény, vizsgálóasztal, műszerasztal, mérlegasztal, pakolóasztal, zárható íróasztal, irattartó szekrény, számológép asztal, székek, fekvőhely).
- Telefon, számítógép és nyomtató.

A területi védőnői tanácsadások jelentősége, rendje

A védőnői tanácsadással szembeni elvárás, hogy ne csak felvilágosításból, tájékoztatásból, oktatásból álljon, hanem egy interakció legyen, amely során a védőnő időt, figyelmet, elfogadó magatartást, légkört biztosít, hogy segítse a gondozott egyént, családot az egészséges életvitelben, a problémák feltárásában, megfogalmazásában és a megoldás

lehetőségeinek megtalálásában. Alapvetővé vált, hogy a gondozott személy kapja meg a döntéséhez szükséges ismereteket. Szükség esetén fontos megbeszélni a szükségletek előnyét, hátrányát, lehetőségét és veszélyeit. Ez a típusú tanácsadás más módszereket és sokkal több időt igényel, mint az orvos-védőnői tanácsadás. Az orvos-védőnő tanácsadása erre nem alkalmas, de annak nem is ez a célja. A védőnők körében nagyon nagy az igény, a tanácsadás és a csoportos foglalkozás módszereinek fejlesztésére irányuló továbbképzésekre, tréningekre.

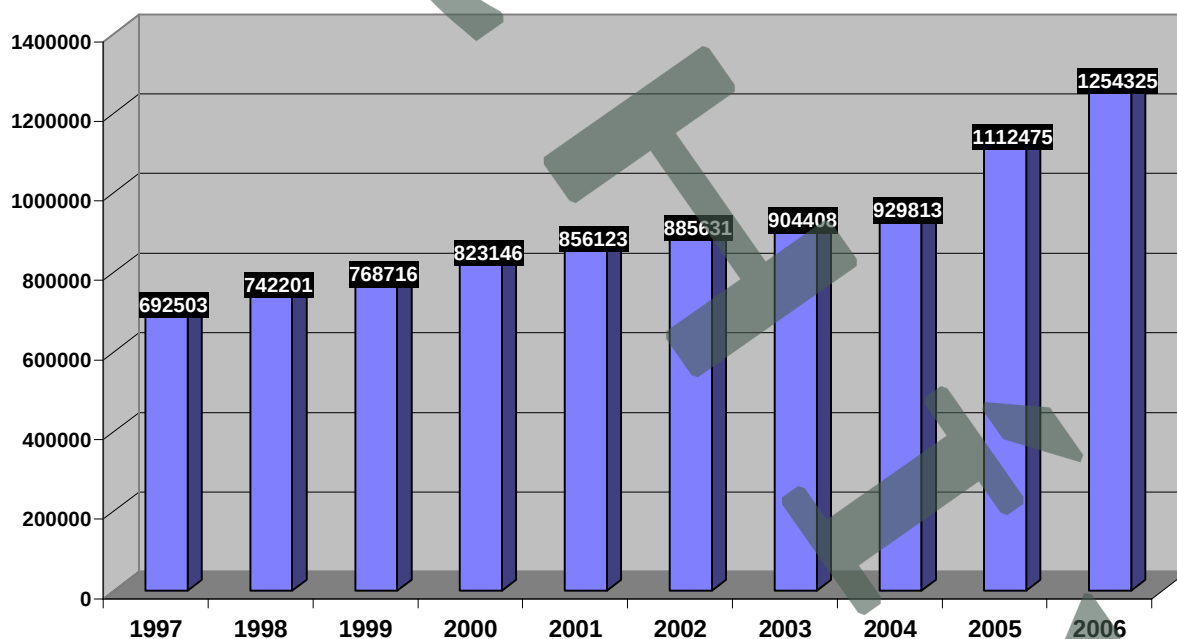
A védőnői tanácsadások rendjét a 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet az alábbiak szerint írja elő:

- nők, várandós anyák részére tartott tanácsadás: legalább heti 1 alkalommal, minimum 2 órában;
- csecsemő-, gyermek-, ifjúsági tanácsadás: legalább heti 1 alkalommal, minimum 2 órában. [3]

A területi védőnői tanácsadások forgalmának alakulása

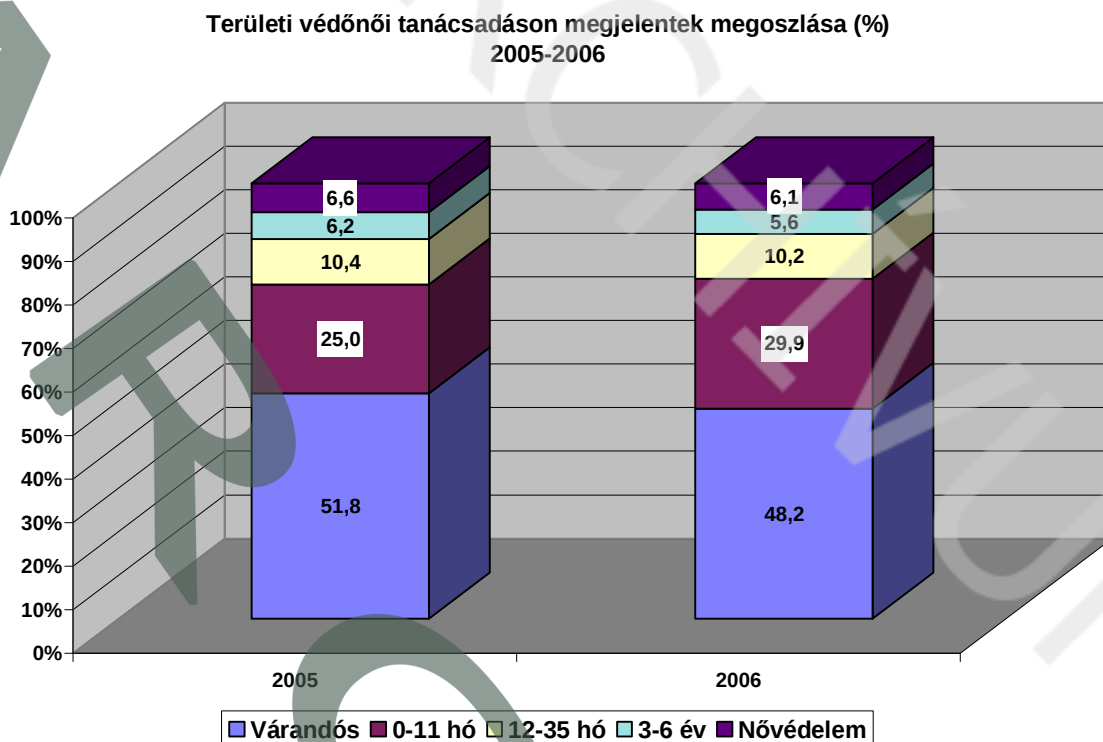
A 25. ábrán látható az önálló védőnői tanácsadás forgalmának növekedő tendenciája. Remélhetőleg a gondozottak részvételének további emelkedését fogja eredményezni a működési engedélyek felülvizsgálata, a védőnői tanácsadások szervezésének és megtartásának szisztematikus betartatása, a szükségleten alapuló, célirányos a gondozottal közösen kialakított gondozási tervek alkalmazása. A tervszerű védőnői gondozás segítheti megérteni, hogy mely szükséglet (igény), elvárás, cél megvalósításában a tanácsadó a megfelelő és melyek azok, amelyek a családi környezetben teljesíthetők (pl. mozgás megfigyelése, fertőző források, a mérgező anyagok, feltérképezése, balesetvédelem, házi patika, stb.) Ezzel érdekeltté lehet tenni a családokat a tanácsadáson való részvételre, és a családlátogatás teljesülésében is. Szükséges elérni azt is, hogy a tanácsadók tábláin ne csak a csecsemő-tanácsadás szerepeljen, hanem a teljes kör legyen feltüntetve.

**Területi védőnői tanácsadáson való megjelenések forgalmának alakulása
1997-2006**



25. sz. ábra

A 26. ábra ábrán a területi védőnői tanácsadáson megjelentek megoszlása látható 2005-2006-ban.



Egy gondozottra jutó védőnői tanácsadáson való megjelenésének alakulása

- várandós anyára átlagosan: 1997-ben 2; 2006-ban 4 volt;
- 0-11 hónapos csecsemőre átlagosan: 1997-ben 2; 2006-ban 4 volt;
- 12-35 hónapos kisdre átlagosan: 1997-ben 0; 2006-ban 1 volt;
- 3-6 éves gyermekekre átlagosan 2005-ben 0 fő; 2006-ban 0 fő volt
- az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éves fiatalok tanácsadáson való megjelenéséről nincs adatszolgáltatás. (Forrás: OSZMK)

Ezek az adatok azt is jól tükrözik, hogy az erőfeszítések lassan, de megtérülnek, ahol biztosított a védőnői tanácsadás, ott a lakosság nagyobb arányú megjelenése is tapasztalható.

Területi védőnők által tartott csoportos foglalkozások

Az életminőség javításában, az egészségmegőrzésében a helyi közösség szerepe rendkívül jelentős, ezért befolyásolásuk, segítségük, erősítésük esetleg létrehozásuk fontos erőforrás és hatékony befektetés. A közösségi szintér az egészségfejlesztés fontos célterülete és egyúttal kiemelkedő jelentőségű szereplője. E szinterek egy része formális valamilyen szervezethez kötődik, pl. védőnői körzet, óvoda, iskola, munkahely. A szinterek másik része nem formális szervezeti tagságon alapul – spontán kialakult közösségekhez (mi falunk), esetleg szituatív csoportosulásokhoz kapcsolható (diszkrét).

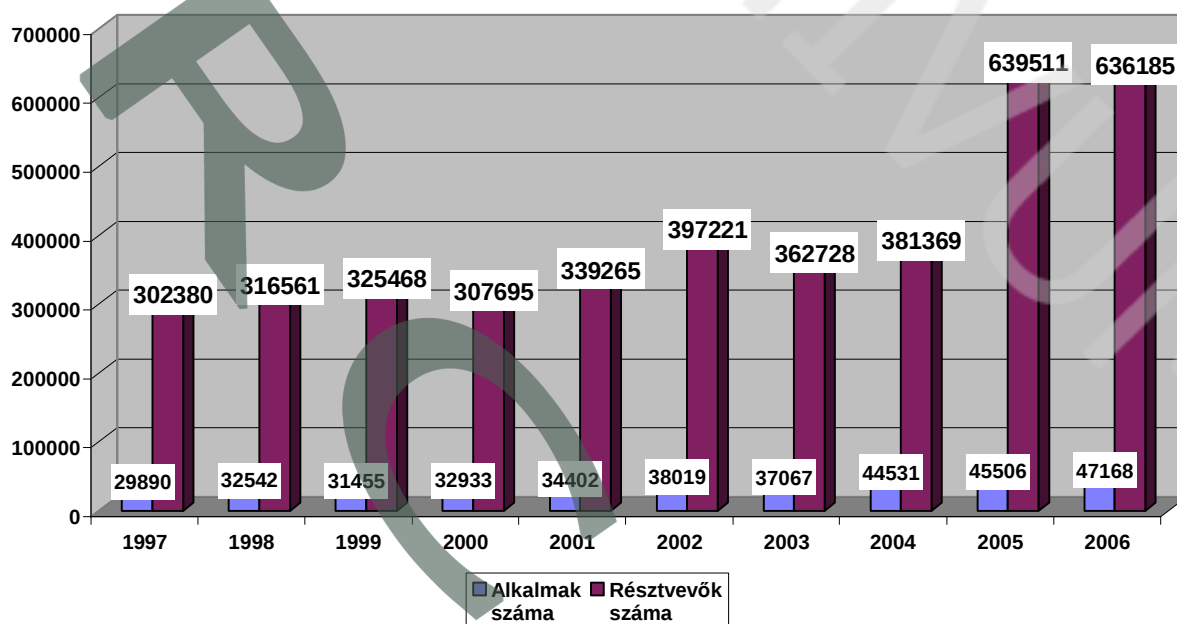
A védőnők közreműködnek egészségvédelmi programok, csoportos foglalkozások szervezésében és lebonyolításában is. A csoportfoglalkozás az egészségfejlesztés egyik hatékony formája, mellyel szemben ma már elvárás az, hogy az ismeretek átadásán (előadáson) túl biztosítson időt a résztvevőknek az adott témakör részletes megbeszélésére, a kérdések megválaszolására, a félelmek, szorongások csökkentésére, az ok-okozati összefüggések megértésére, a befolyásolásra és meggyőzésre. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet rendelkezik a csoportos egészségfejlesztő foglalkozások tartásáról (szülésre, szoptatásra felkészítés, baba-mama klub, csecsemő masszáz, életmód klub, szülők iskolája stb.), mely a következők szerint került előírásra: „Igény szerint az adott programnak megfelelő rendszerességgel, előre tervezetten.” A csoportfoglalkozások tartásában meghatározó, hogy a tanácsadóban, illetve a körzetben

hozzáférhető-e térítésmentesen megfelelő helyiség. A jogszabály alapján lényegében nem kötelezhetők a védőnők csoportos foglalkozásra, mégis tartanak, sőt 2005-től jelentős mértékben emelkedett az alkalmak száma, mely a 27. sz. ábrán is jól látható.

A csoportos foglalkozások alkalmainak száma 1997-ben 302380, 2006-ban 636185 volt. A résztvevők száma 1997-ben 29890 és 2006-ban 47168 fő volt. Egy betöltött védőnői állásra jutó csoportos foglalkozások alkalmainak száma 1997-ben 7 volt, míg 2006-ban 12.

(Forrás: OSZMK)

Területi védőnők által tartott csoportos foglalkozások és résztvevők számának alakulása 1997-2006



27. sz. ábra

8. A területi védőnői munka módszere – a gondozási terv, a gondozás

A védőnői munka módszere a gondozás. A védőnői munka standardjai között megfogalmazott elvárás, hogy a védőnői munkáját *gondozási terv* (rövid, közép, hosszú távú) alapján végezze. Ez a gondozott személy egészségi állapotára, a családi-, munkahelyi-és közösségi anamnézis során szerzett ismereteken, észleléseken, tapasztalatokon alapul. Ezen ismeretek birtokában a védőnő a gondozott személlyel együtt határozza meg azokat a célokat és feladatokat, melyek prioritást kell, hogy kapjanak az anya, a magzat, a gyermek, a család egészsége érdekében (rövid, közép, hosszabb távon). Közösén feltárják azokat a teendőket, alternatív megoldásokat, melyek szükségesek a célok megvalósításához. A védőnő lehetőségeihez képest segítséget és támogatást nyújt a célok megvalósításában. A gondozás folyamata során a veszélyeztető tényezők vagy azok gyanúja, kóros elváltozások észlelése esetén jelez az illetékes szakember felé (pl.: a kezelő orvos, a gyermekjóléti szolgálat felé).

A közösén kialakított gondozási terv, illetve annak rögzítése, aláíratatása az anyával, gondozott személlyel még nagyon újszerű, sokat beszélünk róla, de még a gyakorlatban nem terjedt el, pedig ez az egyik eszköze annak, hogy a gondozott személy szükségletei, elvárásai tisztázódjanak és a védőnő az ellátás során ezeket, figyelembe vegye. Ezért a védőnői szakma fontos standardja. Ezzel biztosítható a szükségleten alapuló, célirányos gondozás és az elégedettség növelése. A megvalósításhoz széleskörű továbbképzésre, tréningre van szükség, különösen azoknak a kolléganők körében, akik a felsőfokú képesítést kiegészítő képzésben, illetve a 3 éves képzésben végeztek.

Teendő a védőnő és az orvos, gondozással kapcsolatos szakmai véleménykülönbsége esetén

A védőnő és a házi gyermekorvos/házi orvos gondozással kapcsolatos szakmai véleménykülönbsége esetén - bármely fél kezdeményezésére - a háziorvosi ellátás és a védőnői ellátás illetékes szakfelügyelője közös álláspontot alakít ki. Fontos, hogy a

problémák helyi szinten a két fél között rendeződjön, és csak akkor lépjen közbe a szakmai felügyelet, ha ez nem történik meg. A korszerűtlen elvek terjedésének azonban gátat kell vetni. [3]

9. A területi védőnő észlelési, jelzési, együttműködési kötelezettsége az egészségügyi rendszerben

A terhesgondozásról szóló 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet szabályozza, hogy a területi védőnő tájékoztatja az állapotos nő kezelőorvosát, a gondozás során tudomására jutott mindazon körülményekről, amelyek befolyásolhatják a magzat egészséges fejlődését. A védőnő sürgős esetekben kezdeményezheti az állapotos nő kórházba utalását, valamint szociális segélyezését, illetőleg anyaatthonba történő elhelyezését, a születendő gyermek állami gondozásba vételét.

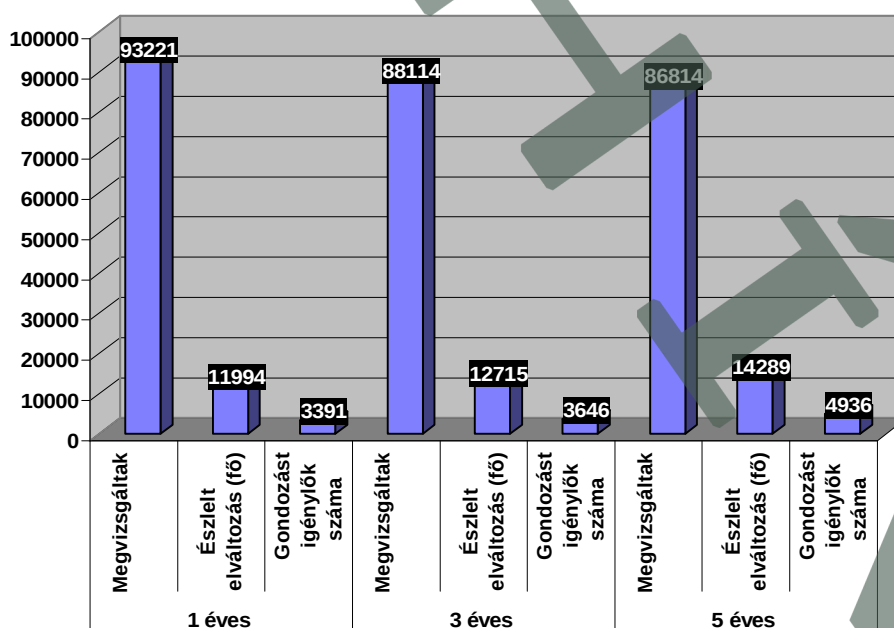
A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendeletben került szabályozásra, hogy a 0-6 éves korúak vizsgálata, szűrővizsgálata során észlelt eltérésről a házi gyermekorvos/házi orvost írásban kell értesíteni. A gyermek fejlődését veszélyeztető tényezők észlelésekor a háziorvost, illetve a gyermekjóléti szolgálatot haladéktalan értesítése mellett, a védőnőnek fokozott gondozásba kell vennie a veszélyeztetett gyermeket és családját.

A szűrővizsgálatok során az 1, 3 és 5 éves korúaknál észlelt elváltozások

A területi védőnői éves jelentés tartalmaz adatokat az 1, 3 és 5 éves korúak szűrővizsgálatára vonatkozóan. A védőnői nyilvántartásban szereplő, az év folyamán 1. életévüket betöltötték száma 2006-ban 94048 fő volt. Közülük a megvizsgáltak, szűrővizsgálatban részesültek száma 93221 fő volt (99,1%). A 3 évesek esetében 88935 töltötte be a 3. életévét és közülük 88114 főnél (99,1%) történt meg a szűrővizsgálat. Az 5. életévüket betöltötték száma 89689 fő volt és közülük szűrővizsgálatban részesült 86814 fő (96,8%).

A 28. ábra mutatja, hogy a megvizsgáltak számát, valamint, hogy közülük mennyi gyermeknél észleltek elváltozást (őket nevezzük kiszűrteknek), valamint hogy a kiszűrte gondozottak közül, mennyi igényelt további figyelmet, gondozást.

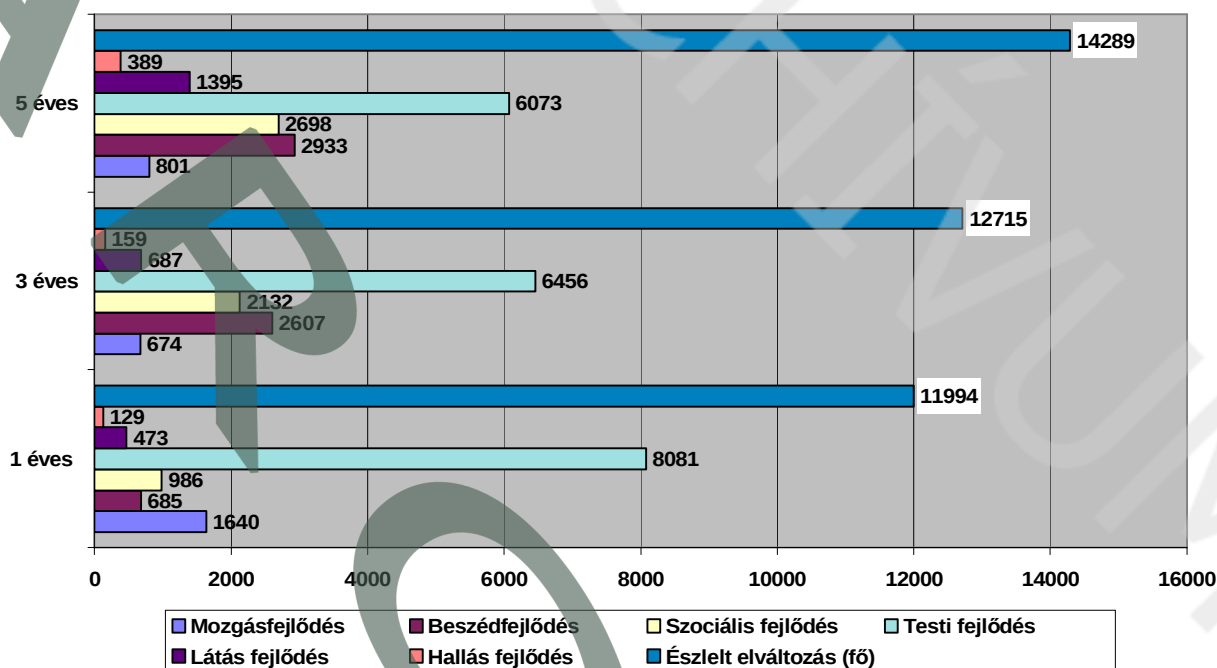
Az év folyamán 1., 3., 5. életévüket betöltötték szűrővizsgálata (fő), elváltozás észlelése (fő) és gondozást igénylők (fő) alakulása
2006



28. sz. ábra

A 29. ábrán látható hogy 1, 3, és 5 évesek körében hány főnél volt tapasztalható az adott elváltozás (mozgás-, beszéd-, szociális fejlődés, a testi fejlettség, a látás és a hallás).

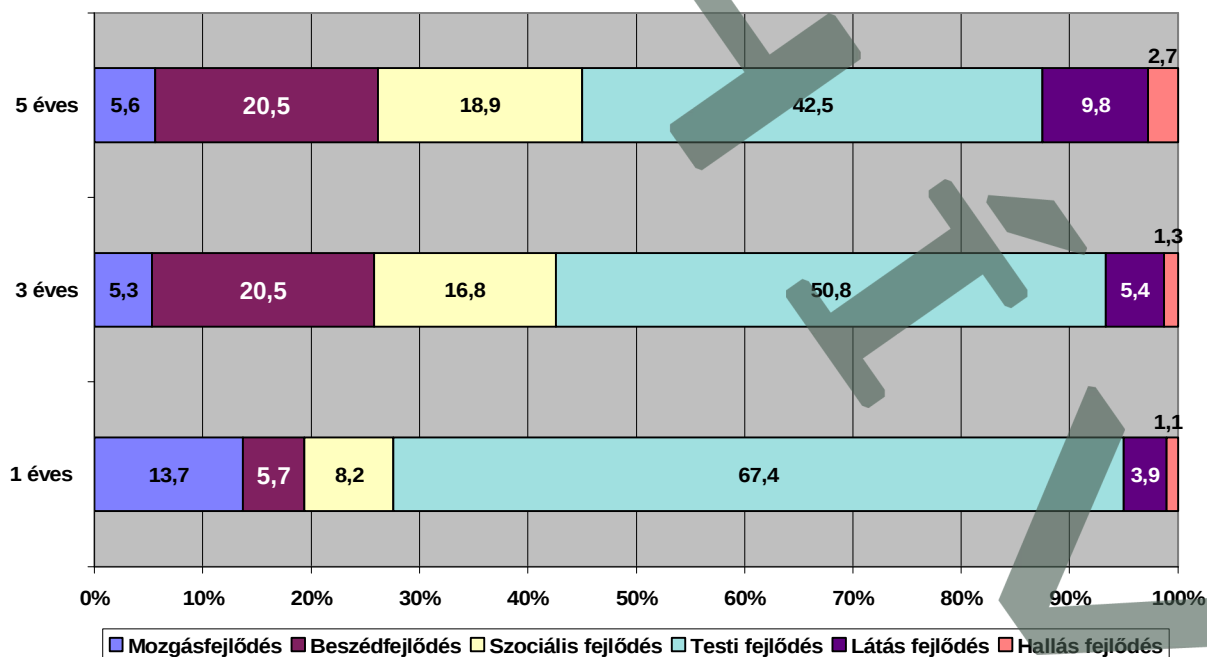
Az év folyamán 1., 3., 5. életévüket betöltött gondozottaknál észlelt elváltozások alakulása (fő)
2006



29. sz. ábra

A 30. ábra azt mutatja, hogy az 1, 3, és 5 évesek gyermekeknél tapasztalt elváltozások megoszlását (gyermekre, főre vonatkozóan).

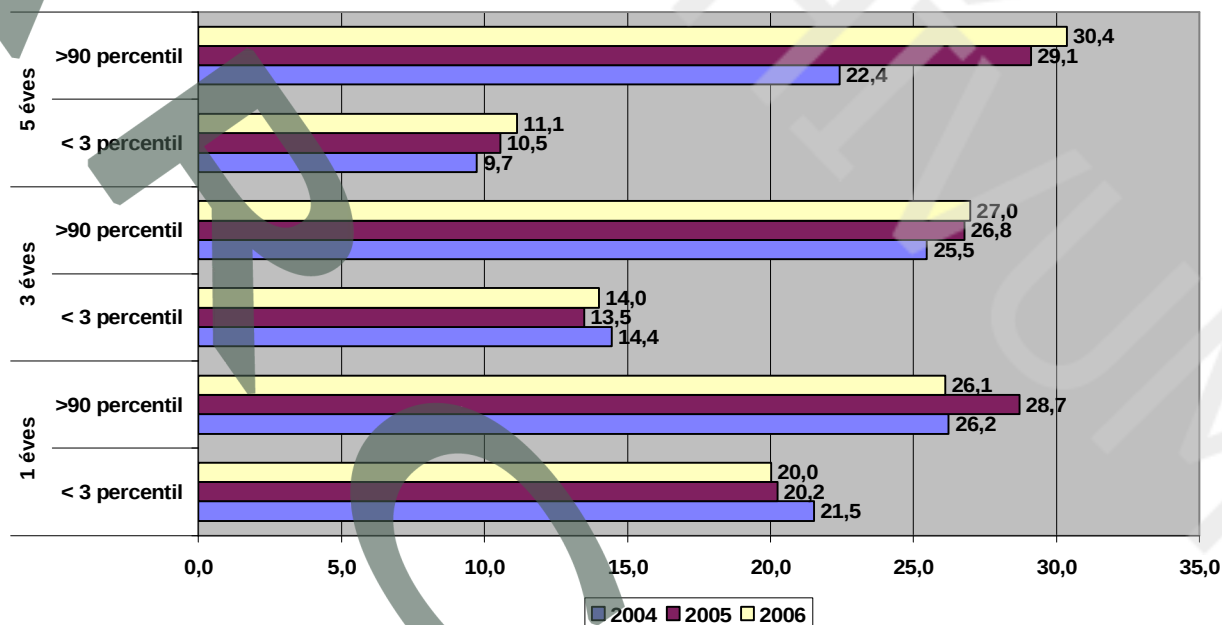
1., 3., és 5. életévüket betöltöttek körében észlelt elváltozások megoszlása (%)
2006



30. sz. ábra

A 31. sz. ábra mutatja az 1, 3 és 5 éves korban megvizsgálta közül a testi fejlettség tekintetében fokozott gondozást igénylők arányának alakulását. A testmagasságra vonatkoztatott testtömegének percentilisei (pc) alapján, a 3pc alatti, a kóros soványságra, míg a 90pc fölötti, a kóros túlsúlyra hívja fel a figyelmet. [16]

1., 3. és 5. életévüket betöltötték körében, a testi fejlettségben észlelt kóros elváltozások arányának (%) alakulása
2006



31. sz. ábra

A területi védőnők és az orvosok érdemi együttműködésének helyzete

A védőnő a gondozási feladatait önállóan végzi, ennek során kapcsolatot tart és együttműködik az egészségügyi alapellátás és szakellátás szakembereivel. Legszorosabban a háziorvossal, a házi gyermekorvossal és a szülész-nőgyógyász szakorvossal. A felesleges párhuzamosságok és a hiányos ellátás egyaránt létező jelenség. A megfelelő megelőző-gyógyító ellátás biztosításának fontos feltétele a folyamatban résztvevő szakemberek közötti érdemi együttműködés megvalósítása. A jogszabályok azonban nem határozzák meg megfelelően a családokat ellátók közötti feladatmegosztást, az együttműködés formáit, a felelősséget és a számon kérhetőséget. Ahhoz, hogy:

- a gondozott személyek (családok) a szükségletüknek megfelelően részesüljenek a megelőzésben (primer, a szekunder, tercier) és a gyógyító ellátásban,
 - megvalósulhasson a jogszabályok, a protokollok, szakmai irányelvek, az állásfoglalások, az útmutatások egységes szemléletű alkalmazása,
 - hiteles legyen a megelőző ellátás és gondozás, mely szükséges, hogy megnyerjük a gondozott személyeket és családtagjaikat az együttműködésre,
- a védőnőknek és az orvosoknak egyaránt, kölcsönösen, hatékonyan, a képzettségnek megfelelően kell részt venniük a megelőző-gyógyító ellátásban.

Az orvosok többsége azonban nem ismeri a védőnői képzettség tartalmát, ezért nem a képzettségnek megfelelő feladatok ellátását várja el a védőnőtől, ezáltal a megszerzett tudás egy jelentős része nem kerül alkalmazásra és felejtődik.

Az elmúlt évtizedben, az alapellátásban bekövetkező reformfolyamat, a szabad orvosválasztás jelentős változást idézett elő a területi védőnők és a házi gyermekorvosok munkakapcsolatában. Sokféle fórumon gyakran általánosításként hangzik még ma is el, hogy a házi gyermekorvosok és a védőnők között a kapcsolat jelentős mértékben megromlott és rosszra vált. Ezért 2002-ben felmérést végeztünk, hogy megvizsgáljuk a területi védőnők és a megelőző ellátásban közreműködő orvosok (szülész-nőgyógyászok, házi gyermekorvosok és

házi orvosok) együttműködésének helyzetét. Az egységes értelmezés érdekében a felmérés előtt definiálásra került az „érdemi együttműködés” fogalma az alábbi módon:

A védőnő és az orvos között valamilyen rendszerességgel megvalósuló kommunikáció

- a közösen gondozott személlyel,
- a szakmai irányelvekkel,
- egymás munkájával kapcsolatban.

A védőnői körzeteket összesen 63619 orvos-védőnő kapcsolat (nem létszám!) jellemezte a felmérés időpontjában. Ez magában foglalta a várandós anyákat ellátó szülész-nőgyógyász szakorvosokkal (SZ), a 0-16 éves gyermekeket ellátó házi gyermekorvosokkal (HGYO) és házi orvosokkal (HO) való kapcsolatokat. A védőnői körzetbe „bedolgozó” orvosok 97,9%-át a védőnők név szerint ismerték. A név szerint ismert összes orvos kapcsolatok megoszlását az alábbiak jellemezték:

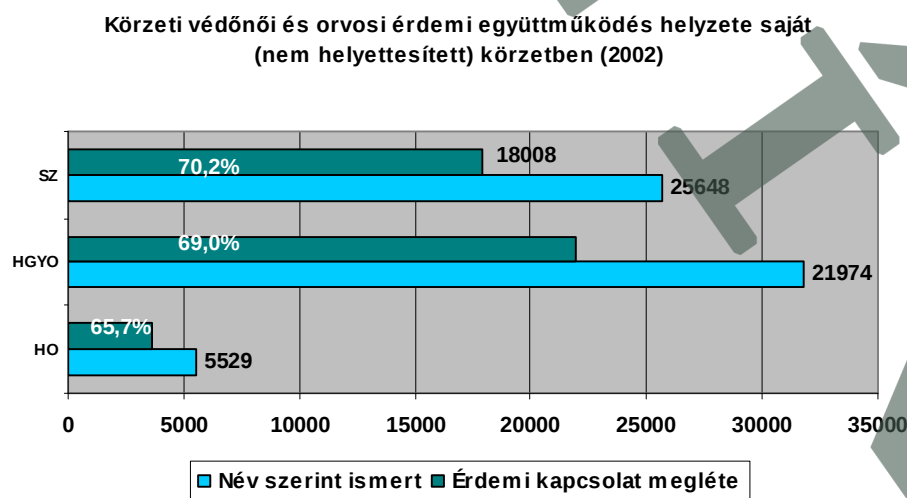
- a szülész-nőgyógyász kapcsolatok az összes kapcsolatok 40,7%-át,
- a házi gyermekorvos kapcsolatok a 50,5%-át
- a háziorvos kapcsolatok 8,8%-át képezték.

Az adatok jól mutatják, hogy a védőnői munka jelentős része a házi gyermekorvossal és a szülész-nőgyógyász szakterülettel együttműködésben történik, ezért nem lehet csak a házi gyermekorvos, háziorvos relációban gondolkodni a védőnői tevékenységet illetően. Egy területi védőnőre jutó név szerint ismert orvos kapcsolatok átlagos száma országosan 18 volt. Ebből szülész-nőgyógyász kapcsolat 7, házi gyermekorvos kapcsolat 9 és háziorvos kapcsolat 2, de nagy városokban ennél sokkal több is előfordult.

Ilyen körülmények között csak akkor valósítható meg az érdemi együttműködés, ha az nem egyoldalú és az érintett szakemberek kölcsönösen motiváltak az együttműködés kialakítására és fenntartására. Egyéb esetben nehezen kivitelezhető, hogy a védőnő megfelelően tudja minden egyes orvos egyéni elveit is figyelembe véve végezni a megelőző ellátást, illetve a gyógyító tevékenységben való megfelelő közreműködést.

A területi védőnők és az orvosok érdemi együttműködésének helyzete

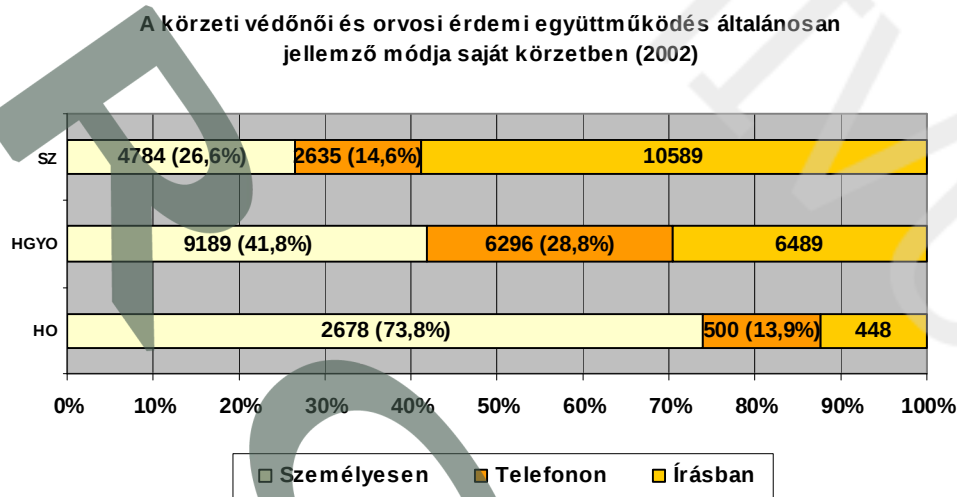
A név szerint ismert orvosok közül a szülész-nőgyógyászokkal 70,2%-ban, a házi gyermekorvosokkal 69,0%-ban és a háziorvosokkal 65,7%-ban létezett érdemi együttműködés. A 35. sz. ábrán látható, hogy mindhárom szakterületre vonatkozóan a kapcsolatok 1/3-ában nem valósult meg az érdemi együttműködés a területi védőnő és az orvos között. Ez azt jelenti, hogy ezekben a kapcsolatokba tartozó gondozottak számára nem adatik meg az esély sem, hogy a védőnő-orvos megfelelő együttműködésben biztosítsa számukra a megelőző-gyógyító ellátást.



35. sz. ábra

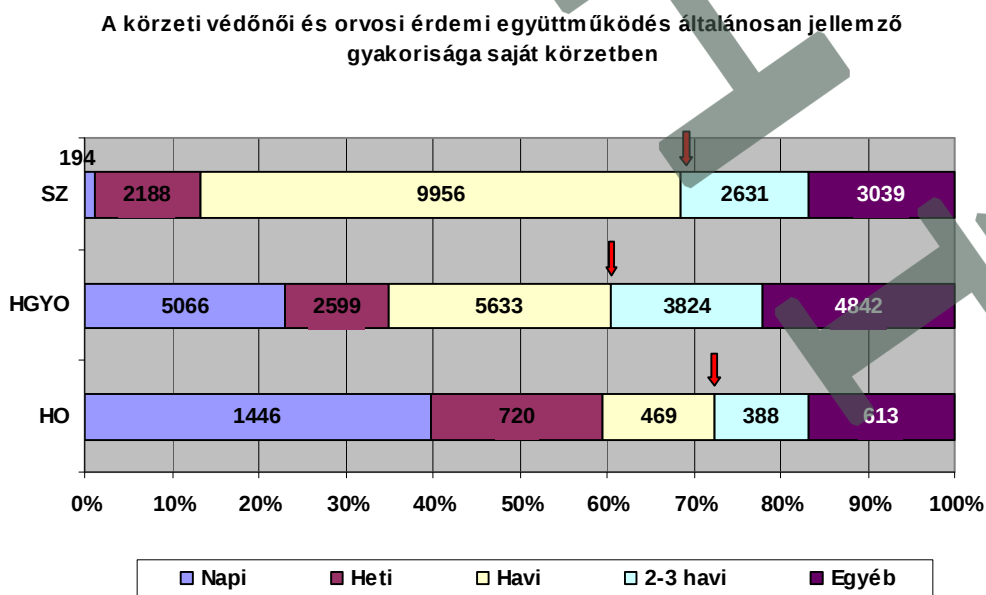
A területi védőnő és az orvosok közötti érdemi kapcsolat módja

A szülész-nőgyógyászokkal való kapcsolatokra jellemző volt, hogy 26,6%-ban személyesen, 14,6%-ban telefonon és 58,8%-ban írásos formában valósult meg. A házi gyermekorvosokkal való kapcsolatokra 41,8%-ban a személyes (valószínűleg a közös tanácsadóban dolgozókra jellemző), 28,8%-ban telefonos és 29,4%-ban írásos forma a volt a jellemző. A házi orvosokkal való kapcsolatokban 73,8%-ban jellemezte a személyes, 13,9%-ban a telefonos és csak 12,3%-ban az írásos forma. Az adatok jól mutatják, hogy a területi védőnők és a háziorvosok kapcsolatainak 87,7% szóban történik, tehát sokkal személyesebb, mint a szülész-nőgyógyászokkal (41,2%) és a házi gyermekorvosokkal (70,6%). (36. sz. ábra)



A területi védőnők és az orvosok érdemi együttműködésének gyakorisága

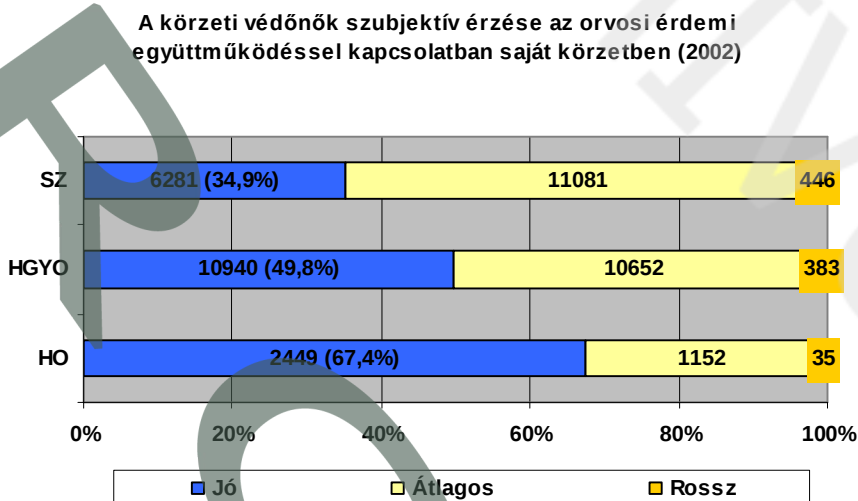
A megfelelő együttműködéshez, szükség lenne a legalább havonta kommunikálni. Ez a szülész-nőgyógyász kapcsolatokban 68,5%-ban, a házi gyermekorvosokkal 60,4%-ban és a házi orvosokkal 72,5 %-ban valósult meg. A területi védőnők és a háziorvosok közötti kapcsolat nemcsak személyesebb, hanem az egy hónapon belüli kommunikáció gyakorisága is nagyobb mértékben volt jellemző. (37. sz. ábra)



Egy hónapon belül megvalósuló kommunikáció

A területi védőnők szubjektív érzése az orvosokkal való érdemi együttműködéssel kapcsolatban

A szülész-nőgyógyászokkal való kapcsolatok 34,9%-át jónak, 61,5%-át átlagosnak, 2,6%-át rossznak minősítették a védőnők. Ez a házi gyermekorvosokkal kapcsolatban 49,8%-át jónak, 48,5%-át átlagosnak és 1,7%-át rossznak, a házi orvosokkal való kapcsolatok 67,3%-át jónak, 31,7%-át átlagosnak és 1%-át rossznak minősítették a területi védőnők. Az adatok alapján megállapítható, hogy a legjobbnak a védőnők a háziorvosokkal való kapcsolatot tartják, valószínűleg azért, mert a kistépüléseken a személyes és a gyakoribb kommunikáció jobban megvalósítható. (38. sz. ábra)



38. sz. ábra

Az adatok alapján megállapítható, hogy érdemi együttműködés ott is megvalósítható, ahol a védőnői és az orvosi tanácsadás nem azonos helyszínen van. A szülész-nőgyógyászok esetében 81,5%-ban, a házi gyermekorvosok esetében 70,7%-ban és a háziorvosok esetében 53,0%-ban volt érdemi együttműködés annak ellenére, hogy nem azonos helyszínen történt a tanácsadás. [17]

10. A területi védőnő észlelési, jelzési és együttműködési kötelezettsége a gyermekvédelem területén

A védőnő a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése érdekében a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódóan is ellát feladatokat, az észlelő-és jelző rendszer tagjaként. Köteles *jelyezni*, ha a várandós anya szociális válsághelyzetét, illetve a gyermek veszélyeztetettségét észleli és *szorosan együttműködve* a gyermekjóléti szolgálattal közreműködni csökkentése, megszüntetése érdekében. Jogszabály írja elő, hogy ilyen esetekben a területi védőnő és a gyermekjóléti szolgálat haladéktalanul tájékoztatják egymást. A gyermek bántalmazása, súlyos elhanyagolása vagy egyéb más, súlyos veszélyeztető ok fennállása, valamint a gyermek önmaga által előidézett súlyos veszélyeztető magatartása esetén a védőnő is köteles hatósági eljárást kezdeményezni.

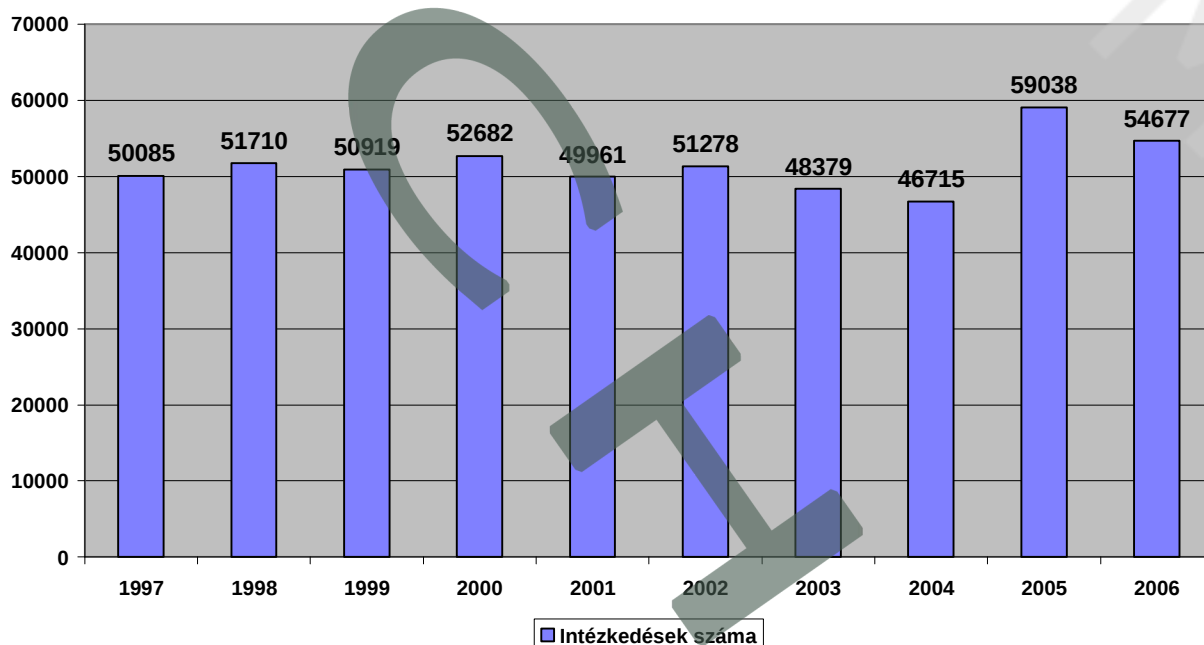
A gyermekjóléti szolgálat kezdeményezi, szervezi és összehangolja az észlelő-és jelző rendszerben működő személyek és szervezetek részvételét, így az egészségügyi szolgáltatást nyújtókra vonatkozóan is, különösen a védőnőre, a házi orvosra, a házi gyermekorvosra. Működésének megkezdéséről, tevékenységének céljáról és tartalmáról, továbbá elérhetőségéről, valamint szolgáltatásai igénybevételének módjáról tájékoztatja a települési, településrész lakosságát, továbbá az észlelő-és jelző rendszerben működő személyeket és intézményeket. Az észlelő-és jelző rendszerben működő személyekkel és intézményekkel való együttműködés, valamint tevékenységük összehangolása érdekében esetmegbeszélést tart. Az esetmegbeszélés állandó meghívottja többek között, az illetékes védőnő. Az esetmegbeszélésen elhangzottakról feljegyzést készít. Az esetmegbeszélés történhet esetkonferencia és szakmaközi megbeszélés keretében. Az esetkonferencia egy adott család

ügyében tartott megbeszélés, lehetőség szerint a család és a családdal foglalkozó szakemberek bevonásával. A szakma közti megbeszélés a gyermekjóléti szolgálat és a jelzőrendszer tagjai között, előre meghatározott témakörben, évente legalább hat alkalommal megrendezésre kerülő összejövétel. A gyermekjóléti szolgálat minden év március 31-ig tanácskozást szervez, amelyben a jelzőrendszer írásos tájékoztatóit figyelembe véve átfogóan értékeli a jelzőrendszer éves működését, áttekintik a település gyermekjóléti alapellátásának valamennyi formáját, és szükség szerint javaslatot tesznek működésük javítására. A tanácskozásra meg kell hívni többek között a jelzőrendszer tagjainak képviselőit, így a védőnőt is. [18, 19]

A területi védőnők által kezdeményezett intézkedések

A területi védőnői éves jelentés tartalmaz adatokat az év során tett védőnői intézkedésekre vonatkozóan, melyek – az útmutatónak megfelelően – az anyaoththoni elhelyezést, a gyermekjóléti szolgálat számára történt jelzést, védőnői környezettanulmány írását foglalja magában. A 32. sz. ábrán látható a területi védőnők által megtett intézkedések számának alakulása 1997-2006 között.

**Területi védőnők által megtett intézkedések számának alakulása
1997-2006**



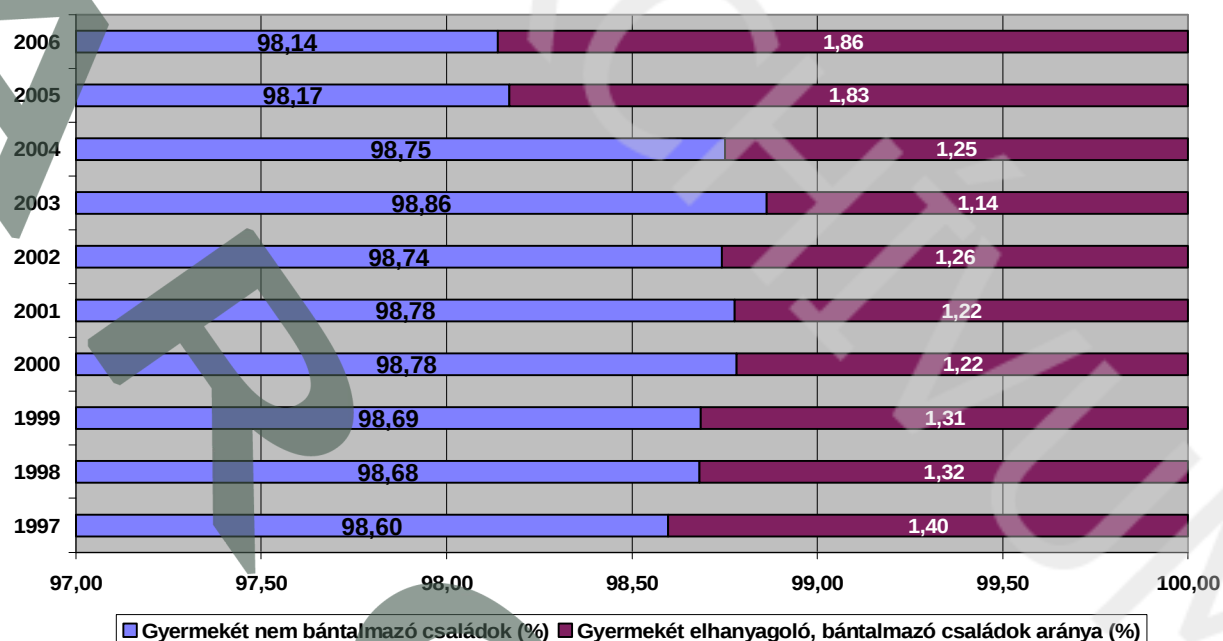
32. sz. ábra

A területi védőnő által észlelt gyermekelhanyagolás és gyermekbántalmazás

A nyilvántartott családok száma 2006-ban 610810 volt. Gyermekelhanyagolást, bántalmazást 11367 családnál (1,86%) észleltek a védőnők.

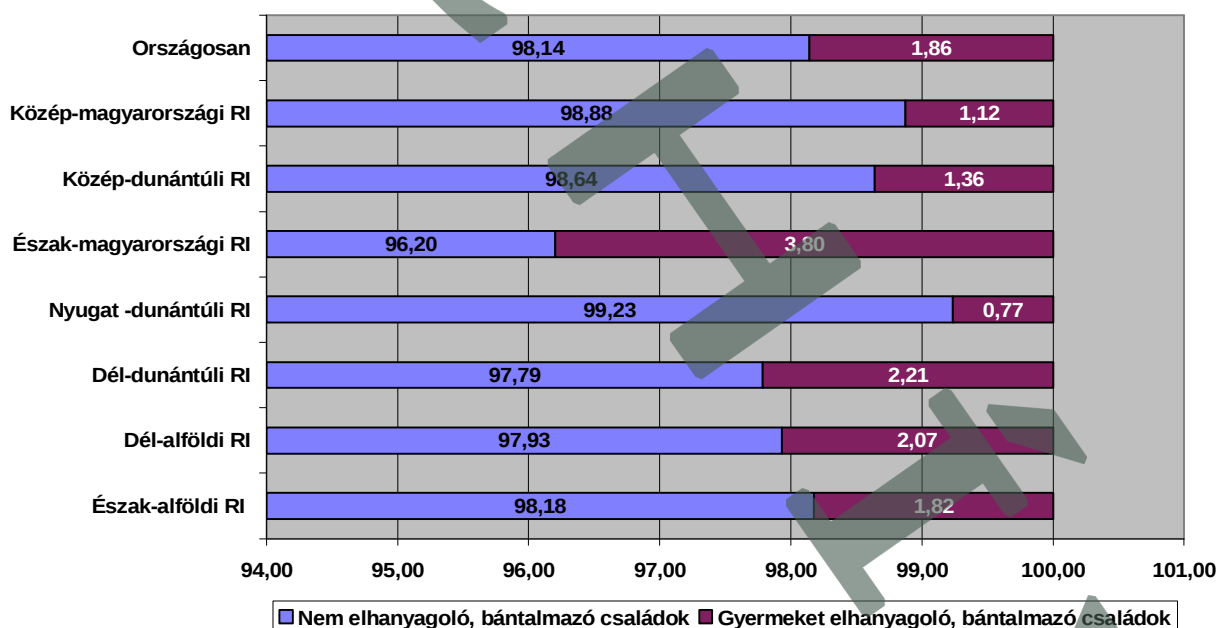
A 33. sz. ábra a gyermeküket elhanyagoló és bántalmazó családok arányának alakulását mutatja 1997-2006 között, míg a 34. ábrán a 2006. évi adatok láthatók regionális és országos szinteken. 2005-től a 6-16 éves korosztályt már nem tartalmazza az adat. (Forrás: KSH, OSZMK)

A területi védőnők által nyilvántartott családok közül
a gyermeküket bántalmazó, elhanyagoló családok aránya (%)
1997-2006



33. sz. ábra

A területi védőnők által nyilvántartott családok közül a gyermeket elhanyagoló,
bántalmazó családok arányának (%) alakulása
2006



34. sz. ábra

Eljárás csecsemőhalálozás, csecsemőgyilkosság előfordulása esetén

Csecsemőhalálozás, csecsemőgyilkosság előfordulása esetén, a gondozást végző védőnő, írásos összefoglalót készít, és a gondozással kapcsolatos dokumentáció másolatát megküldi az illetékes ÁNTSZ kistérségi intézete számára. A védőnői rendszeren belül a védőnői szakfelügyelet minden esetet megvizsgál és a tanulságok, az esettől függően kerülnek megbeszélésre egyénileg, rendkívüli értekezleten vagy a védőnői tevékenységet értékelő munkaértekezleten. Eset megbeszélő jelleggel az érintett szakemberek bevonásával még vannak csecsemőhalálozási értekezletek, de számos helyen ez megszűnt.

A területi védőnő és a gyermekjóléti szolgálat kapcsolatának tapasztalatai

1999-ben a védőnői szakmai felügyelet vizsgálta a gyermekjóléti feladattal megbízott területi védőnők helyzetét, tekintettel arra, hogy a megfelelő szakképzettségű szakemberek hiánya miatt, a települési önkormányzatok sok helyen a védőnőt bízták meg, vagy automatikusan beépítették a munkakörébe a gyermekjóléti alapellátási feladatokat. Ez jellemzően a kisvárosokban és a községekben fordult elő. Akkor 346 védőnőt érintett (8,5%). Közülük a gyermekjóléti feladat teljes körét 132 fő (38,2%), részfeladatát 214 fő (62,8%) látta el, miközben védőnői szempontból 70 fő (20,2%) tartós helyettesítést is ellátott. Intézkedés történt, hogy csak rendkívüli esetben, a szakmai felügyelet jóváhagyásával végezzen a védőnő kettős feladatot. Folyamatban van jelenleg a gyermekjóléti feladatokat ellátó területi védőnők feltérképezése országos szinten (a védőnői működési engedélyek vizsgálata keretében).

A védőnői és a gyermekjóléti rendszer együttműködését 2000-ben tekintettük át, mely alapján az alábbi megállapítások kerültek megfogalmazásra:

- A két szakterületet meghatározó jogszabályok számos helyen párhuzamosságokat tartalmaznak;
- Hiányzik a fogalmak egységes értelmezése. Ilyen például a „fokozott gondozást igénylő” és a „veszélyeztetett” terminológia;
- A partneri együttműködést hátráltatja a kompetencia határok meghatározásának hiánya. Ennek következtében jó esetben felesleges párhuzamosságok alakulnak ki, de az ellátás biztosításának hiánya tragikus következményeket eredményezhet és eredményezett, mert az egyik fél úgy vélte, hogy a másik feladata, a másik végzi el;
- A gyermekvédelemben a védőnői hálózat elsődleges szerepe, mint jelzőrendszer fogalmazódik meg. Ahhoz, hogy a gyermek a családban nevelkedjék fontos, hogy a védőnő nagyon korán tudomást szerezzen, felismerje a család működésének zavarait, problémáit annak érdekében, hogy a maga kompetenciája vonatkozásában biztosítsa a szükséges gondozást, tanácsadást, információt, segítséget, támogatást. Azonban, a kompetenciáját meghaladó problémák esetén jelzéssel kell, hogy forduljon az illetékes szakterület felé. Az is fontos, hogy a jelzés ne akkor történjen, amikor már nehéz a család működésének egyensúlyának visszaállítása. Gyakran felmerülő probléma, hogy a védőnői jelzést a gyermekjóléti szolgálat, nem veszi komolyan, nem teszi meg a szükséges intézkedést, továbbá, hogy jelzés esetén elmarad a visszajelzés a megtett intézkedésről.
- A gyermekvédelem hatékonyságának feltétele az összehangolt koordináció, mely sok helyen csak abból áll, hogy a gyermekjóléti szolgálat utasítja, beszámoltatja, adatszolgáltatásra kötelezi a védőnőt;
- Gyakran fordul elő, hogy a védőnő nem kap tájékoztatást örökbeadás, a családból való kiemelés és visszahelyezés esetén;
- Az esetmegbeszélés újszerű, rendkívül fontos szerepet tölthet be a gyermekvédelemben. Nemcsak arra ad lehetőséget, hogy a gyermek, a család helyzetét több oldalról megismerve, feltárja azokat az alternatívákat, melyek segítik a problémák megoldását, hanem arra is, hogy a közreműködő szakemberek jobban megismerjék egymást, egymás tudását, képességeit, jártasságát, egymással szembeni elvárásait. Továbbá azt is, hogy hogyan segíthetik egymás munkáját. Rávilágíthat arra is, hogy az együttműködést milyen tényezők gátolják, hátráltatják. Sajnálatos, hogy sok helyen nem történnek esetmegbeszélések, ahol igen ott gyakori, hogy a védőnő nem kap meghívást rá.
- Az Alkotmánybíróság határozata, illetve a magzati élet védelméről szóló törvény lényege, a pszichikai, orvosi, szociális és anyagi támogatás nyújtása annak érdekében, hogy a megfogant élet megszülethessen, hogy szociális, anyagi ok miatt ne kényszerüljön senki gyermeke elpusztítására. Általánosan jellemző, hogy a válsághelyzetben lévő várandós anyák gondozásában való védőnői-gyermekjóléti együttműködésnek még nincs kialakult gyakorlata.
- A jó együttműködés alapja a bizalomra épülő kapcsolat. Jelzés esetén a gyermekjóléti szolgálatnak felelősen kellene a jelzést tevő személyéről nyilatkoznia. Sok esetben a

felelősséget a védőnőre hárítva (bűnbakot) képezve mondja el az érintett családnak, hogy a védőnő az „oka” az eljárásnak. Ha szükséges elmondani, hogy ki jelzett, akkor nem mindegy, hogy ez milyen módon, milyen magyarázattal történik. Sajnos több esetben ért védőnőket emiatt zaklatás, sőt bántalmazás is. A védőnők törekednek arra, hogy tudatosítsák a családokkal, hogy ők igyekeznek megadni a szükséges támogatást, segítséget a gyermek kiegyensúlyozott fejlődéséhez, neveléséhez, de veszélyeztetése esetén szükséges jelezniük az illetékes szakembereknek. [20]

A két szakterület együttműködésének javítása érdekében helyi, megyei, országos szinten kezdeményeztünk megbeszéléseket, közös értekezleteket, közös továbbképzéseket. A vezető védőnői jelentések fokozatosan javuló kapcsolatról számolnak be.

Az együttműködés eredménye az is, hogy folyamatban van Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás kiadása „A gyermekvédelemmel kapcsolatos védőnői jelzésre, együttműködésre és az éves tájékoztató elkészítésére vonatkozóan”, mely a két szakterület közreműködésével készül és éppen véleményezés alatt áll. Még ebben az évben szeretnénk megjelentetni.

11. Rendkívüli területi védőnői feladatok ellátása

A hatályos jogszabály alapján a védőnő által ellátandó rendkívüli, illetve időszakos feladatok szervezésénél, megvalósításánál - ideértve a más területi, illetve iskola védőnői feladat helyettesítéssel történő ellátását is - a szakmai felügyelet iránymutatását figyelembe kell venni. A védőnőkkel évtizedeken át számos felmérést végeztek, melynek szabályozására volt szükség annak érdekében, hogy az alapfeladat rovására ne menjen. A rendkívüli, időszakos feladatok kiadása általában az Egészségügyi Minisztérium, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, illetve az ÁNTSZ kérésére, elrendelésére fontos népegészségügyi érdekből történik. Egyéb szervezetek megkeresése esetén a feladatok végzése önkéntes alapon, a munkáltatóval egyeztetve történhet. A védőnői alapfeladatokhoz szorosan kapcsolódó, az eredményességét növelő feladatok munkaidőn belül, a többi munkaidőn kívül végezhetők. [3]

A közelmúltban a jelentősebb rendkívüli országos szinten végzett feladatok az alábbiak voltak:

- A várandós anyák folsav szedésre vonatkozó adatok összegyűjtése a törzslapok alapján (2001-2003);
- Anyatejgyűjtés az anyatej perzisztens szerves szennyezőanyag (POP) tartalmának vizsgálatához;
- A lakosság testi-lelki egészségi állapotát, a megbetegedések rizikófaktorait és az egészségügyi ellátással kapcsolatos problémák kutatásához kérdőív pótfelvétel (Hungarostudy, 2006);
- Madárinfluenza megelőzése érdekében rendkívüli családlátogatás keretében mielőbbi tájékoztatás biztosítása minden család számára - a teljesítés heti jelentésével. A mindennapi munka mellett 5 hónap alatt, a családok 92,3%-s személyes tájékoztatásban részesült. (2006).

12. A területi védőnői ellátás helyszínei

A területi védőnő tevékenységét a fenntartó/tulajdonos által biztosított tanácsadó helyiségben, a családok otthonában, a nevelési-oktatási intézményben, közösségi programokra alkalmas helyszíneken végzi. [3]

13. A területi védőnői ellátás finanszírozása

A területi védőnői ellátás finanszírozását az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet szabályozza. A védőnői szolgáltató havi díjazásának mértéke az ellátottak száma alapján számított pontértéknek és a területi sajátosságot figyelembe vevő havi fix összeg alapján történik. Az ellátandók számát és az azokhoz tartozó pontértékek alapján számolt pontszámokat figyelembe véve a területi védőnői szolgáltató legfeljebb 750 pontot érhet el szolgálatonként. Ellátási érdekből a területi védőnői szolgáltató esetén a felső határtól a

külön jogszabályban foglaltak szerint el lehet térni (lásd V. 3. fejezet.), ez esetben is a szolgáltatót a 750 pont szerinti díj illeti meg.

Nem köthető finanszírozási szerződés új területi védőnői szolgálatra, illetve a körzethatár módosítását követően akkor, ha az ellátandók száma alapján számított pontérték városi településen nem éri el az 500, egyéb településen a 300 pontot.

Az egy pontra megállapított díj összege a védőnői ellátásra rendelkezésre álló előirányzatnak az ellátandók összesített pontszámával történő osztásával havonta kerül kiszámításra azzal, hogy az előirányzathoz előzőleg le kell vonni a havi fix díjazáshoz szükséges összegeket. Az egy pontra megállapított díj összege legfeljebb 330 Ft.

A területi védőnői ellátást biztosító szolgáltató az ellátandó terület sajátosságainak megfelelően havonta az alábbi fix összegű díjazásra jogosult:

- a) főváros, város esetén 80.000 Ft,
- b) község esetén 90.000 Ft,
- c) csatolt község esetén 100.000 Ft,
- d) külterületi lakott hely esetén 110.000 Ft.

A finanszírozási szerződésben feltüntetett ellátási terület adottságait figyelembe véve, amennyiben az ellátandó lakosság szám legalább 15%-a csatolt községben (c) vagy külterületi lakott hely (d) típusú települések valamelyikén lakik, akkor a védőnői ellátást biztosító szolgáltató a magasabb összegű díjazásra jogosult. A rendelet azt is előírja, hogy a fix összeg 15%-a a területi pótlék, továbbá tartalmazza az egészségfejlesztési, népegészségügyi feladatokért meghatározott 250 pont díját is.

A védőnői ellátást biztosító szolgáltatót a fenti a)-d) pontokban foglalt összegnél 10.000 forinttal magasabb összegű fix díj illeti meg akkor, ha a védőnői körzet kiterjed a külön jogszabályban meghatározott hátrányos helyzetű településre. Amennyiben a védőnői körzet több településre terjed ki, a szolgáltató további 20.000 Ft összegű pótlékra jogosult. A havi fix díj teljes összegére a szolgáltató akkor jogosult, ha a védőnőt teljes munkaidőben foglalkoztatja, részmunkaidőben történő foglalkoztatás esetén a díj arányos része illeti meg. Az egy éven túli helyettesítéssel ellátott területi védőnői szolgálat a fix összegű díjazás 60%-ára jogosult. A díjazás folyósítása szempontjából nem tekinthető helyettesítésnek, ha a szolgálat ellátására a szolgáltató teljes munkaidőben másik védőnőt foglalkoztat.

A szolgáltató a védőnői szolgálat által ellátandók létszámát minden év szeptember 30-ai állapotnak megfelelően október 31. napjáig, illetve körzet-határ módosítás esetén a szerződésmódosítás kezdeményezésével egyidejűleg bejelenti az illetékes egészségbiztosítási pénztárnak. A körzet 0-6 éves korú lakosságának számát és az oktatási intézménybe nem járó, otthon gondozott tanköteles korúak számát a területileg illetékes jegyző ellenjegyzése alapján, a várandós anyák számát az ÁNTSZ illetékes városi intézetének igazolása alapján. [21]

14. A területi védőnő dokumentációs kötelezettsége

A gondozott személy védőnői ellátásával kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza. *Egészségügyi dokumentáció:* a védőnői ellátás során a védőnő tudomására jutó, a gondozott személy megelőző-gyógyító ellátásával egészségügyi, személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát. A védőnő által használandó nyomtatványok jegyzékét a területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 7. mellékletében került meghatározásra. [3, 6]

A nevesített nyomtatványok többsége több évtizeddel ezelőtt készültek. A Védőnői Szakmai Kollégium felkérésére ez évben elkészült a fejlesztésre irányuló javaslat papírformátumon, mely a gondozás fontosabb szempontjainak felsorolásával segíti az élethelyzetnek, illetve korcsoportnak megfelelő színvonalasabb ellátást.

Bár számítógép szerepel a védőnői ellátás minimum feltételei között, mégis az ideiglenes működési engedélyek hátterében leginkább ezek hiánya áll. Számos probléma adódik ennek biztosítása körül. Nem elegendő, hogy működő, a védőnői programot alkalmazni képes

számítógép álljon rendelkezésre. A védőnőnek alapismeretekkel is kell rendelkeznie. Ennek továbbképzés vonzata van, továbbá, ahol több védőnő dolgozik, ott több számítógépre van szükség. A napra kész dokumentáció vezetéséhez egy gépet maximum 2 védőnő tud használni. 2004-ben az akkori EüM megbízásából felmérésre került a területi védőnői szolgálatok „informatikai” ellátottsága. Akkor a körzetek 28%-ban a védőnők önállóan, 60%-ban megosztva rendelkeztek számítógéppel. A szoftver programokat tekintve, a körzetek 75%-a a Védőnő 2000 elnevezésű (EüM térítésmentesen minden körzetnek biztosította), 10%-a a Viktória, 9%-a a Védőnő 2005, 1%-a Stefánia és 5% egyéb programokkal rendelkezett.

Az EüM megbízásából Védőnő 2000 informatikai program továbbfejlesztése 2003-2004-ben folytatódott, de 2005-ben a teljes körű elterjesztésére nem került sor. A fejlesztésben az EüM által felkért védőnők vettek részt. A szakma sürgetésére 2006-ban ismételten napirendre került a védőnői program szükségessége, azonban alkalmassá kellett tenni a készítése óta megváltozott szűrővizsgálati és védőoltási rend dokumentálására és jelentésére, melyet a programfejlesztők (OEP Finanszírozási és Informatikai Főosztálya munkatársai) 2007 júliusában fejeztek be. A program a „Védőnői Dokumentációs és Adatszolgáltató Program, 2007” elnevezést kapta. Meglátásunk szerint alkalmas a védőnői tevékenység számítógépen való dokumentálásra és a hatályos jogszabályok által előírt adatszolgáltatásra. Alkalmazásával jelentősen csökkenthető az adminisztrációra fordítható időt. A tervek szerint az EüM ezt is térítésmentesen biztosítja a védőnői szolgálatokat működtetők számára. Bevezetését 2008-tól tervezi.

Aggodalomra ad okot, hogy a program karbantartására, és továbbfejlesztésére nincs megnyugtató információnk. Az OEP Finanszírozási és Informatikai Főosztálya munkatársai a fejlesztésre, bevezetésre kaptak megbízást. További forrás nem áll rendelkezésre a Program folyamatos fejlesztésére, pl. ha a jogszabályokban, a szakmai fejlődésében változás következik be. Ez a helyzet a Védőnői Szakmai Kollégium által összeállított korszerűsített, dokumentációs rendszer tartalmának elektronikus programba való illesztésével is.

15. A területi védőnő jelentési, beszámolási kötelezettsége

A területi védőnő tevékenységéről havonta vezetett, év végén összesített és jelentett adatokat köteles szolgáltatni az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelete alapján. [22]

A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet pedig előírja, hogy a védőnő havonta oltási jelentést készítsen a körzetében nyilvántartott oltásra kötelezett gyermekekről az illetékes ÁNTSZ kistérségi/fővárosi kerületi intézete számára. [23]

A védőnő tevékenységének szakmai felügyelete során köteles adatokat, dokumentumokat az ÁNTSZ vezető védőnő számára biztosítani. [24]

Ahol a munkáltató nem kéri ott is az ÁNTSZ vezető védőnők, ösztönzik a kolléganőket, hogy készítsenek éves tevékenységükről összefoglalást. Fontos, hogy a helyi döntés hozó testület ismerje a védőnő tevékenységét eredményességét.

Az ÁNTSZ vezető védőnők minden évben a kolléganőkkel együtt, munkaértekezlet keretében értékelik a védőnői tevékenységet figyelembe véve a rendelkezésre álló adatokat, a szakfelügyelet során szerzett tapasztalatokat, bejelentett panaszokat. Megbeszélésre kerülnek az védőnői ellátással és kapcsolatrendszerével kapcsolatos prioritások, szükséges teendők és intézkedések a színvonal javítása érdekében.

VI. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása

1. Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének feltétele

- a) kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtja;
- b) az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban vagy egyéb szakmai szabályban foglalt irányelvek, különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló

szakmai irányelvek. Ezek hiányában, a módszertani útmutatókban közzétett szabályok, szakmai irányelvek vagy útmutatók, ezek hiányában széles körben elfogadott szakirodalomban közzétett szakmai követelmények.

- c) az egyén számára egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze, lehetővé tegye az ellátott személy jogainak érvényesülését;
- d) rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználásával szakmailag hatásosan nyújtható legyen. [6]

2. A belső minőségügyi rendszer

Minden egészségügyi intézménynek biztosítania kell a belső minőségügyi rendszer működését, amelynek célja:

- a) a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése és részletes tervezése, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervét is,
- b) a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, a megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése
- c) a hiányosságok okainak feltárása, az azokból fakadó költségek, károk csökkentése,
- d) a szakmai és minőségügyi követelményeknek való megfelelés és a saját követelményrendszer fejlesztése. [6]

3. A védőnői szolgálatok minősítésének helyzete

2006-ban került felmérésre a területi és iskola-védőnői ellátásokra vonatkozóan a minősített szolgálatok alakulása, melynek eredménye lehangoló. 10 megyében 18 védőnői szolgálat tanúsítása történt meg az ISO szabvány alapján. A minősített védőnői szolgálatok megoszlása a következő - 9 szolgálat az alap- és járóbeteg ellátás részeként, 4 szolgálat a fekvő-, járóbeteg és alapellátás többi résztvevőjével együtt, 2 szolgálat az alap és szociális ellátással integráltan, továbbá 3 szolgálat a gyermekjóléti, a háziorvosi, vagy az önkormányzat minden egészségügyi és oktatási intézményével együtt működik. Sajnálatos tény, hogy egyetlen védőnői szolgálat sincs ez idáig az EüM által kiadott Védőnői Ellátási Standardok alapján minősítve. Tekintettel arra, hogy a védőnők jellemzően közalkalmazottak, ezért a szolgálat minősítése a munkáltatókon múlik, akiket nem kényszeríti semmi a minőségbiztosítás belső rendszerének kialakítására, ezért nem is motiváltak annak megvalósításában. [6]

4. A külső minőségi rendszer

A külső minőségi rendszer működése az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyezési rendjére épül, és az alábbiakat tartalmazó rendszeren keresztül valósul meg:

- a) a szolgáltatások nyújtásához szükséges követelmények,
- b) az egyes szolgáltatások szakmai tartalmának,
- c) a szolgáltatások értékelési szempontjainak,
- d) az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és adatszolgáltatás minőségi követelményeinek meghatározásán, nyilvánosságra hozatalán és rendszeres felülvizsgálatán, továbbá az egészségügyi szolgáltató és szolgáltatás megfelelőségének felügyeletén, valamint megfelelőség-tanúsítás rendszerén keresztül valósul meg.

Az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások felett az egészségügyi hatóság szakmai felügyeletet gyakorol (ÁNTSZ). A szakmai felügyelet keretében az egészségügyi hatóság feladata az egészségügyi ágazati jogszabályok, valamint a szakmai szabályok érvényesülésének ellenőrzése. [6]

VII. Minőségi elvárások – standardok, iránymutatások a védőnői ellátásban

A védőnői ellátásra vonatkozóan standardok először 2005-ben kerültek kidolgozásra és megjelentetésre. Ez év februárjában az Egészségügyi Minisztérium hivatalos lapja közölte a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) kézikönyvét (1.0 változat). A kézikönyv szerkezete az ellátási folyamatra épül, folyamatszempléletű felépítése, valamint az egészségügyben alkalmazott más alapokon nyugvó szabályozó rendszerekkel - pl. MSZ EN ISO 9001:2001 vagy EFQM - együtt az integrált minőségmenedzsment rendszerek kialakítását támogatja. A MEES egy 2000-ben kezdődött folyamatos fejlesztési folyamat

eredménye, mely az alapellátástól a fekvőbeteg-ellátásig magába foglalja a különböző ellátási szinteken történő betegellátásra vonatkozó standardokat, standardmagyarázatokat és felülvizsgálati kritériumokat. A kézikönyv az Egészségügyi Minisztérium által felkért szakértők közreműködésével készült. Az aktualizálás rendszeres időközönként, háromévente történik, mely során a szükséges módosítások a szabályozásba beépítésre kerülnek.

1. A Védőnői Ellátás Folyamatának standardjai

Nővédelmi gondozás (V.NÖV.)

1. A védőnői gondozást igénylő nők nyilvántartásba vétele megtörténik.
2. A nővédelmi gondozás eseti, folyamatos, rendszeres egyéni szükségletek és az országos prevenciók irányelvek figyelembevételével dokumentáltan megvalósul és értékelt.

Várandós anya gondozása (V.VAG)

3. A várandós anya gondozásba vétele a hatályos jogszabályok szerint történik.
4. A várandós anya gondozása tervezett és dokumentált.
5. A gondozási terv megvalósul és értékelt.

Gyermerágyas anya gondozása (V.GYÁG)

6. A várandósság befejeződését követően, folyamatos gondozás látogatások és tanácsadás keretében biztosított a gyermerágyas anya részére.
7. A gyermerágyas anya első látogatása a hatályos jogszabályok, szakmai irányelvek, szakmai protokollok, és egyéb szakmai előírások a figyelembevételével történik.
8. A gondozási terv a gyermerágyas anya egyéni szükségletei és a védőnői állapotfelmérés alapján készül.

Újszülött és csecsemő gondozása (V.ÚCSG)

9. Az újszülött/csecsemő gondozásba vétele a hatályos jogszabályok szerint történik.
10. Az újszülött/csecsemő gondozása tervezett és dokumentált.
11. A gondozási terv megvalósul és értékelt.
12. A gondozási tevékenység a család otthonában, a védőnői tanácsadóban, és egyéb közösségi programokra alkalmas helyszíneken történik.
13. Az újszülött és csecsemő anyatejjel történő táplálása érdekében szoptatásbarát, szoptatástámogató védőnői tanácsadót alakít ki, és a gondozás során törekszik az anyatejes táplálást támogató magatartás kialakítására.
14. Az anyatejellátás a hatályos jogszabályoknak és a szakmai előírásoknak megfelelően történik.

1-3 éves korú kised gondozása (V.KDG)

15. A csecsemőkor után a folyamatos gondozás a kised részére biztosított.
16. A kised gondozása tervezett és dokumentált.
17. A kisedkor utáni folyamatos gondozás tervezett és biztosított.
18. A 3-6 év közötti gyerekek gondozása tervezett és dokumentált.
19. A családlátogatást, nevelési intézményi látogatást és a tanácsadásokat a védőnő a jogszabályban, szakmai irányelvek, szakmai protokollokban és egyéb szakmai előírásokban meghatározott módon végzi.

Védőoltás (V.OLT)

20. Az életkorhoz kötöten kötelező védőoltásokkal kapcsolatos védőnői tevékenység a hatályos jogszabályok alapján tervezett és dokumentált.

Iskolás, illetve tanköteles korú gyermekek védőnői ellátása (V.ISK)

21. Az oktatási intézménybe beíratott gyermekek gondozása tervezett és dokumentált. Az oktatási intézményben feladatot ellátó védőnő által ellátott gyermekek gondozása tervezett és dokumentált.
22. Az oktatási intézményi tevékenység a jogszabályban, szakmai irányelvekben, szakmai protokollokban és egyéb szakmai előírásokban meghatározott módon valósul meg.
23. Az iskola védőnő preventív tevékenysége folyamatos, tervezett és dokumentált.
24. A védőnő egészségfejlesztő tevékenysége a hatályos jogszabályok és módszertani útmutatók alapján történik.

Védőnői vizsgálatok, szűrővizsgálatok (V.SZŰR)

25. A vizsgálatok, szűrővizsgálatok végzése tervezett és dokumentált.
26. A védőnő által önállóan végezhető vizsgálatok, szűrővizsgálatok tervezetten történnek.
27. A védőnői vizsgálat, szűrővizsgálat eredményei rendszeresen értékeltek.

Védőnői ellátás jelzőrendszere (V.VEJ)

28. A védőnői ellátás jelzőrendszerként való működése a hatályos jogszabályi háttér, a szakmai előírásokban foglaltak figyelembevételével valósul meg.

Egészségfejlesztési tevékenység (V.EFT)

29. A védőnő egészségfejlesztő tevékenysége a hatályos jogszabályok és szakmai előírások alapján történik.

30. A védőnő preventív tevékenysége folyamatos, tervezett és dokumentált. [25]

A standardok az esetek jelentős részében még túl általánosak, mégis összeállításuk fontos előrelépés volt a szakma fejlesztésében. Rávilágítottak azokra a tényezőkre, amelyeket a mindennapi gyakorlatban a minőség fejlesztése szempontjából fontos figyelembe venni. A standardokhoz felülvizsgálati szempontok is meghatározásra kerültek, melyek alapján a védőnőknek lehetőségük van az önértékelésre, a munkáltató – ha van védőnő képzettségű szakembere – és a szakmai felügyeletnek is irányadó az értékelés vonatkozásában.

A leíró standard állásfoglalás arra vonatkozóan, hogyan kell a gondozott személyt az elérhető legmagasabb színvonalon ellátni. A kritérium szisztematikusan kialakított állásfoglalás, mely alkalmas a döntések, a megelőző-gyógyító eljárások és eredmények megfelelőségének vizsgálatára - az ellátás azon specifikus részeinek megfogalmazása, amely szükséges a legmagasabb szintű eredmény eléréséhez. A numerikus, vagy normatív standard annak százalékban történő kifejezése, hogy a kritériumként megfogalmazott események minimálisan milyen mértékben kell megvalósulnia a gyakorlatban.

Ma még kevés a minőségi munkára motiváló tényező. Hiányzik az egyértelmű, rendszeres visszajelzés a védőnő munkájáról. A munkáltató szakmai szempontból az esetek többségében nem tudja megítélni tevékenységét. Akik szakmai munka elbírálásra képesek, nem gyakorolnak munkáltatói jogokat. A gondozottaktól való visszajelzések esetlegesek és rendkívül szubjektívek a szoros személyes kontaktus miatt.

2. Módszertani levelek

A védőnők tevékenységében a jogszabályok mellett évtizedeken keresztül az Országos Szülészeti Nőgyógyászati Intézet, valamint az Országos Csecsemő és Gyermekeségységügyi Intézet (OCSGYI) által kiadott módszertani levelek voltak az irányadók, ezek többsége már felülvizsgálatra szorul. Az OSZNI megszűnt. Az OCSGYI utódjának tekinthető az Országos Gyermekeségységügyi Intézet (OGYEI), mely a közelmúltban – a védőnői ellátást is érintő - három módszertani levelet adott:

- a) A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése (2004)
- b) A pszicho-motoros fejlődés zavarainak felismerése és ellátása az alapellátás gyakorlatában (2004)
- c) Útmutató és táblázatok a gyermekkorai tápláltság megítéléséhez (2004.)

3. A Védőnői Szakmai Kollégium állásfoglalásai

A Védőnői Szakmai Kollégium 1993-ban alakult a miniszter szakértői testülete, működését jogszabály határozza meg. [26]

A Védőnői Szakmai Kollégium 1994-2003 között 7 Szakmai Állásfoglalást adott ki, melyek az alábbiak:

1. A körzeti védőnő feladatai a komplex családgondozásban (1994)
2. A helyettesített védőnői körzetben kötelezően végzendő feladatok (1994)
3. A védőnői vállalkozás engedélyezéséhez (1995)
4. A védőnői kapcsolatrendszer működése (1998)
5. A kórházi védőnő tevékenységéről, munkaköri feladatairól (1998)
6. A körzeti védőnők szolgáltatás listája (1999)
7. Védőnői Családtervezési Tanácsadás (2003)

4. Védőnői szakmai protokollok és irányelvek

2006-ban a szakmai protokollok és szakmai irányelvek kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendje a 23/2006 (V.18.) EüM. rendeletben került szabályozásra. Ennek megfelelően a Védőnői Szakmai Kollégium feladata a védőnői a védőnői protokollok és szakmai irányelvek készítése. Az elkészült szakmai protokollokat három évente kell felülvizsgálni. [27]

A Védőnői Szakmai Kollégium a jogszabályban meghatározott módon még szakmai irányelvet nem adott ki, azonban 2005-ben három szakmai protokollt készített, melyek az alábbiak:

- a) A szülést követő időszak pszichés változásai. Védőnők szerepe, lehetősége, kompetenciája, a szülés körüli hangulatzavarok felismerésében;
- b) Csecsemőkori hasi panaszok védőnői ellátása;
- c) A védőnők feladatai a változó korban lévő nők egészségvédelmében.

Folyamatban van a védőnő feladatai a várandós gondozásban, az újszülött és gyermekágyas anya otthoni első látogatásával kapcsolatos protokoll készítése, melyek megjelenése jövő évben várható.

A jóváhagyott szakmai irányelvet és protokollt az Egészségügyi Közlöny és az EüM honlapja teszi közzé. A protokollok a védőnők, a szakmai felügyelő vezető védőnők és a finanszírozó számára egyaránt irányadó.

VIII. Egészségügyi szolgáltatás működési engedélyezése

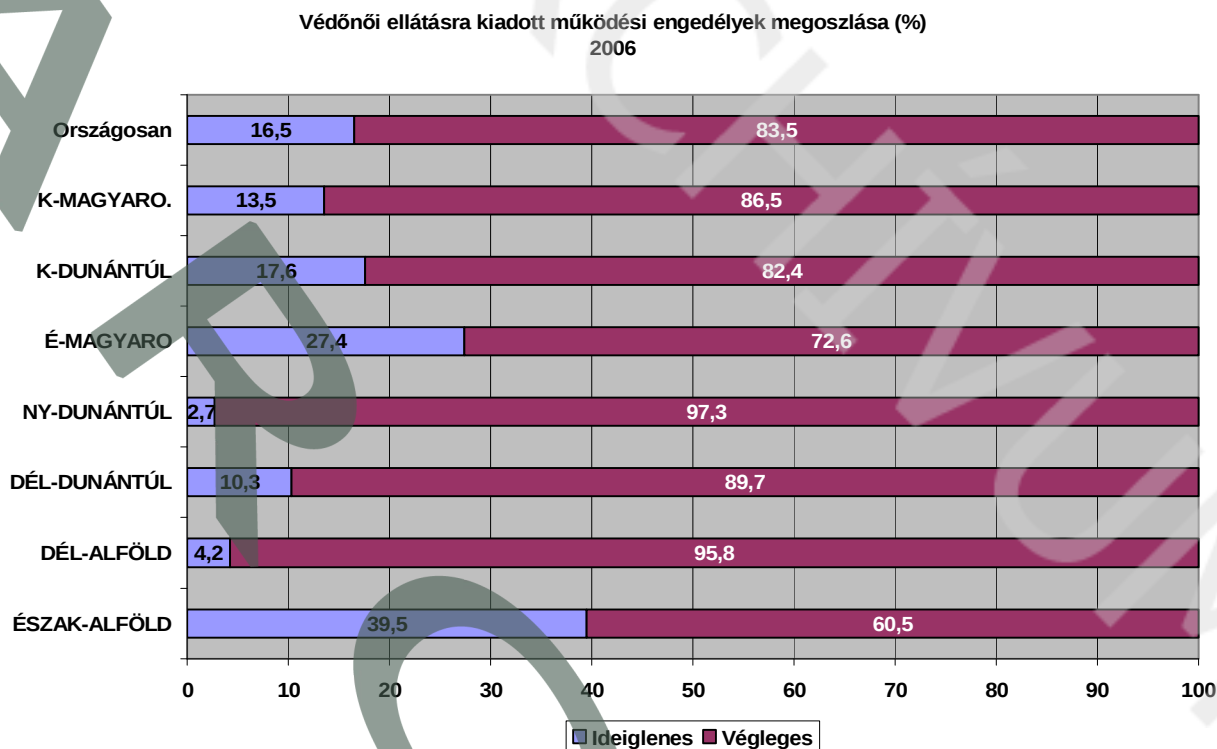
Egészségügyi szolgáltatás nyújtására – ha törvény másként nem rendelkezik – működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató jogosult. Az engedélyezési eljárás lefolytatása és működési engedély kiadása az ÁNTSZ feladat-és hatáskörébe tartozik. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint működési engedélyezési eljárásáról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendeletnek megfelelően az ÁNTSZ a működési engedélyt kérelemre, valamint külön jogszabályban meghatározott esetben hivatalból adja ki. Az engedélyezési eljárás során, az egészségügyi hatóság – ha ez a tárgyi feltételek megvizsgálásához szükséges – helyszíni szemlét tart. A helyszíni szemle során ellenőrizni kell, hogy az engedélyezési kérelemben megjelölt egészségügyi szakmára vonatkozó – a miniszter rendeletében meghatározott – személyi, tárgyi és szakmai környezeti feltételeknek, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásához szükséges helyiségek megfelelnek-e az építésügyi szakmai és közegészségügyi előírásoknak, az egészségügyi szolgáltató rendelkezik-e a szolgáltatáshoz szükséges egyéb hozzájárulásokkal, engedélyekkel.

Amennyiben a kérelmező nem felel meg a követelményeknek, az illetékes tisztifőorvos határozatban elutasítja. A működéshez egyes tárgyi vagy szakmai környezeti feltételek vagy a szolgáltató folyamatos és biztonságos működését nem veszélyeztető egészségügyi szakdolgozói létszám hiánya esetén – *ellátási érdekből* – a helyszíni szemle során tapasztalt hiányosságok megszüntetésére adott határidő egyidejű kitérésével – *ideiglenes működési engedélyt adhat*. Az alapellátás esetén legfeljebb 6 hónapig, ami egy alkalommal hosszabbítható meg. Az ideiglenes működési engedély ellátási érdekből akkor lehet kiadni, ha az egészségügyi szolgáltató nem felel meg a külön jogszabályban meghatározott minimumfeltételeknek, azonban egészségügyi közszolgáltatás keretében más módon nem biztosítható az ellátási kötelezettségbe tartozó ellátandók ellátásának biztonsága és folyamatossága. [28]

A minimumfeltételek (a személyi és tárgyi, működési feltételek) biztosítása, szükség esetén „kikényszerítése” nagymértékben függ a működési engedélyt kiadó ÁNTSZ hozzáállásától is. Ahol következetesebbek, „szigorúbbak” voltak, ott a feltételek hamarabb, nagyobb mértékben kerültek teljesítésre. Számos helyen azonban az ellátási érdek nem megfelelő értelmezésével kerültek kiadásra a működési engedélyek. A védőnői ellátásra vonatkozó minimumfeltételek több mint egy évtizede, hogy jogszabályokban előírásra kerültek. Ahol fontosnak tartották ott a fenntartók, működtetők tervezetten, szisztematikus fejlesztéssel ennyi idő alatt megvalósították.

1. A védőnői ellátásra (területi és iskolai) kiadott működési engedélyek helyzete

A 39. sz. ábra mutatja a 2006. évi vezető védőnői jelentés alapján a védőnői ellátásra kiadott működési engedélyek helyzetét regionálisan. (Forrás: OTH)



39. sz. ábra

A szakmai felügyelet, a szakmai látogatások és a közelmúltban végzett felmérések tapasztalatai indokolták, hogy a védőnői ellátással kapcsolatos működési engedélyk áttekintésre és felülvizsgálatra kerüljenek. Számos helyen az ellátási érdek nem megfelelő értelmezésével, a finanszírozhatóság előtérbe helyezésével kerültek kiadásra a működési engedélyk, ezáltal nem mondható, hogy a védőnői ellátás tekintetében „lefedett az ország”. Intézkedésekkel, továbbá az aprófalvas, alacsony létszámú településeken a finanszírozás megváltoztatásával, gépkocsihoz való hozzáféréssel, stb. lehetne javítani a védőnői ellátáshoz való megfelelő hozzáférés biztosításán.

IX. A védőnői szakterület szakmai irányításának helyzete

Sajátos és az egészségügyben egyedülálló az a helyzet, hogy hiányzik a mindennapi munkát szervező, irányító, ellenőrző vezetői rendszer, továbbá nincs védőnői módszertant fejlesztő országos intézmény vagy csoport. Lényegében hiányzik az operatív irányítás és ez az ellátásban nagyfokú különbözőségeke, és bizonytalanságot idéz elő. A munkáltatói jogokat gyakorló önkormányzatok többségénél nincs védőnő képzettségű vezető, mint például az ápolási szakterületen az ápolási igazgató, vagy intézeti vezető ápoló. A nagyvárosokban egyes önkormányzatok ugyan megbíznak védőnőket, hogy a védőnők alkalmazásával, a védőnői munka működtetésével kapcsolatos feladatokat ellássák, de a többségük ezt nem vezetőként, hanem a védőnői munka mellett megbízással látják el. A belső minőségbiztosítás kialakításában is ez hátráltató tényező, mivel nincs olyan szakember a döntéshozó testületben, aki a védőnői ellátást megfelelően tudja képviselni, illetve ez irányban befolyásolással bírni. Az alapellátásban a védőnők már több mint egy évtizede jogilag mellérendelt kapcsolatban dolgoznak együtt az orvosokkal, bár még sok helyen jellemző, hogy az orvosok irányításának igyekeznek megfelelni.

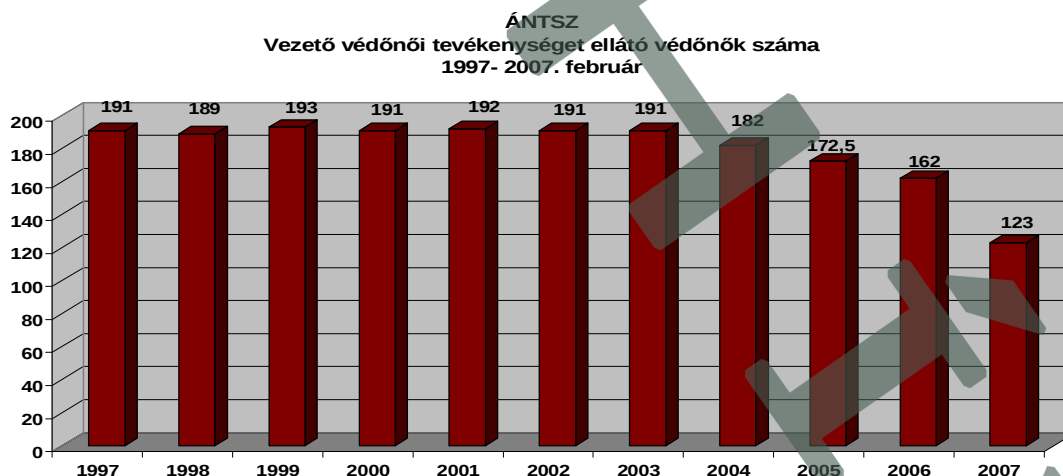
1. Az ÁNTSZ vezető védőnők szerepe

A történelmi tradíciónak köszönhető, hogy az ÁNTSZ szervezetébe, 1992-ben integrálódott vezető védőnői rendszer mindhárom szintje (városi, megyei, országos) megmaradt, annak ellenére, hogy az akkori hatályos jogszabályokban csak a megyei szint került nevesítésre.

Ennek köszönhetően a vezető védőnői szerep és feladat nagyon heterogén módon alakult. Ezt súlyosbította az is, hogy éveken át, hiányoztak a megfelelő szabályozások a védőnői ellátásra és a védőnői szakfelügyeletre vonatkozóan. A megfelelő hatáskör, hatósági jogkör hiányában az ellenőrzések hatásfoka gyenge volt, többnyire a személyi, tárgyi feltételekre terjedt ki, és szankcionálás gyakorlatilag nem létezett. Ez jelentős mértékben befolyásolta a vezető védőnői hozzáállást, a minőségi védőnői ellátás szakmai képviselőjének mértékét, a felelősségvállalást. Ugyanakkor az ÁNTSZ vezető védőnői rendszer működésének köszönhető, hogy az 1990-es évek egészségügyi reformfolyamatai során is viszonylag jól összefogott maradt a védőnői rendszer. Bár jogszabályi szinten a vezető védőnők tevékenysége a szakfelügyeletre korlátozódik, a történelmi tradíciónak megfelelően a vezető védőnő többsége aktívan közreműködik –jól, illetve kevésbé jól- a szakmai irányításban és fejlesztésben is. A vezető védőnők tervező, szervező, koordináló, kooperáló, irányító, ellenőrző és értékelő tevékenységet folytatnak. Sokszor ők képviselik a védőnőket az önkormányzatoknál, szakmai és civil szervezeteknél és a médiában. Nap, mint nap tapasztalható, hogy a társadalomban és az egészségügyben végbemenő változások következtében a védőnők is egyre jobban igénylik a támogatást és segítséget. Sok esetben ezt az ÁNTSZ vezető védőnőtől várják el, és a személyétől függ, hogy milyen mértékben kapják meg a kolléganők. Ennek az elvárásnak való megfelelés hívta életre az ún. „fejlesztő-vezető” tréningeket, melyet a vezető védőnők többsége, 80 órában vett részt. A finanszírozására a Népegészségügy Program adott lehetőséget. A tréningprogram célja, az volt, hogy felkészítse a vezető védőnőket a szakfelügyeleti ellenőrzés feladat mellett a fejlesztési feladatok (vezető-tanácsadó) magas színvonalú ellátására. Olyan elméleti és gyakorlati ismereteket nyújtott, melyek segítik az önismeretet, az eredményes kommunikációt, a változásmenedzselést, a stressz-kezelést, a team-építést.

2. Az ÁNTSZ vezető védőnők helyzete

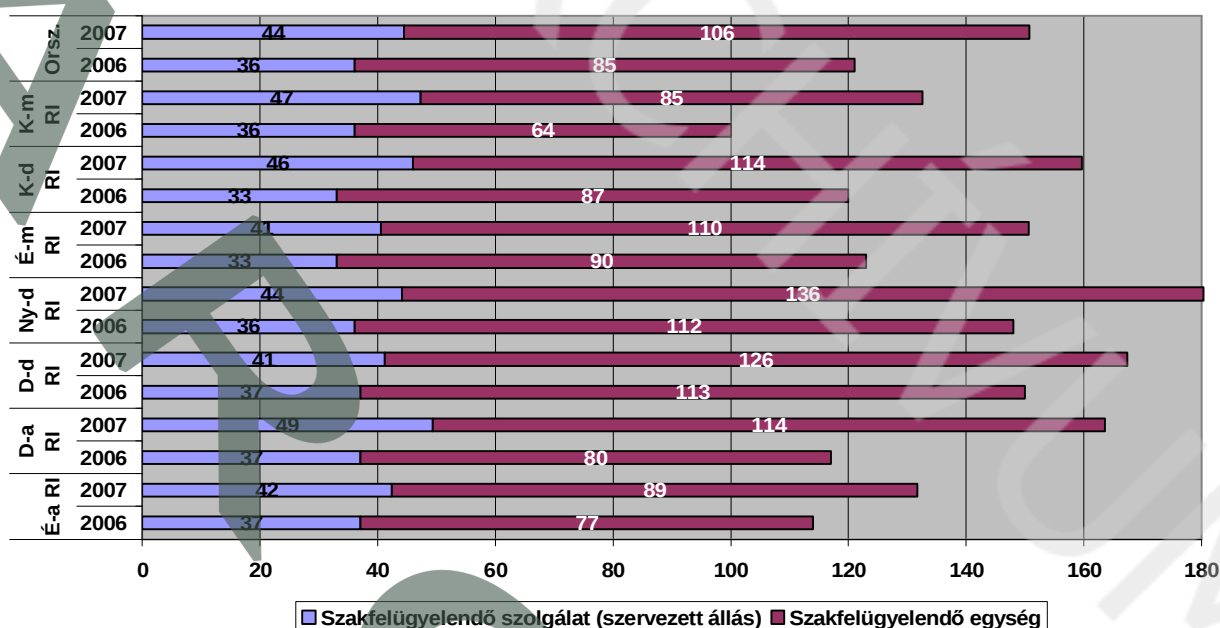
Évtizedes erőfeszítésnek köszönhetően nagyon lassan folyik az egységes struktúra és feladat kialakítása. A megszorító intézkedések, az ÁNTSZ regionális átalakítása során jelentős változás történt a vezető védőnők helyzetében is. Csökkent a vezető védőnők száma, melynek mértéke a 40. sz. ábrán látható.



40. sz. ábra

Növekedett az egy vezető védőnőre jutó terület nagysága, a szakfelügyelendő védőnők és egységek (tanácsadók, óvodák, iskolák, kórházak) száma. Egy kistérségi vezető védőnőre jutó szakfelügyelendő védőnők átlagos száma 44 fő, míg a szakfelügyelendő egységek átlagos száma 106. Nagyfokú az egyenlőtlenség is, mert van olyan vezető védőnő, akire 17 szakfelügyelendő védőnő (legkevesebb) jut és van olyan, akire 110 fő (legtöbb). Az egységeket tekintve pedig 35 a legkevesebb és 234 a legtöbb. Egy kistérségi vezető védőnőre 2007-ben országosan, átlagosan 8 védőnővel és 21 egységgel jut több, mint 2006-ban. Az országos és regionális helyzet alakulását a 41. sz. ábra mutatja.

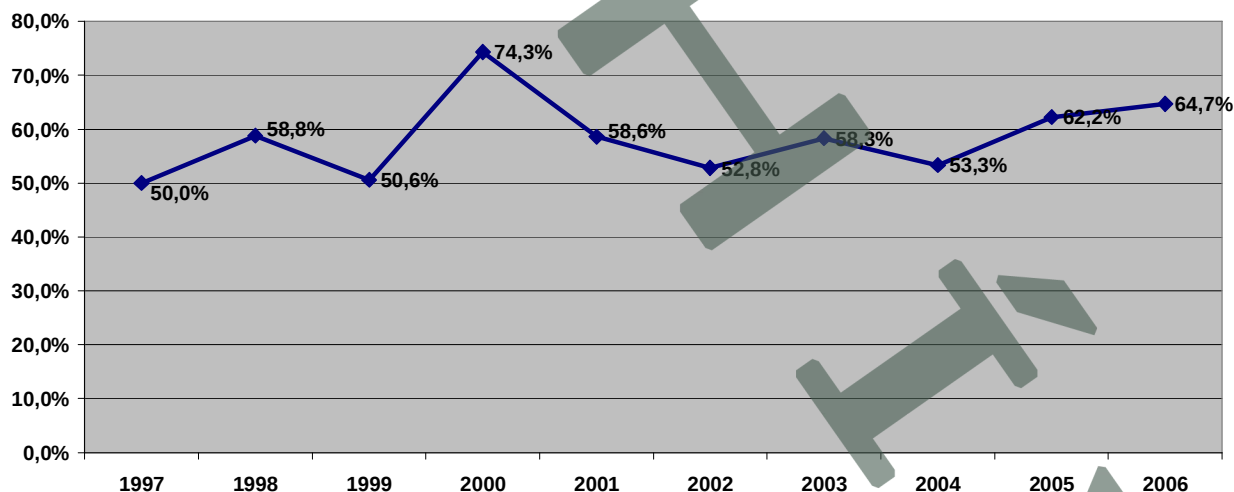
**Egy ÁNTSZ kistérségi vezető védőnőre jutó
szolgálat (szervezett állás) és egység alakulása
2006-2007**



41. sz. ábra

A vezető védőnők többsége egyéb ÁNTSZ feladatokat (Pl.: Családvédelmi Szolgálat helyettesítése, járványügyi feladatok, egészségfejlesztési feladatok), is szükségszerűen végez, melyek gátolják az alapfeladatuk megfelelő ellátását (42. sz. ábra). (Forrás: OTH)

**Vezetői, szakszolgálati munkához szorosan nem kapcsolódó
egyéb feladatokkal megbízott vezető védőnők aránya (%)
1997-2006**



42. sz. ábra

A komplex és sokrétű, egyre növekedő feladatok elvégzésében, a megfelelő személyi, tárgyi feltételek hiánya is sújtja, ezért gyakran „szétforgácsolódnak”.

A szakmai felügyelet működőképességének biztosítása, a feladatok egységes megvalósítása érdekében ez évben érett meg a helyzet arra, hogy a vezető védőnői feladatait szabályozásra kerüljenek. (Részletesen a X. 1. fejezet tartalmazza), melynek megvalósulását folyamatosan nyomon követjük. Elrendeltük a vezető védőnői feladatok és Családvédelmi Szolgálat feladatainak különválasztását (profilisztítás) és folyamatban van a járványügyi

tevékenységben való közreműködés felmérése annak érdekében, hogy ezek a feladatok is átadásra kerüljenek a járványügyi szakterületnek.

X. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyelete

Az egészségügyi ellátórendszer átalakításában kiemelt szerepet játszik az egészségügyi ellátás biztonságának, hatékonyságának növelése és minőségének javítása. A politika joggal várja el az egészségügytől, hogy a rendelkezésre álló pénzforrásokat a lehető leghatékonyabban fordítsa a lakosság javára. Megszületett „Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről” szóló 15/2005. (V. 2.) EüM rendelet és megalakult az OTH felügyelete alatt működő Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK), mely módszertanilag irányítja a szakfelügyelői hálózat tevékenységét, gondoskodik a szakfelügyelők szakfelügyeleti tevékenységre vonatkozó továbbképzéséről. A szakfelügyelőkön keresztül látja el lényegében a külső minőség felügyeletet. Küldetésének megvalósításához jó minőségű, egységes, bizonyítottan hatásos és hatékony eljárásokon alapuló szakmai irányelvekre, azok érvényre juttatására, ellenőrzésre és folyamatos fejlesztésre van szükség. Ehhez pedig arra van szükség, hogy legyen egy egységes módszertan szerint működő, egységesen irányított szakfelügyeleti rendszer, amely a jövőben elsősorban a szolgáltatások minőségét felügyeli. Az új szakfelügyelet alkalmas a beavatkozásra. Ha kell, szankciókkal kényszeríti ki, hogy a szolgáltatók megfeleljenek a korszerű, jó minőségű ellátás iránti igényeknek. Mindezt a klinikai audit módszertanának alkalmazásával lehet elérni, ami nem más, mint a minőség egzakt eszközökkel való mérése. A vonatkozó miniszteri rendelet jelentős új hatásköröket biztosít a szakfelügyeletnek. A szakfelügyelők kezdeményezhetik: a szakma szabályainak megfelelő ellátás biztosítását, meghatározott egészségügyi tevékenység végzésének felfüggesztését, az adott ellátás progresszivitási szintjének visszaminősítését. Továbbképzésre kötelezhet, a jártasság igazolására szólíthat fel, előírhatja, hogy bizonyos eljárások a szakma szabályai szerint történjenek, leállíthat bizonyos beavatkozásokat azoknál a szolgáltatóknál, akiknél nem találja megfelelőnek a szolgáltatás minőségét, kezdeményezheti a működési engedély visszavonását, ha az egészséget veszélyeztetve látja. Az eddigi szakfelügyeleti munkát jelentősen befolyásolta, torzította a minimumfeltételek bevezetése is. A rendelet merev és statikus szabályokat határozott meg az egészségügyi szolgáltatók számára azzal, hogy nem magát a szolgáltatási tevékenységet állította az engedélyezési eljárás központjába. Így elmaradt az egészségügyi ellátás minőségének ellenőrzése, ráadásul nem kerültek meghatározásra a szakmai követelmények folyamat- és eredménystandardjai, kizárólag a struktúra minimumstandardjai szolgáltak az engedélyezési eljárás alapjául.

1. A védőnői tevékenység szakmai felügyelete – szervezete és feladatai

A vezető védőnők feladataikat az ÁNTSZ szervezeti keretein belül, az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központtal (OSZMK) együttműködve, az országos vezető védőnő irányításával (OTH), a regionális és kistérségi/fővárosi kerületi vezető védőnők közreműködésével végzik. Vezető védőnőt csak vezető védőnő és a szakfelügyeleti feladatok ellátására kinevezett védőnő munkatárs helyettesíthet.

Az ÁNTSZ vezető védőnők feladatai

Az illetékességi területéhez tartozó védőnők tevékenységének vizsgálata

- a megelőzés, a gondozás, az ápolás, a szakvéleményezés szakszerűségét, eredményességét, minőségét,
- az egészségügyi jogszabályok, valamint szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek előírásainak végrehajtását,
- a feladatok ellátásához szükséges személyi és tárgyi feltételeket,
- a rendelkezésre állás idejét és annak gyakorlati megvalósulását.
- a védőnői működési engedélyekkel kapcsolatos feltételek teljesülését/meglétét.

Védőnői tevékenység szakmai felügyelete - vizsgálatok, helyszíni ellenőrzések végzése

Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 10.§ (2) és (5) bekezdésében foglaltak végrehajtása érdekében védőnői szakfelügyeleti vizsgálatra, helyszíni ellenőrzésre akkor kerül sor, ha:

- a) azt külön jogszabály előírja,
- b) azt eseti, védőnői ellátással kapcsolatban felmerülő panasz, konfliktus kivizsgálása szükségessé teszi,
- c) az a vezető védőnő éves munkatervében vállalt feladat,
- d) az OTH-ÁNTSZ, és/vagy az OSZMK feladatainak végrehajtását szolgálja.

A szakfelügyeleti vizsgálatról jegyzőkönyvet kell készíteni.

Intézkedés kezdeményezése, nyomon követése súlyos hiányosság, jogszabályba ütköző, a szakmai szabályaitól több alkalommal való eltérés esetén

Súlyos hiányosság, jogszabályba ütköző, a szakmai szabályaitól több alkalommal való eltérés esetén intézkedést a vezető védőnő kezdeményezi a hatósági intézkedésre jogosult tisztifőorvosnál intézkedés megtételét a súlyosságtól függően az alábbiak szerint:

- a) a szakma szabályainak megfelelő ellátás biztosítását,
- b) a védőnőnek adott tevékenységben való jártasság igazolását,
- c) a védőnői tevékenység felfüggesztését,
- d) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély visszavonását.

Az ÁNTSZ hatósági jogköre az ellenőrzés, a szakmai felügyelet során

- Az ellenőrzés során megállapított tényállás alapján a hiányosságok, szabályszegések jellegét és súlyát mérlegelve megteszi a szükséges intézkedéseket és ellenőrzi azok végrehajtását.
- Határozattal elrendeli:
 - = a hiányosságok megszüntetését, illetőleg a szükséges intézkedések végrehajtását,
 - = a hiányosságok megszüntetéséig az intézmény, létesítmény, stb. működésének, illetőleg az egészségre ártalmas vagy veszélyes tevékenységnek a korlátozását vagy felfüggesztését, ha e szabálytalanságok fennállása egészségkárosodást okozhat,
 - = súlyos vagy tömeges egészségkárosodás megelőzése érdekében az egészségre ártalmas tárgyak, vagy anyagok használatának és forgalmazásának megszüntetését, szükség esetén megsemmisítését,
 - = egészségügyi szolgáltatónál észlelt hiányosság esetében a fentiekben túl az egészségügyi dolgozónak a tevékenységben való jártassága igazolását.
- Ha az észlelt hiányosság, illetve körülmény súlyos vagy tömeges egészségkárosodást okozhat, ennek elhárítása érdekében köteles megtenni mindazokat az intézkedéseket, amelyek az adott esetben a veszély elhárítása érdekében szükségesek.
- A lakosság egészségét közvetlenül fenyegető súlyos veszély elhárításához, illetve rendkívüli körülmények esetén tett intézkedéseinek végrehajtásához a rendőrség, a tűzoltóság és a polgári védelem közreműködését is igénybe veheti.
- A hatáskörében tartozó szabálysértés esetén, ennek keretében helyszíni bírságot szabhat ki, egyéb szabálysértés miatt, pedig az eljárásra illetékes szervnél feljelentést tehet.
- Kisebb súlyú cselekmény (mulasztás) esetén a felelős személyt figyelmeztetésben részesítheti.
- Fegyelmi vétséget megvalósító magatartás felfedésekor kezdeményezheti a fegyelmi jogkör gyakorlójának a fegyelmi eljárás lefolytatását.
- Bűncselekmény észlelése esetén feljelentést tesz az illetékes szervnél.

Közreműködni a védőnői ellátás minőségének fejlesztésében:

- a) segíteni védőnői ellátás hatékony, az egészségtudomány mindenkori színvonalának megfelelő működését, az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülését,
- b) közreműködni minőségi indikátorok fejlesztésében, a védőnői ellátás minőségének követésére és értékelésére,
- c) közreműködni a védőnői ellátás eredményeinek feltárásában, elemzésében a védőnői gondozottak egészségi állapotának, elégedettségének nyomon követésével,
- d) közvetíteni a szakmai irányelveket, minőségi követelményeket,
- e) meghatározni az elérendő célokat, feladatokat, szakfelügyeleti auditokat és megvalósításuk lehetőségeit, továbbá közreműködni azok megvalósításában,
- f) munkaértekezletet tartani, segítséget, támogatást nyújtani a védőnői alapeladatok összehangolásához, eredményes végrehajtásához, a minőség javításához,

- g) gyűjteni, összesíteni, szolgáltatni a védőnői ellátással, a védőnőkkel kapcsolatos adatokat, továbbá értékelni, elemezni, jelenteni, bemutatni azokat,
- h) javaslatot tenni a védőnői ellátás javítását szolgáló szervezeti, szervezési intézkedésekre, továbbá a védőnői humánerőforrás fejlesztésére (védőnői állások létesítésére, átszervezésére, megszüntetésére, továbbképzések témáira, a kiemelkedő munkát végzők jutalmazására, kitüntetésére),
- i) segíteni a pályakezdő, illetve az újonnan kinevezett védőnők beilleszkedését,
- j) kijelölni az oktató védőnői körzeteket,
- k) felkérésre közreműködni a védőnőket érintő rendkívüli, népegészségügyi felmérések, egészségfejlesztési programok, továbbképzések tervezésében, szervezésében, lebonyolításában és értékelésében,
- l) részt venni a védőnői szakmát érintő jogszabálytervezetek, szakmai anyagok kidolgozásában, véleményezésében, közvetítésében, megvalósításában,
- m) képviselni a védőnői szakmát illetékességi körben,
- n) együttműködni a védőnői szakterület kapcsolatrendszerének szereplőivel.

Iránymutatást adni:

- a) a védőnők által ellátandó rendkívüli, illetve időszakos feladatok szervezéséhez, megvalósításához,
- b) a területi, az iskola-, a kórházi és a családvédelmi szolgálat védőnői feladatok helyettesítéssel történő ellátásához.

Szakvéleményt nyilvánítani:

- a) körzetek kialakításáról – figyelembe véve a település szerkezetét, a lakosság összetételét, egészségi állapotát, szociális helyzetét és az ellátandó gondozottak számát,
- b) ellátandó oktatási intézmények számáról, típusáról,
- c) felkérés esetén védőnői állásra pályázókról és pályázatokról,
- d) védőnői ellátással kapcsolatos egészségügyi szolgáltatások hatósági engedélyezésére irányuló eljárásban,
- e) mindazon kérdésekben, amelynek véleményezésére:
 - az országos vezető védőnő esetén: az országos tisztifőorvos vagy helyettesei, az OTH igazgatója, az Egészségügyi Igazgatási Főosztály vezetője,
 - a regionális vezető védőnő esetén: a regionális tisztifőorvos, az igazgatási osztály vezetője, az országos vezető védőnő,
 - kistérségi/fővárosi kerületi vezető védőnő esetén: kistérségi/fővárosi kerületi tisztifőorvos, regionális vezető védőnő kéri fel.

Eljárni, kiadmányozni:

A vezető védőnők a védőnői szakfeladat-és hatáskörükben eljárva kiadmányozási jogkörrel rendelkeznek.

Éves munkatervet készíteni

Az országos vezető védőnő (OTH) által összeállított, az OSZMK-val egyeztetett szempontok, valamint az illetékességi terület sajátosságainak, szükségleteinek figyelembe vételével a vezető védőnőnek éves tervet kell készítenie, meghatározva a feladatokat, a végzendő adatgyűjtéseket, a szakfelügyeleti auditokat, a helyszíni ellenőrzések helyszíneit, témaköreit és gyakoriságát. A munkatervet megküldi:

- a) a kistérségi/fővárosi kerületi vezető védőnő esetén: kistérségi/fővárosi kerületi tisztifőorvosnak és a regionális vezető védőnőnek,
- b) a regionális vezető védőnő esetén: az igazgatási osztályvezetőnek és az országos vezető védőnőnek,
- c) az országos vezető védőnő esetén: az OTH Egészségügyi Igazgatási Főosztály vezetőjének.

Éves jelentést készíteni

A vezető védőnő évente, az OTH által meghatározott szempontoknak megfelelően, a megadott határidő betartásával jelentést készít, amelyben összefoglalóan bemutatja a tárgy évben végzett tevékenységét, illetve a munkatervében vállalt feladatok teljesítését. [11, 29]

Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatások

A védőnői feladatok egységes helyi eljárásrendjének meghatározásához, magasabb szinten történő végzéséhez, a munkáltatók ez irányú feladatainak segítése érdekében 2007-től Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatások kiadását határoztuk el, különös tekintettel azokon a területeken, amelyek szabályozatlanok, fokozott figyelmet igényelnek, sok a probléma, a konfliktus (a szokásjog). Ez évben 2 iránymutatásunk jelent meg:

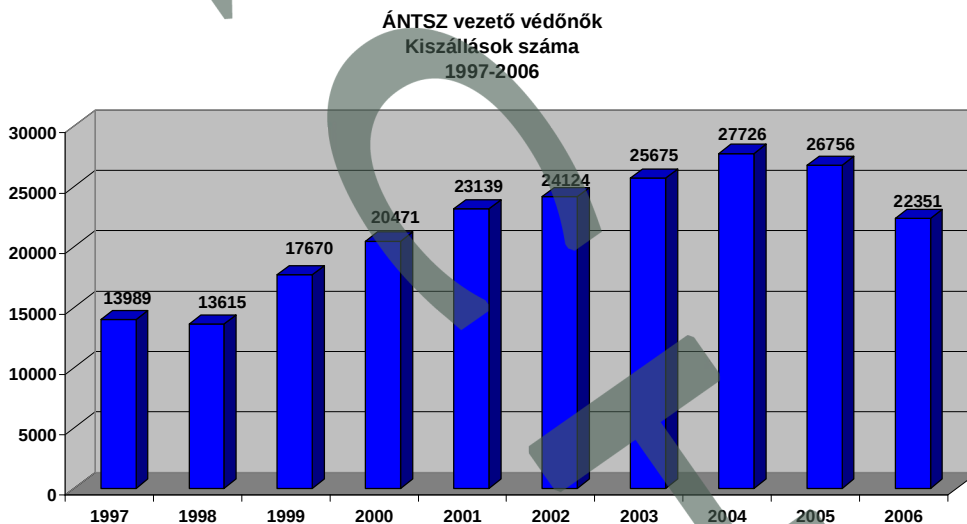
1. 1/2007. sz. Védőnői Szakfelügyeleti iránymutatás a védőoltásokkal kapcsolatos területi védőnői feladatok ellátásához;
2. 2/2007. sz. Védőnői Szakfelügyeleti Iránymutatás - Védőnői feladatok a Veszélyeztetett Rendellenességek Kóroki Monitor Eset-Kontroll vizsgálatával kapcsolatban;

A gyermekvédelemmel és a balesetvédelemmel kapcsolatos iránymutatásuk készítése, folyamatban van.

Az ÁNTSZ vezető védőnők tevékenységének főbb mutatói

A vezető védőnők területi munkája – kiszállások alakulása

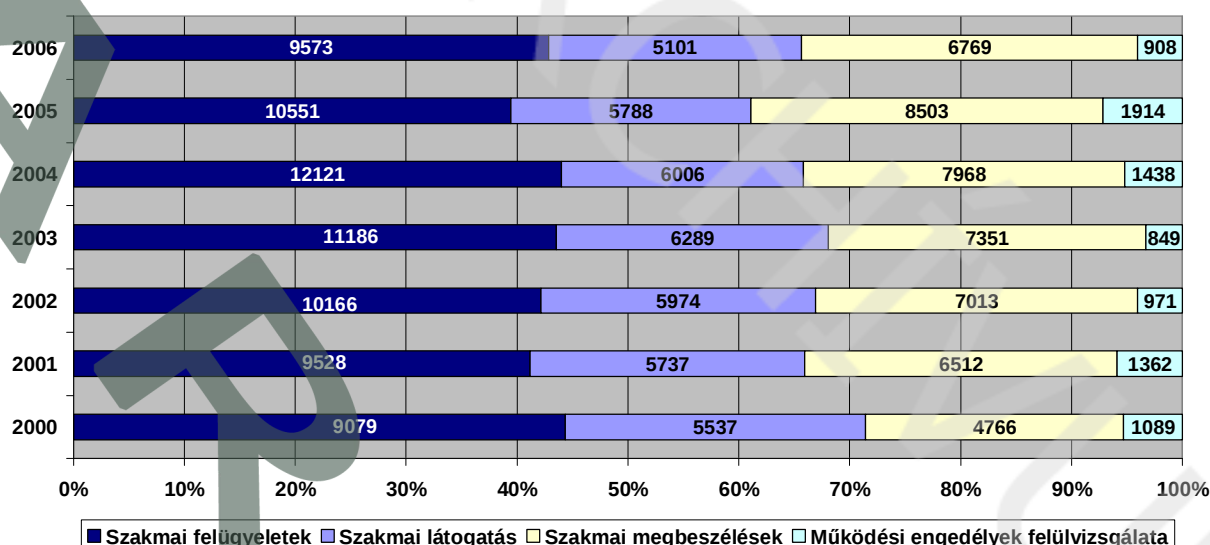
A vezető védőnők szakmai felügyelet, szakmai látogatás, szakmai megbeszélés és a működési engedélyek felülvizsgálata céljából végeznek kiszállásokat az illetékességi területükön. A kiszállások alakulását mutatja a 43. sz. ábra. Egy vezető védőnőre jutó kiszállás átlagos száma 2006-ban havonta 11 volt.



43. sz. ábra

A kiszállások megoszlása látható a 44. sz. ábrán. Szakmai felügyelet céljából történt kiszállások száma 2006-ban 9573 (42,8%) volt. Szakmai felügyelet céljából egy vezető védőnőre havonta átlagosan 5 kiszállás jutott. A szakmai látogatás a védőnők körében végzett látogatás tartalmazza (pályakezdők, szakmai gyakorlaton lévők, tartós távollétet követően munkába állók, átadás-átvétel, felmerülő problémák, aktualitások megbeszélése). E célból történő kiszállások száma 2006-ban 5101 (22,8%) volt. Egy vezető védőnőre havonta átlagosan 3 jutott. A kiszállások jelentős részét képezte 2006-ban is a szakmai megbeszélések száma 6769 (30,3%). Ez a védőnők munkáltatóival való egyeztetések - a védőnői munka személyi, tárgyi feltételeinek – biztosítása érdekében, valamint a kapcsolatrendszerének szereplőivel folytatott tárgyalásokat, megbeszéléseket foglalja magában. Egy vezető védőnőre havonta átlagosan 3 jutott. Működési engedélyek felülvizsgálata céljából 908 (4,1%) kiszállás történt 2006-ban. Egy vezető védőnőre *évente* 6 jutott.

ÁNTSZ vezető védőnők kiszállásainak megoszlása
2000-2006

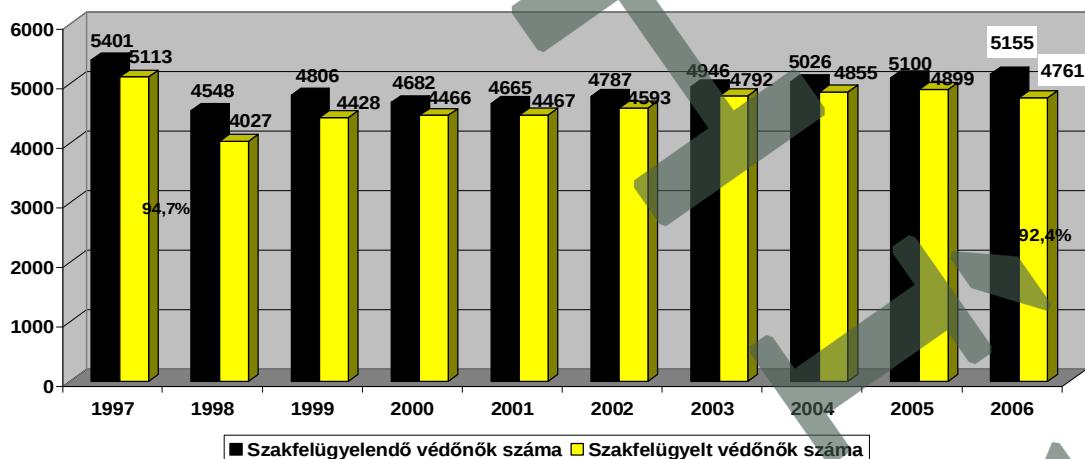


44. sz. ábra

Szakfelügyeletben részesült védőnők számának, arányának alakulása

A 45. sz. ábrán látható a legalább egyszer szakfelügyelt védőnők számának alakulása. 2006-ban a szakfelügyelendő védőnők összes száma 5155 fő volt, melyből 4761 fő (92,3%) legalább egyszer részesült szakmai felügyeletben. Egy védőnőre országosan átlagosan 2 szakfelügyelet jut évente. Szakfelügyeletben nem részesült 394 védőnő, melynek hátterében az ÁNTSZ vezető védőnő egyéb kötelezettség miatt pl. CSVSZ helyettesítés, járványügyi feladatok ellátása, időhiány, illetve a szakfelügyelendő védőnő tartós megbetegedés állt.

Védőnői szakmai felügyelet
Legalább egyszer szakfelügyelt védőnők száma, aránya (%)
1997-2006



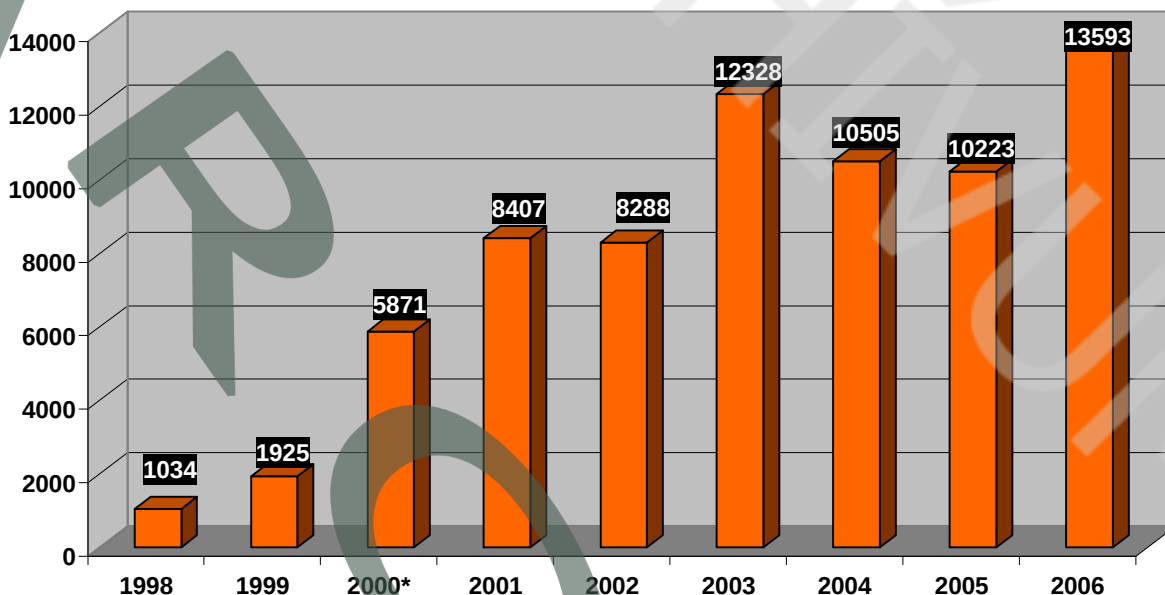
45. sz. ábra

A védőnői tevékenység szakfelügyelete során leggyakrabban tapasztalt általános hiányosságok az alábbiak:

- elégtelen családlátogatások száma,
- hiányos, sematikus, pontatlan, nem informatív, a folyamatot nem követő, olvashatatlan dokumentáció,
- helytelenül értelmezett szakmai gyakorlat,
- 6-16 éves korosztály elégtelen gondozása (körzetben 2004-ig),
- tanácsadók minimum feltétele nem teljesül,
- szabadság alatt a körzeti védőnők helyettesítése nem mindenütt történik meg.

Az írásos intézkedések foglalják magukba a vezető védőnők által kezdeményezett feladatokat, teendők elvégzése érdekében tett írásbeli közléseket, értesítéseket, tájékoztatókat, iránymutatásokat, határozatokat, stb. A 46. sz. ábra mutatja számuk alakulását 1997-2006 között. Egy vezető védőnőre 2006-ban átlagosan 84 írásos intézkedés jutott.

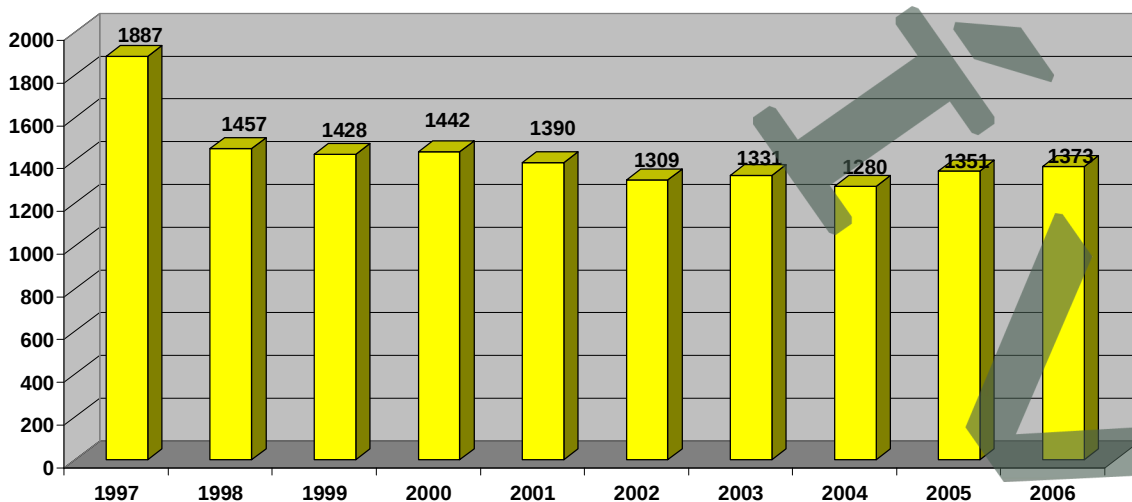
**ÁNTSZ vezető védőnők
Írásos intézkedések száma
1997-2006**



46. sz. ábra

Az ÁNTSZ vezető védőnők rendszeresen szerveznek munkaértekezleteket a védőnők számára, mely ugyan nem helyettesíti a mindennapi munka irányítását, de a védőnői munkával kapcsolatos tájékoztatásra, értékelésre, iránymutatásra, jogszabályok, szakmai prioritások, szakmai szabályok, problémák megbeszélésére adnak lehetőséget. A vezető védőnők 2006-ban 1373 munkaértekezletet szerveztek (47. sz. ábra). Egy vezető védőnőre havonta átlagosan 1 jutott, de vannak kistérségek, ahol már csak 2-3 havonta van lehetőség munkaértekezlet szervezésére.

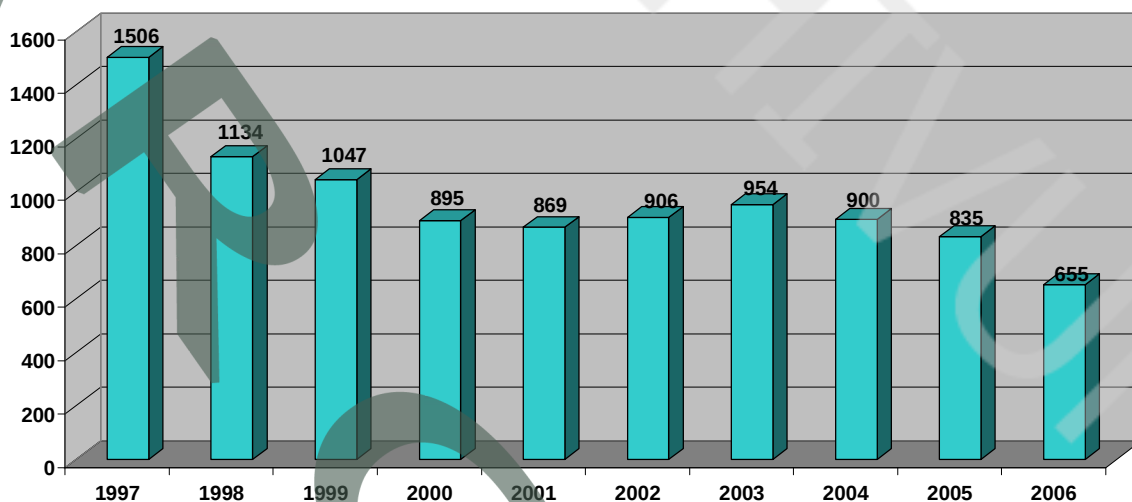
**ÁNTSZ vezető védőnők
Szervezett értekezletek száma
1997-2006**



47. sz. ábra

Az ÁNTSZ vezető védőnők korábban nagyon aktívan, a létszámuk csökkenésével, a feladatok bővülésével már csökkenő tendenciában, de még közreműködnek a védőnői továbbképzések szervezésében és koordinálásában is, melynek alakulását a 48. sz. ábra mutatja. 2006-ban 655 továbbképzés szervezésében való közreműködés történt. Egy vezető védőnőre 2006-ban átlagosan 4 jutott. (Forrás: OTH)

**ÁNTSZ vezető védőnők
Szervezett továbbképzések száma
1997-2006**



48. sz. ábra

Ez év tavaszán az Országgyűlés Fogyasztóvédelmi Eseti Bizottság kért tájékoztatást az ÁNTSZ fogyasztóvédelemmel kapcsolatos tevékenységéről. Az 1. sz. melléklet foglalja össze az ÁNTSZ védőnői szakterület fogyasztóvédelemhez kapcsolható 1997-2006 között végzett fontosabb tevékenységét és eredményeit. Ez bepillantást enged az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály és az ÁNTSZ területi szerveiben dolgozó vezető védőnők munkájának egy részébe is.

2. A védőnői tevékenység szakmai felügyeltének módszere - a klinikai audit módszere

A védőnői tevékenység szakmai felügyeletének általános szempontrendszerét 2002-ben egységesen meghatároztuk, mely 2. sz. mellékletben olvasható. A szakfelügyelet során leggyakrabban alkalmazott módszerek alábbiakban foglalhatók össze:

- a dokumentáció megtekintése (pontosság, naprakészség, tartalom)
- egyéni beszélgetés (megerősítés, hiányosságok feltárása, megoldása)
- tanácsadason, fogadóórán, csoportfoglalkozáson, óvoda-iskola szűrővizsgálaton, előadáson, rendezvényen való részvétel,
- esetenként közös családlátogatás,
- esetmegbeszélés,
- munkaértekezlet,
- továbbképző értekezlet,
- gondozottakkal, társszakmákkal beszélgetés.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V. 2.) EüM rendelet írta elő, hogy a klinikai audit módszertanának alkalmazásával, egységes szempontrendszer alapján történjen a szakmai értékelés a szakmai felügyelet során is. A Minisztérium erre vonatkozó szakmai irányelvet 2004-ben adott ki.

A klinikai audit ciklikusan ismétlődő folyamat, melynek során az egészségügyi dolgozók (orvosok, védőnők, ápolók, stb.) szisztematikusan áttekintik a tevékenységük eredményességét, és ha szükséges változtatnak az ellátás során alkalmazott gyakorlaton. Az egészségügyi ellátás biztonságosságának, hatásosságának és hatékonyságának biztosítására és

folyamatos javítására kifejlesztett módszertan, segítségével meghatározható az adott körülmények között elvárható helyes gyakorlat, felismerhető a hiányosság és az ellátásban folyamatos javulás érhető el. Segítséget nyújt a szakmailag indokolt változások felismeréséhez, a szükséges változások megtervezéséhez, a gyakorlati megvalósításhoz és a változások hatásának nyomon követéséhez. A minőségfejlesztés, illetve a minőségbiztosítás eszköze, mely integrálható az egészségügyi szolgáltató szervezet minőségügyi rendszerébe, és felhasználható a szakfelügyeleti rendszer működésének hatékonyabbá tételére. [30]

2005-2007-ben országos vezető védőnői továbbképző értekezletet szerveztünk az OTH és az OSZMK szakembereinek közreműködésével, hogy a módszer lényegét, alkalmazásának lehetőségeit, gyakorlati megvalósítását megismerjük. Még tanuljuk a módszert, részben önképző jelleggel, mert a megszorító intézkedések nem teszik lehetővé tanfolyam szervezését. Ennek ellenére 2006-tól a szoptatás támogatása, 2007-től a várandós anya védőnői tanácsadásának vizsgálatát már ezzel a módszerrel dolgoztuk ki. (3-4. sz. melléklet) Ez évben kezdtük meg a gondozottak minden csoportjában szakfelügyeleti auditok kidolgozását és olyan mutatók, indikátorok fejlesztését, mely a védőnői tevékenység minőségét és eredményességét nagy valószínűséggel befolyásolják.

XI. A védőnői ellátás eredményessége

Nehéz olyan mutatót, indikátort megnevezni, amely egyértelműen, objektíven a védőnői ellátás eredményességét méri. A kötelező adatszolgáltatás alkalmatlan minőségi mérésre, különösen akkor, amikor a szükségletek szerinti gondozás egyre inkább kifejezetté válik. Ma még a szakmai felügyelet értékelése is jellemzően mennyiségi, bár megkezdődtek a minőséget leginkább meghatározó mutatók, indikátorok kidolgozása.

A védőnői tevékenység eredményessége jellemzően hosszú távon és populációs szinten mérhető és értékelhető, melynek egyik fontos tényezője a gondozott személyek, pl. a gyermekek egészségi állapotának alakulása, a másik tényező a védőnői ellátással való elégedettség. Az elégedettségre vonatkoztatható mutató, pl. a védőnői családlátogatást nem igénylők száma, vagy a védőnői ellátással kapcsolatos bejelentett panaszok száma.

1. A gyermekek egészségi állapotát jelző indikátorok alakulása

A gyermekek egészségi állapotára vonatkozóan a fontosabbak a csecsemőhalálozás, a koraszülöttség, a fertőző megbetegedések, a veleszületett fejlődési rendellenességek melynek csökkenésében a védőnői ellátás is szerepet játszott.

Az életkorhoz kötött védőoltási arányok teljesülése (99,5-100%) nemzetközileg is elismerésre méltó, melynek szervezését, teljesítésének nyomon követését és jelentését a védőnők végzik.

A gyermekek státuszvizsgálatának, szűrővizsgálatának teljesülése 1, 3 és 5 éves korban (95-99%) szintén fontos eredmény melynek szervezése, megvalósulásának nyomon követése is védőnői feladat.

A 6 hónapos korig kizárólagosan szoptatott csecsemők arányának növekedése (1997-ben 23,1%; 2006-ban 42,6%) elsősorban védőnők erőfeszítésének az eredménye.

A serdülőkorúak terhesség-megszakításának csökkenő tendenciájában az iskola-egészségügyi ellátásban és a Családvédelmi Szolgálatban dolgozó védőnők munkáját is tükrözi. (ezer 15-19 éves korú nőre 1990-ben 30,3; 2006-ban 17,4 terhesség-megszakítás jutott.).

A védőnő által nyilvántartott várandós anyák dohányzásában is tapasztalható csökkenés (1997-ben 17,8%-nál 2006-ban 14,9%)

2. Elégedettség a védőnői ellátással

A védőnői ellátás igénybe vétele nem kötelező. Az elégedettség mértékét jelzi pl. a családlátogatást nem igénylők száma, a védőnői ellátással kapcsolatos bejelentett panaszok száma. Az ÁNTSZ vezető védőnői (szakfelügyeleti) jelentés alapján 2004-ben 362 család, 2005-ben 428, 2006-ban 341 nem igényelte a védőnői családlátogatást. 2007. évtől külön választva kérünk be adatokat, hogy mennyi a védőnői ellátást nem igénylő családok száma és mennyi a családlátogatást nem igénylők száma. (Forrás: OTH)

Az elégedetlenség háttérében részben a védőnői ellátással kapcsolatos eltérő elvárások, a bánásmód, részben a személyi, továbbképzési, tárgyi feltételek hiányosságából adódó körülmények állnak. Ahhoz, hogy a lakosság igénybe vegye a védőnői ellátást, fontos azt úgy végezni, hogy a szükségeltére is érzékenyen reagáljon.

Az elégedettségre vonatkozóan reprezentatív felmérésről nincs tudomásunk, de számos szakdolgozat vállalkozott erre irányuló ismeretek szerzésére, melyek hasonló eredményre jutottak, mint például az elmúlt évi, amelyben 8 védőnő végzett felmérést Bonyhád, Dunaújváros, Kaposvár, Harkakötöny 1-1 védőnői körzetében. 140 szülőnek szóló kérdőívet töltettek ki, melyből 109 volt értékelhető. A céljuk egyrészt az volt, hogy vizsgálják a védőnői ellátást, mennyire felel meg a gondozottak igényeinek és elvárásainak, másrészt segítséget nyújtsanak a stratégiai célok kijelöléshez, az esetleges hibák és hiányosságok kiküszöböléséhez. A gondozott személy elvárásait befolyásolják a szükségletei, a korábbi tapasztalatai, illetve másoktól szerzett értesülései, valamint a tömegkommunikációban kialakított imázs. Az eredmények tükrében elmondható, hogy a gondozottak fontosnak tartják a védőnő munkáját, elégedettek azzal. Az értelmi, a mozgásfejlődés területén több segítséget igényelnek a szülők és a közösségi alkalmak szervezése terén is többet várnak. Megállapításra került, hogy a védőnői munka sikerességének több feltétele is van. A legfontosabb, hogy hivatásként élje meg a mindennapi munkát a védőnő, találja meg az egyensúlyt a család és a munka között, legyen lehetősége támogatásra - a szupervízióra is. Legalább ilyen fontos a szakértelem, a megbízhatóság, az emberiség, a gondozottak igényeinek folyamatos figyelése, a gondozottak rendszeres informálása szolgáltatásokról, képesség a gondozottak igényeinek megfelelő problémamegoldásra. Ezek megvalósulásával elérhető egy harmonikus kölcsönös elégedettségen alapuló kapcsolat kialakítása. [31]

3. A védőnői ellátással kapcsolatos panaszbejelentések

Az ÁNTSZ-hez 2004-ben a védőnői ellátással kapcsolatban 46, 2005-ben 71 és 2006-ban 62 volt az összes panaszbejelentések száma. (Forrás: OTH)

XII. Fejlesztésre irányuló javaslatok összefoglalása

A védőnői hálózat megalakulásakor hiánypótló volt a csecsemőhalandóság, a fertőző betegségek csökkentésében, a felvilágosításban, az orvos munkája melletti asszisztálásban. Ma már a nem-fertőző megbetegedések terjedésével szembesülünk, melyek elsősorban az életmóddal és környezettel állnak szoros kapcsolatban. Nagy kihívás a szegénység intergenerációs átöröklésének megtörése, olyan preventív programokban való közreműködés, melyek képesek ellensúlyozni a hátrányos helyzetű gyermekek fejlődését kockázatos tényezőket. A sikeres beavatkozások a szülővel való együttműködésben a leghatékonyabbak. Kora gyermekkorban a szülői bánásmód minősége, az érzelmi és értelmi stimuláció a meghatározó a gyermek fejlődése szempontjából. A szülői készségek, ismeretek sokféle módon fejleszthetők: tájékoztatással, gyakorlati útmutatással, otthoni segítségnyújtással, képzéssel, szülő-gyermek kapcsolat erősítésével, szülői kompetenciák fejlesztésével, terápiás jellegű beavatkozásokkal, a közösségi erőforrások és a tágabb család mobilizálásával. A „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia tartalmaz számos olyan célokat, feladatokat, melyek eredményes megvalósításában a védőnők a jelenlegi alapfeladatuk keretében is aktívan részt tudnak venni, illetve a kiegészítő célirányos képzéssel, szervezéssel és finanszírozással közreműködhetnek a hátrányos helyzetű 0-6 éves gyermekek egészséges fejlődésének támogatásában. [32, 33]

Az eredményes közreműködésben, a fejlesztés irányvonalainak meghatározásában nem hagyható figyelmen kívül a társadalmi fejlődés trendjei sem, melyek a védőnői ellátásban is érvényre kell juttatni:

- a rövid távú célok helyett a hosszú távú célok kerülnek előtérbe,
- a centralizáció helyébe fokozatosan a decentralizáció lép,
- az intézményes segítség helyett az ön-gondoskodás ösztönzése, támogatása kerül előtérbe,
- a kész megoldások ajánlása helyett, a választási lehetőségek előnybe részesítése,

- az alá-fölérendeltség helyett, a kapcsolatrendszerek (team, partneri kapcsolat) kialakítása szükséges, nemcsak a gondozásban közreműködő szakemberekkel és civil szervezetekkel, hanem a gondozott személlyel és családjával egyaránt,
- az egyoldalú megközelítés helyett a holisztikus megközelítéssel szükséges a gondozást végezni. [34]

Ezek a trendek a védőnői szerepben, a védőnői ellátásban is változásokat idéztek és idéznek elő, és azok a kolléganők eredményesebbek, akik ezekhez képesek rugalmasan alkalmazkodni. A gondozottak szükségletük, igényük kielégítésére számos módon szerezhetnek ismereteket, sokféle szolgáltatás közül választhatnak. Ezért különösen fontos, hogy a lakosság, a családok még jobban ismerjék a védőnői ellátás teljes vertikumát. A védőnői ellátás igénybevételét a jövőben jelentős mértékbe befolyásolja, hogy a gondozott személy, a család a szükségleteinek (igényeinek, elvárásainak) megfelelő ellátást kap-e, hogy a védőnő milyen módon végzi a gondozást, illetve, hogy milyen mértékben elégedett a gondozott személy a védőnővel. Ebben a folyamatban egyre inkább fokozott hangsúllyal jelenik meg, hogy sikerül-e a védőnőnek őszinte, bizalomra épülő partneri kapcsolatot kialakítani gondozott személlyel és családdal. Ehhez nélkülözhetetlen a gyermek-és családközpontú megközelítés alkalmazása nemcsak elméleti, hanem a mindennapi gyakorlatban, jártasság szintjén. A medikalizált, a szekunder prevencióra összpontosító szemléletet holisztikusabbá kell tenni, fokozott hangsúlyt helyezve a pszicho-szociális tényezőkre. A védőnőnek a család, a gondozott szükségleteire kell a jövőben érzékenyen reagálnia és nem az orvos elvárásaira. Nemcsak a társadalomismeret, hanem a különbözőségekhez fűződő viszony, a „mások” megértése és a velük való együttműködés is tanulható. Ahhoz, hogy a védőnők ne álljanak felvértezetlenül a számukra ismeretlen helyzetek előtt, az esetmegbeszélésekre, az önismereti, konfliktuskezelési és érzékenyítő tréningeknek, sokkal nagyobb helyet kell kapniuk a képzésben, a továbbképzésben és szükséges lenne bevezetni a szupervízió kötelezettségét is. A fokozottabb önismeret nagyobb önbizalmat adhat, megtaníthat a „győztes-győztes” helyzetek létrehozására és küzdeni a leértékelés, a háttérbe szorítás ellen. [4]

A 2005 őszén meghirdetett Nemzeti Csecsemő- és Gyermkegészségügyi Program feladatainak megvalósítása érdekében az Egészségügyi Minisztérium 2006. I. félévi munkatervi feladatai között került meghatározásra a védőnői szolgálat stratégiai és szakmai fejlesztésének kidolgozása. Ennek érdekében az EüM III. Egészségpolitikai Főosztálya három munkacsoportot szervezett – területi védőnői, iskola-védőnői és ún. stratégiai munkacsoportot. A munkacsoportokban az adott területen dolgozó, motivált kolléganők vettek részt. A három munkacsoport anyagaiból készült egy összefoglaló. A kormányváltást követően az anyag véglegesítésére, a megvalósításra, vonatkozó intézkedésekre nem került sor, de ahol lehet, érvényesítjük. Az alábbi fejlesztésre irányuló javaslatok a védőnői szakma részéről akkor megfogalmazott fontos megállapításokat is tartalmazzák. [35]

1. A területi védőnői ellátáshoz való hozzáférés biztosítása - jogszabályok betartatása, a személyi, tárgyi, közlekedési feltételek javítása

A védőnői szolgálat országos hálózatának kiépítésekor lényeges szempont volt a védőnők anyagi és erkölcsi megbecsülése, a megfelelő képzés, egészségház (munkahely, tanácsadó), illetve szükség esetén szolgálati lakás biztosítása. Ez tette lehetővé, hogy pl. a halmozottan hátrányos településeken, vagy alacsonyabb gondozottak létszáma esetén is hozzáférhető legyen a védőnői ellátás. A földrajzi adottságok, a helyi közlekedési viszonyok azonban nem tették lehetővé az ellátandó területek, települések számának korlátok nélküli növelését. Ezért az aprófalvas és tanyás települések védőnői ellátásának megszervezése érdekében olyan feltételeket igyekeztek kialakítani, hogy könnyen „letelephető” legyen a védőnő, illetve szükség esetén az ország egyik helyéről átirányítható legyen a másikra. Ehhez anyagilag, erkölcsileg megbecsült állami alkalmazást, a szolgálati lakást és tanácsadót biztosítottak.

Ma is alapvető fontosságú a területi védőnői ellátáshoz való hozzáférés egyenlő esélyeinek biztosítása. A hozzáférés nem függhet a lakóhelytől (falu, város, nagyváros), a szezonális megbetegedésektől, (influenza), a szociális helyzettől (halmozottan hátrányos lakosság), hogy vállalkozásban vagy közalkalmazottként, illetve, hogy részmunkaidőben, vagy teljes munkaidőben történik-e az ellátás.

Sürgős megoldásra vár a három vagy annál több település ellátása, valamint a tartós helyettesítéssel ellátott körzetek helyzete. 2006-ban a három vagy annál több települést ellátó védőnői körzetek száma 379 volt, míg a tartós helyettesítésben ellátott körzeteké 480. Vannak olyan körzetek, amelyek egyaránt több települést és tartós helyettesítést is végeznek. Tekintettel arra, hogy a tartós helyettesítésben az ellátás hozzáférhetősége ugyanabban az időben történik, mint a „saját” körzeté, ezért tartós helyettesítés szempontjából lényegében 2x480 azaz 960 körzetben nincs megfelelő ellátás biztosítva. Mindennapi hozzáféréssel kellene biztosítani a védőnőt a halmozott hátrányos településeken és/vagy ahol magas a fokozott gondozottak száma (30% vagy annál magasabb) és/vagy ahol nem biztosított a gyermek háziorvosi ellátás, illetve ahol még a felnőtt háziorvosi ellátás is többnyire, csak helyettesítéssel oldható meg. Ezeken a településeken, különösen fontos a meglévő védőnői állások megerősítése, megtartása (magasabb bér), szolgálati lakás, a gyors közlekedési lehetőség biztosítása, illetve szükség esetén új állások fejlesztése.

A területi védőnői ellátás biztosítását, igénybevételét befolyásolja, hogy milyen távol van a tanácsadó, hogy a védőnői tanácsadás milyen gyakorisággal, milyen időpontban van, továbbá a feladatok ellátásához szükséges alapfelszerelés, műszerek, eszközök rendelkezésre állnak-e, szavatosságuk, minőségük megfelelő-e, rendszeresen ellenőrzött-e. A minimumfeltételek megléte, sőt azok helyi szükségleteknek megfelelő fejlesztése nélkül nem biztosítható a teljes körű védőnői ellátás.

A korlátozott anyagi körülmények miatt, a védőnői szolgálatot működtető a feltételeket gyakran, csak a székhelyközségben tudja biztosítani a több települést ellátó körzetek esetében. Vannak családok, akik nem tudnak beutazni a székhelyközségbe. Ezekben, az esetekben a megfelelő állapotfelméréshez, a szűrővizsgálatok elvégzéséhez a korai észlelés, jelzés és célirányos ellátás, gondozás érdekében, szükséges helybe vinni a védőnői tanácsadást. A csatolt településen a meglévő tanácsadóban, vagy megfelelő egyéb helyiségben, pl. a „Biztos Kezdet Klub”-ban vagy a játszóházban, a vizsgálatokhoz szükséges mobil eszközökkel, a dokumentáláshoz szükséges mobil elektronikai felszereléssel (lappal), és mindehhez gépkocsi vagy saját gépkocsi használatának megfelelő finanszírozásával megoldható lenne.

Mivel a területi védőnő idejének jelentős részét a tanácsadón kívül tölti, nélkülözhetetlen az elérhetőségének kiterjesztése a családokkal, családokat ellátó más társszakmákkal való kapcsolattartáshoz, együttműködéshez üzenetrögzítő vonalas telefon, mobil telefon és internetes elérhetőség biztosításával. Az OTH Egészségügyi Igazgatási Főosztály kérésére ez évben felülvizsgálatuk a védőnői ellátást érintő minimumfeltételek és összeállítottuk a módosító javaslatainkat, mely tartalmazza a területi védőnői tanácsadó kialakítására, valamint alapfelszerelésére vonatkozó javaslatokat is (5. sz. melléklet).

A védőnői ellátást szabályozó hatályos jogszabályok többsége megfelelő lenne és a betartásukkal, kikényszerítésükkel jelentősen emelkedhetne a hozzáférhetőség. A szakmai felügyelet, a szakmai látogatások és a közelmúltban végzett felmérések tapasztalatai sajnos arra engednek következtetni, hogy a védőnői ellátás számos helyen nem a jogszabályban meghatározott módon szerveződik és működik

- a) a védőnői feladatok végzésének helyszínére (alapellátás),
- b) a védőnő által elláthatóakra és ellátandóakra (létszám, „saját” gyermek),
- c) a védőnő által ellátható és ellátandó feladatokra, különösen a védőnői tanácsadásra,
- d) a védőnői ellátáshoz, a védőnői tanácsadóhoz szükséges minimum feltételeinek biztosítására vonatkozóan.

Folyamatban van a védőnői ellátásra kiadott működési engedélyek országos szintű felülvizsgálata, a szükséges intézkedés megtétele, nyomon követése annak érdekében, hogy a jogszabályokban előírt feltételek betartásra kerüljenek.

2. A területi védőnő által ellátandó gondozottak létszámának felülvizsgálata – csökkentése

Az ellátandó és a finanszírozható gondozottak számát szükséges újra gondolni. A holisztikus, interdiszciplináris szemléletű védőnői ellátás biztosításához a jelenleg előírt 250 fő (ellátási érdek esetén 312,5 fő) nagyon magas. Részben ezzel magyarázható az elégedetlenség, a tapasztalható hiányosságok előfordulása. A védőnői szakma a jelenlegi területi védőnői feladatok ellátásához a 170-200 fő közötti gondozottak ellátását tartja elfogadhatónak a település szerkezetétől, a közlekedési lehetőségektől, a lakosság összetételétől, egészségi állapotától, szociális helyzetétől függően.

3. Az alacsony létszámú, halmozottan hátrányos településeken a védőnői képzettségben rejlő lehetőségek „kiaknázása”, többcsatornás finanszírozással a szükségletnek megfelelő feladatok ellátásával

Az alacsony létszámú, az aprófalvas, a halmozottan hátrányos településeken a védőnői képzettségben rejlő lehetőségek „kiaknázásával”, a területi védőnői feladatok mellett a helyi szükségletnek megfelelően viszonylag kis befektetéssel, továbbképzéssel és többcsatornás finanszírozással egyéb helyi szolgáltatásokat nyújthatna a védőnő. Ezt sürgeti az a tény is, hogy ahol, olyan mértékben csökken a gyermekek száma, hogy teljes munkaidőben nem tudják tovább finanszírozni a védőnőt, ott csökkentik a munkaidéjét. Ha, a csökkentett munkaidőre jutó csökkentett bér a megélhetést nem teszi lehetővé, kénytelen olyan foglalkozást vállalni, ahol teljes munkaidőben tud dolgozni. Így növekszik a betöltetlen védőnői állások és az ellátatlan települések száma.

A területi védőnők bevonása a képességgondozásba

A 0-7 éves kor az, az időszak, amikor a társadalmi kirekesztődés folyamata leginkább megfordítható. Az alapvető készségek, képességek fejlődésének minél korábbi szakszerű támogatása, kulcsfontosságú a későbbi tanulmányi sikerek, s így a foglalkoztatás szempontjából. A figyelemkoncentráció, a mozgáskészség, a manuális és beszéd-készség, alkalmazkodás különféle módszerek segítségével már a születés pillanatától fejleszthető és fejlesztendő. Megfelelő segítséggel, információk átadásával a szülők maguk is el tudják sajátítani ezeket. A szülői képességek kibontakoztatásában, a gondozás nevelés minőségének javításában a gyerek optimális fizikai, érzelmi és kognitív fejlődése érdekében szükséges a család – elsősorban az anya – megerősítése, felkészítése és támogatása.

A leendő szülőknek, a szülőknek, a gyermekkel együtt történő célirányos tanácsadás és csoportos foglalkozás rendszeres tartásával – megfelelő továbbképzés után, külön finanszírozással, közreműködhetne a védőnő a szülői szerepre, valamint a 0-6 éves gyermekek fizikai, kognitív, mozgás, beszéd és érzelmi fejlesztésében. Segítheti a szülői ismeretek, készségek fejlődését, az életviteli problémák megoldását, különösen a halmozottan hátrányos helyzetű településeken. A kora gyermekkorban, a sikeres beavatkozások a szülővel való együttműködésben akkor a leghatékonyabb, ha ez a család otthonához minél közelebb valósul meg. Ahol működik Biztos Kezdet Program, ott a Biztos Kezdet Klubban, vagy a játszóházban hetente egyszer a védőnő tarthatna csoportos foglalkozást a gyermekekkel együtt, illetve szükség esetén a szülőknek tanácsadást, interaktív beszélgetést a helyi szükségletnek megfelelő témákban, mialatt a gyermekek felügyelete is biztosított.

A gyermekjóléti tanácsadás biztosítása a területi védőnő közreműködésével

A Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete ez évben kiadott koncepciója rávilágít arra, hogy a gyermekjóléti ellátás biztosítása, hasonló problémákkal küzd, mint a területi védőnői. A gyermeki jogok megvalósulásának alapkritériuma, hogy a gyermekjóléti szolgáltatás továbbra is települési szintű alrendszere maradjon a gyermekvédelemnek. A kisméretű, gyenge anyagi teherbírású településeken azonban a heti egy-két órát tartózkodó

családgondozó által nyújtott ellátás nem képes kellő hatékonysággal elősegíteni a gyermekellátások hozzáférését, a váratlan krízishelyzetek azonnali hatékony megoldását. A kihasználatlan, finanszírozhatatlan rendszerek helyett a Konceptió a párhuzamosság elkerülésével, munkamegosztással, az ellátás tartalmának megosztásával tenné településszinten folyamatosan elérhetővé, szakmailag alacsonyabb szintre helyezhető feladatrendszerét. A tervezet a jelenlegi gyermekjóléti szolgáltatás tartalmának két részre történő bontásával behoz egy új fogalmat annak fogalomrendszerébe, a „gyermekjóléti tanácsadást”. A gyermekjóléti tanácsadás a gyermekjóléti szolgáltatásnak egy önálló tartalmi egysége, amely a gyermekjóléti gondozást nem igénylő esetekben alkalmazható. Szakirányú képesítést nem igényel. A gyermekellátásokról történő információnyújtást, azok igénybevételéhez való segítségnyújtást, az ügyintézés segítségét, a településen gondozott gyermekek ellátásában való felsőfokú szociális szakképesítés nélkül végezhető közreműködést, a „gyermekvédelem” állandó jelenlétét foglalja magába. Nem váltja ki a gyermekjóléti alapszolgáltatásokat, de folyamatos településszintű jelenlétével gördülékenyebbé teszi azok elérhetőségét. Nem adja lejjebb a szakmai tartalmat, hanem annak egy részét - a gondozást nem igénylő szolgáltatásokat - közelebb viszi, és folyamatosan elérhetővé teszi a legrászorultabb rétegek számára is.

A gyermekjóléti tanácsadást a területi védőnő végezhetné megfelelő továbbképzéssel és külön finanszírozással. A tárgyi feltételek a védőnői ellátás tárgyi feltételei között lényegében rendelkezésre állnak. [36]

A területi védőnők részvételének növelése a népegészségügyi feladatok megvalósításában

A körzetben lakcímmel rendelkező, jogszerűen tartózkodó felnőtt lakosság számára kiterjeszteni a védőnői preventív ellátást, szorosan együttműködve a házi orvossal, a körzeti ápolóval, az ÁNTSZ-szel, többek között az alábbi népegészségügyi feladatokban:

- Egészségvédelmi projektek, programok tervezése, szervezése, lebonyolítása;
- Epidemiológiai vizsgálatokhoz, lakossági felmérésekhez interjúk felvétele;
- Egészséges életvitel ösztönzése, családi anamnézis, különös tekintettel az elhízás, szív és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség megelőzésére, rizikó tényezők korai és észlelésére, szükség esetén a házi orvoshoz való irányítással;
- Életkorhoz kötött szűrővizsgálatokban való részvétel pl. vérnyomásmérés, vércukor- és vizelet tesztel történő vizsgálata, stb. kóros elváltozás esetén a háziorvoshoz irányítás.
- A fiatalkori szív-és érrendszeri betegségek gyermek és serdülőkorai megelőzése (PEACH Projekt) a veszélyeztetettek célzott szűrővizsgálatával, házi gyermekorvoshoz irányításával, gondozásban való közreműködéssel;
- Dohányzás leszokást segítő tanácsadás.

[15, 37, 38]

- Méhnyakszűrés, kenetvétellel - sikeres külföldi példákat követve az alapellátásban, a körzetben, nővédelmi tanácsadás keretében, megfelelő kiképzéssel a területi védőnő végezhetné, külön finanszírozás biztosításával. [39, 40] Ez évben készült erre vonatkozóan stratégiai terv az Országos Tisztifőorvosi Hivatalban.

4. Megoldani az óvodai védőnői ellátás helyzetét

Az óvodai védőnői ellátásának finanszírozását szükséges megoldani vagy külön finanszírozás biztosításával, vagy a körzetben és az óvodában ellátható összes gondozottak számának összehangolásával, szabályozásával. Jelenleg az óvodai többletfeladat ellátása nincs megfinanszírozva. Ez az egyenlőtlen feladat többletmunkát és jelentős feszültséget idéz elő a védőnők körében.

Az óvodai szűrővizsgálatok végzését a területi védőnői feladatkörbe integrálni

Az óvodába járó gyermeket általában nem a lakóhely szerint illetékes területi védőnő szűri, aki az adott gyerekről és családjáról teljes körű információval rendelkezik. Az óvodai szűréseken nincsenek jelen a szülők, így a szűrés eredményéről csak írásos értesítést kapnak, nincs lehetőségük közvetlenül megbeszélni az eredményt, szükség esetén a teendőket. Ezért szükségesnek tartjuk, hogy a 3-6 évesek szűrővizsgálatát a körzetileg illetékes területi védőnő

végezze, egyeztetett időpontban, a védőnői tanácsadáson, a szülő jelenlétében. Így a szülő további információt is tud biztosítani a védőnőnek a gyermek állapotával kapcsolatban. A vizsgálatok nyugodtabb légkörének és eszközrendszerének biztosítása is jobban megoldható, különösen a látás- és a hallásvizsgálatok esetében. Elváltóság, veszélyeztető tényezők tapasztalása esetén a teendők, a gondozás menete azonnal megbeszélhető.

Javasoljuk, hogy az óvoda minden évben kérje a szűrővizsgálat megtörténtének igazolását, éppúgy, ahogy most kéri a védőoltások vagy a „gyermek közösségbe mehet” igazolását.

5. Meghatározni a védőnői minimum ellátás körét helyettesítés esetére

Szükséges fokozott erőfeszítést tenni, hogy a tartós helyettesítéseket lehetőleg ne dolgozó védőnő végezze, hanem pl. nyugdíjas, vagy korlátozott idejű megbízással elhelyezkedni kívánó kolléganő. Mivel mindenhol ez nem valósítható meg, szükséges kidolgozni a helyettesítés esetén végzendő ún. minimum védőnői ellátást, hogy legalább a saját körzet kapja meg a megfelelő védőnői ellátást.

6. A megszerzett tudás szinten tartása, fejlesztése

A személyi feltétel kiemelten fontos tényezője, a megszerzett tudás alkalmazásának képessége, szinten tartása és fejlesztése, önképzéssel, továbbképzéssel, szupervízióval.

A „nagy gyakorlatot” irányító oktató védőnőknek a képzettsége, személyisége, az oktatóhelyek megfelelő felszereltsége meghatározó a megszerzett tudás képzettségnek megfelelő bemutatásához, alkalmazásához. Szükséges lenne előírni, hogy oktató védőnő csak az lehessen, aki erre emberileg és szakmailag alkalmas, felkészítő tanfolyamot végzett és rendelkezik a tárgyi minimumfeltételekkel. Az oktató védőnők képzésére 40 órás tanfolyam tematikát a Pécsi Tudományegyetem elkészítette és akkreditáltatta. Az oktató védőnői munka nagy felelősséget, sok többletmunkát igényel. Díjazása rendkívül méltatlan és egyre nehezebb olyan kolléganőket találni, aki vállalja. Ezért fontos lenne az oktató védőnői tevékenység feltételeit és finanszírozását megoldani.

A jelenlegi továbbképzésre irányuló kötelezettségi rendszer nem ösztönzi, hogy a védőnő abban képződjön, amiben leginkább fejlődésre lenne szüksége, a mindennapi feladatainak eredményesebb ellátásához. A korlátozott anyagi keretek között a munkáltatók gyakran az olcsóbb, a rövidebb ideig tartó, több akkreditált pontot érő továbbképzéseket részesítik előnybe. Ezek között nem kevés azoknak a száma, amelyek nem a védőnői kompetenciára, feladatra, a holisztikus szemléletű megelőző ellátásra irányulnak, hanem az orvosi kompetenciára, a gyógyításra (diagnózisra, terápiára), amit persze fontos ismernie a védőnőnek, de ezek írásos formában is biztosíthatók.

Szükséges lenne védőnői továbbképzési normatíva bevezetésére és az 5 évenkénti továbbképzések tematikájának központi meghatározására, hogy a prioritásokat figyelembe véve, egységes továbbképzésben részesüljenek a védőnők. A védőnők alapfeladatait, és igényeit is figyelembe véve 2006-ban az ÁNTSZ vezető védőnők közreműködésével javaslatot állítottunk össze a továbbképzések témáira és a jelenlegi rendszer befolyásolásának lehetőségeire (6. sz. melléklet).

7. Egységes informatikai rendszer kialakítása - az ellátó rendszer szereplői közötti együttműködés megvalósítása

Az ellátó rendszer különböző szereplői között szükséges egységes rendszert kialakítani, egymással kompatibilis programokat használni, hogy a közösen gondozott családról, a várandós anyáról, a gyermekről az ellátás során összehangolt, standardizált, elektronikus alapokon dokumentált, információ és gyűjtött adatok az illetékes ellátókhoz gyorsan jussanak el.

Korai állapotfelmérés egységes rendszerré szervezése, a mérés hatékonyságának fokozása

A csecsemő-és kisgyermek sokoldalú fejlődését támogató programok hatékonyabbá tételéhez elengedhetetlen a gyermekek fejlődését befolyásoló, eltérő intézményrendszerekben meglévő, fejlődést követő mérési és értékelési módszerek összehangolása, egységesítése a születéstől a tanköteles életkorig, különösen az újszülöttkori, az 1, 3 és 5 éves életkori állapot

meghatározása érdekében. Ki kell dolgozni azokat a mutatókat, indikátorokat, melyek konkrétan mérhetők, a minőségre is utalnak. Meg kell határozni, hogy az alapadatok gyűjtése melyik szolgáltatónál történjen, és hogyan jusson el a gondozásban közreműködő más szakemberekhez, a felesleges párhuzamosság elkerülése érdekében.

A magzat, a gyermek fejlődését veszélyeztető tényezők megállapítása – kódrendszer kidolgozása

A magzat, gyermek fejlődését veszélyeztetettség mértékének meghatározásához, nyomon követéséhez szükség lenne tudományos jelleggel kidolgozni olyan kódrendszert, mely alkalmas lehet az adatvédelem biztosítása mellett adatbázis létrehozására, hogy nyomon követhető legyen a veszélyeztetettség helyzete, alakulása, egyéni, körzeti, önkormányzati, kistérségi, regionális, és országos szinten egyaránt.

A színvonalas védőnői munka már nem nélkülözheti a számítógép (laptop), korszerű védőnői program, nyomtató és az internet alkalmazását. A védőnői ellátás minőségét, hatékonyságát, az ellátókkal való együttműködését biztosító rendszert szükséges kiépíteni, a minőséget jelentősen befolyásoló adatokat értékelni, folyamatokat monitorizálni, a szándékos hiányosságok esetén a szakmai felügyelet útján szankcionálni.

8. A területi védőnői feladatok önálló végzése, a körzet gyermekeinek, családjainak ellátása - szoros együttműködésben

A felsőfokú védőnői képzettség, a védőnői ellátásra vonatkozó hatályos jogszabályok a feladatok önálló ellátására jogosítják fel a védőnőt. A területi védőnő a körzetébe tartozók ellátását köteles végezni és ezért felelős. A szabad orvos választás következtében jelentősen megváltozott a feladatmegosztás és az együttműködés lehetősége, mely új típusú együttműködési, közreműködési módok kialakítását teszik szükségessé.

A védőnőnek az egészségügyi, a szociális, az oktatási szakemberekkel és az illetékes civil szervezetekkel egyaránt kapcsolatot kell tartania, és ez nem lehet egyirányú. Minden gondozott személynek, gyermeknek meg kell adni az esélyt, hogy az őt ellátó orvos, védőnő, szükség esetén a gyermekjóléti szakember rendszeres együttműködésben és egyeztetett irányelvekkel nyújtsa a megelőző-gyógyító alapellátást. Az együttműködés javítása érdekében feltétlen szükséges közös megbeszéléseket, értekezleteket, továbbképzéseket tartani helyi, kistérségi, regionális, országos szinten egyaránt. Közös kiadott protokollok, eljárásrendek, módszertani útmutatók, ajánlások segíthetik az együttműködő szakterületek tevékenységét.

Olyan jogi, finanszírozási eszközökre van szükség, melyek az ellátókat érdekeltté teszik a rendszeres kapcsolattartásban és együttműködésben.

Az ellátók közötti rendszeres kapcsolattartás kötelezettségének betartatása, kialakítása, javítása

A védőnői, az orvosi és más társszakmák feladata egymást feltételezi és kiegészíti, illetve megerősít (meg kellene, hogy erősítse). A megfelelő gyermek-egészségügyi és gyermekvédelmi feladatok ellátása csak jó együttműködésben végezhető. Ehhez szükséges, hogy a családokat, gyermekeket ellátók között rendszeres legyen a kapcsolat, az oda-vissza jelzés, az alapelvek egyeztetése, a megbeszélések a közösen gondozottakra és egymás munkájára vonatkozóan.

A mindennapi feladatok ellátásához, rendszeres kapcsolattartáshoz, a gyors információcseréhez, minden védőnő számára szükséges mobiltelefont vagy vezetékes telefont üzenetrögzítővel, faxot és internetet (e-mailt) biztosítani.

Kistérségi/kerületi „Csecsemő- és gyermekhalálozási értekezlet” megszervezése, az érintettek részvételi kötelezettségével

A gyermek-egészségügyi ellátás egyik fontos mutatója a halálozás, ezért szükséges lenne az érintettek kötelező részvételével évente egyszer értékelni, elemezni kistérségi/ kerületi szinten az előforduló csecsemő és gyermekhalálozással járó eseteket. Az ÁNTSZ kistérségi/kerületi intézet szervezésével, a tisztifőorvos és az érintett szakfelügyelők előkészítő munkájával

kerülne sor az értekezletre, az esetekben illetékes orvosok és védőnők kötelező részvételével, illetve más illetékes szakemberek meghívásával (pl. önkormányzat, gyermekjóléti szolgálat stb.).

Fontos, hogy az adatok védelme betartásra kerüljön, illetéktelen (média) ne jusson be. Az értekezlet célja ne a „bűnbak” keresés legyen, hanem a megelőzhető tényezők feltárása, a gyermekek egészségi állapotának javítása, a gyógyító-megelőző ellátás színvonalának fejlesztése, az együttműködők kapcsolatának javítása. Az értekezletek szervezésének költségeit az ÁNTSZ költségvetésében szükséges lenne biztosítani.

Kistérségi/kerületi „Anya és gyermek egészségügyi értekezlet” megszervezése, az illetékesek részvételi kötelezettségével

Az ÁNTSZ kistérségi/kerületi intézet szervezésében a tisztifőorvos és az érintett szakfelügyelők előkészítő munkájával, az illetékességi területen működő védőnők, házi gyermekorvosok, gyermeket ellátó házi orvosok számára évente egyszer „Anya-és gyermek-egészségügyi értekezlet” tartása. Legalább kétévenkénti kötelező részvétel előírása szükséges lenne. Amennyiben túl nagy a kistérség, akkor több értekezlet szervezésére is sor kerülhet. A kistérségre/kerületre jellemző demográfiai, a szülészeti-, a gyermekgyógyászati-, a védőnői ellátás értékelése, elemzése történe. Meghatározásra kerülnének a jövőre irányuló prioritások, feladatok és megvalósításuk lehetőségei, különös tekintettel az együttműködésre, írásos emlékeztető készítésével. Növelhető a részvétel, ha kredit pontot érők lehetnének ezek az értekezletek is. Az ellátók közötti személyes találkozásra is lehetőséget adna. Az értekezletek szervezésének költségeit az ÁNTSZ költségvetésében szükséges lenne biztosítani.

A gyermekjóléti szolgálat által a jelzőrendszer tagjainak értekezletei is fontos lehetőség az ellátók közötti egyeztetésre, megbeszélésre – az új típusú kapcsolat kialakítására és fenntartására.

9. A védőnői ellátás színvonalának javítása – módszerek fejlesztése, oktatása

Pontos tájékoztatás a védőnői szolgáltatásról – képi megjelenítéssel is

A gondozott személynek, családnak tudnia kell, hogy a védőnői ellátás során mire jogosult, milyen szolgáltatás várható. A személyes bemutatkozáson kívül, szükséges a tanácsadókban is jól látható helyre kitenni az erről szóló tájékoztatót, képi megjelenítéssel is a könnyebb érthetőség azok számára, akiknek olvasási nehézségük van, illetve kevésbé értik a magyar nyelvet.

A gondozott személlyel közösen összeállított gondozási terv alkalmazása - szükségleten alapuló, célirányos védőnői gondozás megvalósítása

A védőnői ellátás eredményességének növelésében kiemelten fontos a gondozott személy megnyerése, aki akkor lesz érdekelt, motivált a védőnői ellátásra, ha a szükségletének megfelelő ellátásban részesül. Ennek egyik eszköze a közösen kialakított gondozási terv, mely egyaránt figyelembe veszi az életkori sajátosságoknak megfelelő megelőző ellátás szükségességét, a gondozott személy szükségletét (igényét) és a védőnői gondozási feladatokat. Az újonnan nyilvántartásba kerülő várandós anyával, ha nem költözik el a körzetből hosszú távon 6-7 évre, középtávon, a várandós állapotra, rövidtávon az első trimeszterre lehet célokat meghatározni. Fontos részletesen megbeszélni, hogy a célok hogyan valósulhatnak meg. Mire van szükség, mit tesz az anya (a családja), miben és hogyan támogatja őt a védőnő. Szükséges arról is beszélni, hogy mikor hol van szükség a találkozásra. Melyikre alkalmas a tanácsadó, a család otthona, illetve a csoportos foglalkozás. Szükséges lenne a közös tevékenységet, közösen értékelni. Áttekinteni, mi teljesült, mi nem és miért nem. Meghatározni van-e további teendő, és kitűzni az újabb célokat. stb.

A szükségleten alapuló, közösen kialakított célirányos gondozás megvalósításához partneri kapcsolatra, elfogadásra, mély empátiára, tiszteletre van szükség. Ez feltételezi a személyközpontú kommunikációban és tanácsadásban való jártasságot. A tapasztalatok azt mutatják, hogy széles körben szükség lenne kommunikációs tréningre, valamint

továbbképzésre a szükségletek megfelelő feltárásának és a gondozási tervekészítés metodikájának elsajátítására.

Korszerű információs anyagok biztosítása – a családok objektív tájékoztatása

Fontos, hogy a dolgozó védőnők, a védőnő hallgatók egyaránt magyar nyelven hozzáférjenek az egészséges életmóddal és a kora gyermekkorral, illetve a koragyermekkori neveléssel kapcsolatos modern tudományos ismeretekhez (CD-n, DVD-n, interneten).

A gyermeknevelés és a társadalmi hátrányok témájának korszerű ismeretekre támaszkodó, népszerűsítő megjelenítése hozzájárulna a közvélemény formálásához. A gyermeknevelés demokratikus elveinek, a gyerekekkel és gyerekekért történő együttműködés formáinak bemutatása segítené a társadalmi szolidaritás megerősödését, a hatékony probléma és konfliktusmegoldás módszereinek terjesztését.

Az egészségvédelemmel, a gyermekneveléssel kapcsolatos korszerű ismeretek terjesztése érdekében, fontos lenne a védőnői tanácsadókban folyamatosan hozzáférhetővé tenni ilyen jellegű szórólapokat, kiadványokat, honlap elérhetőségeket.

A védőnői ellátásban alkalmazott módszerek kutatása, fejlesztése, gondozási szempontok meghatározása - Védőnői Módszertani Csoport létrehozása

A jó minőségű – holisztikus, interdiszciplináris szemléletű - védőnői ellátáshoz nélkülözhetetlen a rendszeres kutatás, a hatékonyságot, a hatásosságot, az eredményességet növelő, bizonyítékokon, tapasztalatokon alapuló „jó gyakorlatok” gyűjtése, elterjesztése. A védőnői munkában a gondozási szempontok, módszerek nyomon követéséhez, fejlesztéséhez, a minőségi mutatók, indikátorok kidolgozására erre specializált Védőnői Módszertani Csoport létrehozására lenne szükség, védőnő irányításával, gyakorlott, idegen nyelvet beszélő védőnők alkalmazásával.

XIII. Összefoglalás

A védőnők jelenleg és a jövőben is fontos szerepet töltenek be a nő-, anya-, magzat-, csecsemő-, gyermek-, ifjú és családvédelemben, a közegészségügyi és járványügyi feladatok megvalósításában és az egészségnevelésben. Közreműködnek az egészségfejlesztésben, a betegségek megelőzésében, megbetegedés esetén az egészségi állapot mielőbbi helyreállításában, a szövődmények megelőzésében, illetve tartós megbetegedés esetén a lehető legjobb állapot elérésében. A felsőfokú képzettséggel - más önállóan végzendő feladatok ellátására is szükség van, melyek eredményesen nem teljesíthetők a több évtizeddel ezelőtti szerkezetben és módszerekkel. A védőnői ellátás lényege nem változik, de a prioritások, az eredményességhez szükséges módszereken változtatni szükséges.

Pozitívum, hogy a védőnői ellátás a települések 55%-ban helyben szervezetten működik a körzetekben és segíti a családokat a fogantatástól a gyermek 18 éves koráig, a gyermek egészséges fejlődésében, nevelésében. Jelen vannak a védőnők a kórházakban, az oktatási intézményekben, a családvédelmi szolgálatokban is.

A területi védőnői hálózat egyedülállóan körzeti alapon szerveződő, térítésmentesen igénybe vehető. Nemcsak az egészségügyi, hanem a szociális ellátásban is fontos szerepet tölt be. Lényeges tapasztalat, különösen vidéken, kisebb városokban, hogy az egészségügyhöz kapcsolható szakmai munkát a családok jó színvonalúan ítélik, alapvetően elégedettek vele, többségük számára biztonságérzetet ad, hogy létezik egy ellátórendszer, amely stabilan maguk mellett tudhatnak a családi életciklusuk egy fontos szakaszában. Ennek jelentőségét az is adja, hogy bár a felelősségvállalás deklaráció szintjén egyre inkább az egyén irányába tolódik el, azonban ennek szocializációja több évtizedet vesz igénybe.

A számos korlátozó tényező különösen szükségessé teszi, hogy a családokat ellátó szolgáltatások harmonizációja mielőbb megtörténjen. Ahhoz, hogy e szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlő esélyeit biztosíthassuk, fejlesztésre, a szolgáltatások színvonalának jelentős emelésére, a szegregáció minden formájának megszüntetését lehetővé tevő és kikényszerítő szabályozásra, valamint az intézmények és szolgáltatások feladatkörének, illetve finanszírozási, adminisztrációs és ellenőrzési rendszerének fejlesztésére van szükség.

Motiváló és a minőséget értékelő, elismerő jogi és finanszírozási eszközökre van szükség, melyhez szorosan hozzátartozik a szolgáltatók, szakemberek képzési és továbbképzési rendszerének átgondolása, a fenti szükségletekhez igazítása, s a nyújtott szolgáltatások értékelhetőségnek, eredményesség mérésének, valamint a fenntartók és a szolgáltatók felelősségének megállapíthatósága és számon kérhetősége is. A szakmai protollok, szabályok, egységes és megfelelően részletező szabályozására is szükség van.

A védőnői hálózat hozzáférhetőségének növelésével, feltételeinek, módszereinek, kapcsolatrendszerének, célirányos, szisztematikus fejlesztésével, szupervízió biztosításával, anyagi megbecsülésével jelentős mértékben és eredményesebben járulhat hozzá a 0-6 évesek egészséges fejlődésének holisztikus, interdiszciplináris szemléletű támogatásához, a rizikótényezők elkerüléséhez, korai felismeréséhez és jelzéséhez. Az ellátókkal való szoros együttműködésben hatékonyabban tudna közreműködni a szükséges intervenciók megvalósításában, különösen a halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek, családok segítésében.

A védőnői ellátáshoz való esély egyenlő hozzáférés megoldása érdekében a feltételek javítása elengedhetetlen (személyi, képzési, továbbképzési tárgyi, közlekedési, stb.), melyekhez a vonatkozó jogszabályok újragondolására, változtatására, valamint többletforrás biztosítása nélkül nem valósítható meg. Ehhez több tárca együttes támogatása nélkülözhetetlen (egészségügyi, szociális és munkaügyi, pénzügyi, önkormányzati és területfejlesztési, oktatási és kulturális, stb.). A halmozottan hátrányos települések védőnői ellátásának vonzóvá tételéhez, a védőnők megtartásához mielőbb intézkedésre van szükség.

Felhasznált irodalom, forrás:

1. Johan Béla: Gyógyul a magyar falu. A M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet Közleményei, 7. sz., 1939.
2. A körzeti védőnői szolgálatról szóló 5/1995. (II. 8.) NM rendeletben Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet.
3. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet.
4. Neményi Mária: Egy határszerep anatómiája – védőnők a nemi, szakmai és etnikai identitás metszéspontjában, Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó, 2001.
5. Neményi Mária: Cigány anyák az egészségügyben. nemzeti és Etnikai Kisebbségi Hivatal, 1998.
6. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény.
7. Az iskola-egészségügyi szolgálatról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet.
8. Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet.
9. A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény.
10. A magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény végrehajtásáról szóló 32/1992. (XII. 23.) NM rendelet
11. Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről szóló 15/2005. (V.2.) EüM rendelet.
12. A védőnő preventív feladatai, felelőssége és kötelezettsége a megelőző ellátásban Országos Tisztifőorvosi Hivatal. (2004).
13. A terhesgondozásról szóló 33/1992. (XII. 23.) NM rendelet.
14. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról és a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 362/2006. (XII. 28.) Kormány rendelet.
15. A kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető, betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet.
16. Útmutató a tanévben végzett iskola-egészségügyi munkáról szóló jelentés kitöltéséhez Országos Egészségfejlesztési Központ, „Fodor József” Iskola-egészségügyi Társaság, 2001.
17. Odor A., Beszámoló a körzeti védőnői és az orvosi érdeki együttműködésről 2002. évben készült felmérés tapasztalatairól, Védőnő, XIII. évfolyam 3. szám, 2003.
18. A gyermekek védelméről és a gyámsági igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény.

19. A személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működési feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet.
20. Odor A., A védőnői szolgálat kapcsolata a gyermekjóléti alapellátási rendszerrel, Védőnő, XI. évfolyam, 4. szám 2001.
21. Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet.
22. Az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelete
23. A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet.
24. Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény.
25. Az Egészségügyi Minisztérium közleménye Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyvről (1.0 változat) Egészségügyi Közlöny, 4. szám. 2007. február 21. 727-740.
26. A szakmai kollégiumokról szóló 20/2004. (III. 31.) ESzCsM rendelet.
27. A szakmai protokollok és szakmai irányelvek kidolgozásának, szerkesztésének és szakmai egyeztetése lefolytatásának eljárásrendje a 23/2006 (V. 18.) EüM.
28. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint működési engedélyezési eljárásáról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet.
29. Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény.
30. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez. Egészségügyi Közlöny, 2004, 14, 746-763.
31. Tobak O. és mtsai.: Mennyire elégedett a gondozott védőnője munkájával? – válaszok egy vizsgálat alapján, Védőnő XVI. évf. 6. szám 17-20., 2006.
32. „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégiáról, 2007-2032 szóló 47/2007. (V.31.) OGY határozat.
33. „Kora gyermekkori nevelés (0-7 évesek)”, Herczog Mária az „Oktatás és gyermekesély” témájával foglalkozó kerekasztal 2007. április 3-i ülésén elhangzott előadásának összefoglalója.
34. Naisbett J. Megatrends. Warner Books, Inc. New York, 67-68.,1982.
35. Nemzeti Csecsemő-és Gyermekegészségügyi Program I. cél, 1 feladata, „A védőnői szolgálat stratégiai és szakmai fejlesztésének kidolgozása” című részfeladat (EüM 10083-1/2006-0003 EGP iktatószámú ügyirata)
36. Konceptió a gyermekjóléti szolgáltatás szintjeinek átalakítására, továbbá az azokhoz kapcsolódó szakmai tartalomnak és a normatív rendszerének kialakítására, Módszertani Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesülete, www.mogyesz.hu, 2007.
37. Egészség Évtizedének Nemzeti Programja (Népegészségügyi Program) 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.
38. A szív és érrendszeri betegségek megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja, Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (EüM megbízásából), 2006. március.
39. „...Az élet él és élni akar...Nemzeti Rákellenes Program, Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (EüM megbízásából), 2006. február.
40. Kovács A., Döbrössy L., Budai A., Boncz I., Cornides Á., A népegészségügyi méhnyakszűrés helyzete Magyarországon 2006-ban, Orvosi Hetilap, 148. évfolyam, 12. szám 535-539.old., 2007.

MELLÉKLETEK

Összefoglaló az ÁNTSZ védőnői szakterület fogyasztóvédelemhez kapcsolható 1997-2006 között végzett fontosabb tevékenységéről és eredményeiről

Hivatkozva az Országgyűlés Fogyasztóvédelmi eseti bizottsága 2007. április 17-én sorra kerülő ülésének napirendjére az ÁNTSZ védőnői szakterület fogyasztóvédelemhez kapcsolható fontosabb tevékenységről a tájékoztatómat az alábbiakban foglalom össze:

Az ÁNTSZ vezető védőnők feladata közreműködni a védőnői ellátás hatékony, az egészségtudomány mindenkorai színvonalának megfelelő működésében, az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülésének elősegítésében, a szakmai irányelvek, minőségi követelmények közvetítésében, mindezek együttes megvalósításának ellenőrzésében és folyamatos nyomon követésében.

A területi, az iskola, a kórházi és a családvédelmi szolgálat (CSVSZ) védőnői tevékenységének szakmai felügyelete az ÁNTSZ keretein belül a városi/kerületi fővárosi (146 fő*), a megyei/fővárosi vezető védőnők (19 fő*) közreműködésével, az országos vezető védőnő (1 fő*) szakmai irányításával folyik, együttműködve az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központtal.

A védőnői ellátás helyzete a 2005. évi adatok alapján:

- A területi védőnők száma (KSH): 4046,75; betöltött állások száma: 3793,25 (93,7%)
- Iskola-egészségügyi feladatot főállásban ellátó védőnők száma (KSH): 907,75; betöltött-védőnők száma: 864,75 (95,3%)
- CSVSZ védőnői állások (OTH, engedélyezett): 114; betöltött állások: 114 (100%)
- Kórházi védőnői tevékenységet ellátók száma: 70 (szülészeti intézmények száma: 96)
- Védőnői ellátásra kiadott működési engedélyek: 3346, ebből végleges: 2731 (81,6%)

ÁNTSZ védőnői szakmai felügyelet által 1997-2006 között végzett fontosabb feladatok és célzott szakfelügyeleti vizsgálatok összefoglalása:

1997. év:

- a főiskolát nem végzett és felmentéssel nem rendelkező védőnők létszámának vizsgálata,
- a tartósan üres állások helyzetének vizsgálata,
- a szülészeti és védőnői szakterület együttműködésének vizsgálata.

1998. év:

- kórházi védőnői státusz meglétének vizsgálata,
- a védőoltással kapcsolatos problémák vizsgálata,
- a gyermekorvosi és a védőnői együttműködés vizsgálata.

1999. év:

- az iskola-védőnői minimumfeltételek vizsgálata,
- vezető védőnők helyzetének, tevékenységi körének, ügyvezető védőnői feladatokat is ellátó vezető védőnők és a szakfelügyelet során alkalmazott módszerek vizsgálata,
- halmozottan sérült gyermekeket gondozó védőnők felügyelete.

2000. év:

- részmunkaidőben gyermekjóléti feladattal megbízott körzeti védőnők helyzetének felmérése,
- iskola-védőnői egészségfejlesztés - a rák megelőző (emlőrák, hererák, bőr) program III. középiskolások számára (továbbképzés szervezése, lebonyolítása, értékelése).
- továbbképzés szervezése védőnők számára - a cigány emberekkel szemben előforduló hátrányos megkülönböztetés és előítélet megelőzése céljából (a cigányság

életkörülményeinek javítása és társadalmi beilleszkedése, különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során).

2001. év:

- a Családvédelmi Szolgálat országos továbbképző programsorozat szervezése, lebonyolítása, szakirányú tanfolyam tervezése, szervezése, lebonyolítása, értékelése,
- a Családvédelmi Szolgálat szolgáltatásainak propagálására lakossági tájékoztató készítése, biztosítása a szülészeti és nőgyógyászati intézmények számára.

2002. év:

- a családtámogatási ellátási formákról szóló védőnői tájékoztatás (I.) vizsgálata,
- a nővédelmi és iskola-védőnői egészségnevelésre irányuló tevékenységek vizsgálata.

2003. év:

- közreműködés az aprófalvas települések, tanyai lakosság higiénés helyzete, életmódja, egészségi állapota felmérés előkészítésében a kérdőívek összeállításában, a felmérés megszervezésében, koordinálásában, a kérdőívek területre juttatásában,
- közreműködés roma telepek higiénés helyzete, lakosságuk életmódja felmérés előkészítésében, a roma telepek egészségügyi alapellátásának felmérése (a háziorvosi felnőtt, gyermek, illetve védőnői ellátásra vonatkozóan),
- a családtámogatási ellátási formákról szóló tájékoztatás (II.) vizsgálata,
- a szakfelügyelendő egységek típusainak, számának, vezető védőnők hatáskörének vizsgálata.

2004. év:

- iskola-védőnői tevékenység - egyeztetett munkaterv megvalósulásának vizsgálata: 5. osztályokra (egészséges táplálkozás) és a 6. osztályokra (dohányzás megelőzése) vonatkozásában,
- területi védőnői tevékenység vizsgálata: a hathónapos korig tartó kizárólagos szoptatás helyzete, monitorozása, a csecsemőtáplálással kapcsolatos adatszolgáltatás vizsgálata,
- a szoptatást támogató környezet megvalósulásának vizsgálata vezető védőnői környezetben.

2005. év:

- a szoptatást támogatása helyzetének vizsgálata a szülészeti és újszülött osztályokon - a WHO/UNICEF Bababarát Kórház Kezdeményezés önfelmérő kérdőívének felhasználásával,
- a szoptatást támogató környezet megvalósulásának vizsgálata védőnői tanácsadókban,
- iskola-védőnői tevékenység - egyeztetett munkatervekben vállalt védőnői feladatok megvalósulásának vizsgálata: 5. osztályokra (egészséges táplálkozás) és a 6. osztályokra (dohányzás megelőzése) vonatkozásában.

2006. év:

- a szoptatást támogatásának helyzete a szülészeti és újszülött osztályokon - a WHO/UNICEF Bababarát Kórház Kezdeményezés önfelmérő kérdőívének felhasználásával készült felmérés értékelése, intézkedés kezdeményezése
- az új oltási rendről a védőnők számára biztosított tájékoztatás megvalósulásának szakfelügyelete,
- „A szoptatás népszerűsítése – a Szoptatás Világnap/hét megünneplése” rendezvények monitorozása,
- a madárinfluenza megelőzése céljából elrendelt védőnők által gondozott családok tájékoztatási kötelezettségének nyomon követése, szakfelügyelete,
- minősített területi és iskola-védőnői szolgálatok helyzetének felmérése.

Fontosabb eredmények a teljesség igénye nélkül:

1. Iskola-egészségügyi szolgálat védőnői szakterület személyi, tárgyi feltételeinek (1999), egészségfejlesztő tevékenységben való közreműködésének országosan, egységes vizsgálata (2002.).

Megállapítás: a védőnők ellátandó populáció 60% oktatási intézményben található, az iskolában elsősorban szekunder prevencióra van lehetőség. Az egészségfejlesztésben azok a kolléganők tudnak bekapcsolódni, akik teljes munkaidőben látják el az iskola-védőnői feladatokat. A területi védőnői ellátásban nincs számszerűsíthető ellátás, ezért kezdeményeztük az iskola-védőnői ellátás megerősítését, mert a 6-18 éves populáció leginkább ott érhető el, ott biztosítható számukra a primer prevenció és a primer egészségnevelés.

Intervenció: az iskola-védőnői ellátás megerősítésének kezdeményezése.

Eredménye: iskola-védőnői állások fejlesztése. 2004-ben a szervezett iskola-védőnői állások száma 481 fő volt (betöltött 96%), 2005-ben a szervezett iskola-védőnői állások száma 907 főre emelkedett (betöltött állások száma: 95,3%).

2. Rákmegelőző Program (emlőrák, hererák, bőr)” megtervezése, megszervezése, koordinálása, lebonyolítása, monitorozása (2000)

Célcsoportok: a középiskolákat ellátó védőnők és a középiskolák III. osztályos tanulói. Feladat: a daganat megelőzéssel kapcsolatos ismeretek biztosítása, az emlő- és a hererák önvizsgálatának megtanítása, alkalmazásának ösztönzése. A Rákellenes Ligával együttműködve a gyakorlatban jól hasznosítható ismereteket, oktatási segédeszközöket (órávázlat, videokazetta, szórólap, emlő önvizsgálati oktatási segédeszköz) került biztosításra.

Eredmény: az emlőrák megelőzése témában a középiskolát ellátó védőnők 88,7%-a (418 fő), a hererák megelőzése témában 84,6% (400 fő) továbbképzése történt meg. Az ellátandó középiskolák 90,3%-a (753) vett részt a programban. A lányok 80,2%-a (39111 fő) vett részt az emlő és a fiúk 88,7%-a (42665 fő) a hererák megelőzésének programjában.

3. A cigányság életkörülményeinek javítását és társadalmi beilleszkedését segítő továbbképzés szervezése, koordinálása, monitorozása (2000.)

Az országos célprogram a körzeti védőnők számára biztosított egy napos továbbképzést, melynek célja volt, hogy segítse a cigányság életkörülményeinek javítását és társadalmi beilleszkedését, különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során, illetve a cigány emberekkel szemben előforduló hátrányos megkülönböztetés és előítélet megelőzését, csökkentését. A továbbképzés célcsoportja (a korlátozott forrás miatt): azok a körzeti védőnők voltak, akik körzetében a cigány lakosság nagyobb arányban fordult elő. A továbbképzés értékelése névtelenül kitöltött kérdőívek értékelése alapján történt.

Eredmény: A továbbképzésben résztvevők száma országosan 2385 fő (58,8%) volt. A válaszadók aránya 93%-os volt. A védőnők 80,5%-át fokozottan érdekli a hátrányos helyzetű családok sorsa. Munkájuk során 34,0% nagyon gyakran, 35,2% gyakran foglalkozik a cigány családok problémájával. A továbbképzés előtt a 1047/1999. (V.5.) Kormány határozatot a válaszadók 11,7%-a jól ismerte, 42,0%-a csak részben ismerte. Az elhangzott előadások 53,7%-ának szorosan, 44,0%-ának részben kapcsolódott a mindennapi munkájához. A megszerzett ismereteket a válaszadók 54,9%-a jelentős mértékben tudja hasznosítani a jövőben. Az elhangzottak alapján a védőnők 58,4%-nak megváltozott a véleménye a kérdésről. Ebben szerepet játszott, hogy 30,2% új ismeretet kapott, 37,2% mélyebben lett tájékozottabb a témakörben. A továbbképzés előtt a védőnők 37,6%-a nem tudta, hogy hol van a Megyei Cigány Kisebbségi Hivatal, továbbá 55,0%-ának semmilyen kapcsolata nem volt a hivatallal. A védőnők 75,3%-a elegendőnek tartotta az előadásokra fordított időt. Szívesen hallana többet a védőnők 45,7%-a a

„Cigány családok gondozása” és 30,3%-a a „Másság, tolerancia és elfogadás” témakörökben. Hasonló témájú továbbképzésben a védőnők 81,0% venne részt a jövőben, különösen kiscsoportos formában, mely több lehetőséget adna a személyes tapasztalatok megosztására és a kommunikáció, konfliktus, stressz kezelés módszereinek elsajátítására. A továbbképzéshez kapcsolódóan 3000 példányban juttattuk el a területre a továbbképzésen résztvevők arányában Szuchay Péter „A magyarországi cigányság kultúrája: etnikus kultúra vagy a szegénység kultúrája” című könyvét, továbbá 370 példányt Juhász Júlia „Találkoztam boldoguló cigányokkal is” című riportkönyvet is.

4. Családvédelmi Szolgálat eredményességének növelése (családtervezési ismeretek terjesztése, terhességmegszakítások számának csökkentése 2000, 2002, 2003)

A CSVSZ helyzetének országos felmérése, a magzatvédelmi törvény előkészítésében való közreműködés.

Eredmény: A 2000. év júliusában módosított magzatvédelmi törvény által előírt kötelezettségeknek megfelelő CSVSZ rendszer kialakítása (struktúra, dokumentáció, adatszolgáltatás, elégedettségvizsgálat), szakirányú tanfolyamok, továbbképző tanfolyamok, esetmegbeszélő csoportvezetők kiképzése, esetmegbeszélő csoportok működésének bevezetése, kiskönyvtár sorozat indítása, I. Országos CSVSZ konferencia megtervezése, megszervezése, lebonyolítása, előadásokat összefoglaló kiadvány összeállítása, megjelentetése, eljuttatása a CSVSZ-ekbe. A Családvédelmi Szolgálat eredményességének növelése érdekében tájékoztattuk a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium elnökét a problémákról és kezdeményeztük intézkedés megtételét, melynek eredményeképpen a Kollégium állásfoglalást adott ki 2001. március 2-án a CSVSZ működésével kapcsolatban. 2002-ben az együttműködés, a CSVSZ eredményességének további javítása érdekében a megyei szülész-nőgyógyász szakfőorvosok és a megyei vezető védőnők részvételével közös szakfelügyeleti értekezletet tartottunk. Az egységes eljárás érdekében összeállítottuk és megjelentettük a CSVSZ ügyviteli rendjét. A lakosság számára tájékoztatót állítottunk össze a CSVSZ szolgáltatásairól. Az ÁNTSZ biztosítja ezt a nyomtatványt minden szülészeti és nőgyógyászati intézmény számára, hogy ezen irányítsa családtervezés céljából vagy a terhesség megszakítás gondolatával foglalkozó várandós anyát a CSVSZ védőnőhöz. A tájékoztató információt tartalmaz a válságtanácsadás menetéről, módjáról is, annak érdekében, hogy csökkentsük a félelmeket és szorongást az érintettek körében. (2001.)

Családtervezéssel kapcsolatos tájékoztató anyagok tervezése, készítése, eljuttatása az egészségügyi szolgáltatókhoz (védőnők, házi orvosok, gyógyszerterek, stb., 2004.)



- a) „Az élet csoda” című szórólap a magzati élet fejlődését mutatja be (rózsaszínű, 600.000 db)

- b) A „Családot, gyermeket szeretnénk” című szórólap a felelős párkapcsolat jelentőségének hangsúlyozásával, tájékoztat a **családtervezésről**, a gyermekvállalásra való felkészülés fontosságáról, módjáról, a gyermek egészséges testi, lelki, szociális fejlődéséhez szükséges feltételekről, továbbá az igénybe vehető családtámogatási ellátási formákról (kék, 600.000)
- c) „A fogamzásgátlás lehetőségei” című új szórólap a reprodukív korú lakosság számára készült, 6 oldalban a nem kívánt terhesség megelőzésére. A szórólap a felelős párkapcsolat jelentőségének hangsúlyozásával tájékoztat a fogamzásgátlás módjairól, illetve arról, hogy pl. mikor, kihez, hova lehet fordulni (okker sárga, 1.200.000 db)
- d) A „Szerelem biztonságban” fiataloknak szóló szórólap a nem kívánt terhesség megelőzésére. (zöld, 1.800.000 db)

Közreműködtünk a „Védőnői Családtervezési Tanácsadás” című kiadvány megírásában és a védőnőkhöz való eljuttatásában (5500 példányban, 2004-ben).



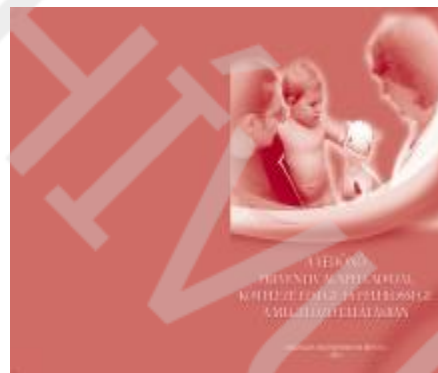
5. A védőnők, a házi gyermekorvosok (házi orvosok), szülész-nőgyógyász szakorvosok érdemi együttműködésének országos, egységes vizsgálata, értékelése, elemzése, javaslatok megfogalmazása, publikálása (2002.).

A vizsgálat feltárta, hogy mindhárom szakterületre vonatkozóan a kapcsolatok 1/3-ában nem valósul meg az érdemi együttműködés a körzeti védőnő és az érintett orvosok között. Ez azt jelenti, hogy ezekbe a kapcsolatokba tartozó gyermekek, családok számára nem adatik meg az esély sem, hogy a védőnő-orvos megfelelő együttműködésben biztosítsa számukra a megelőző-gyógyító ellátást. Ez esélyegyenlőtlenséget teremt. A vizsgálat alapján megállapítható volt az a tény is, hogy az orvosok és a védőnők közötti kapcsolat jónak, és átlagosnak jellemezhető. Elenyésző volt azoknak a védőnőknek a száma, akik rossznak minősítették az orvosokkal való kapcsolatukat. Ez arra enged következtetni, hogy a szabad orvosválasztás, az alapellátásban bekövetkezett változás okozta funkciózavarok, anomáliák okozzák elsősorban a problémákat. Az esélyegyenlőség a megelőző-gyógyító ellátás minőségének javítása, a hiányosságok csökkentése, a védőnői feladatok teljesítése érdekében kezdeményeztünk a feladatok és felelősség meghatározását.

Eredménye: párbeszédet kezdeményeztünk a kompetencia körök, határok meghatározására. Kiadtuk „A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és

felelőssége a megelőző ellátásban” című kiadványt (közel 4 éves konszenzusteremtő folyamat után), a Szülészeti-és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium, a Csecsemő-és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium és a Védőnői Szakmai Kollégium támogatásával, ajánlásával.

A prevenció védőnői és orvosi feladatainak megosztásával feladatorientáltan fejleszthető a védőnők munkaköri leírása, a körzetek kialakítása, a képzés, továbbképzés, az adatszolgáltatás, a tevékenység dokumentációja, a finanszírozás, továbbá meghatározható a kölcsönös együttműködés szükségessége és formái. Csökkenthető a felelősség hárítása, a felesleges párhuzamosság, az esetleges versengés, ezáltal javulhat az orvos-védőnő és egyéb szakterületek kommunikációja, együttműködése. Az alapfeladatok meghatározása alapul szolgál a standardok, indikátorok fejlesztéséhez, a szakfelügyeleti szempontrendszer összeállításához az ellátás minőségének fejlesztéséhez.



6. A családtámogatási ellátási formákról szóló védőnői tájékoztatási kötelezettség teljesülésének vizsgálata (2002-2003).

Országos vizsgálatot folytattunk (védőnői dokumentációra, védőnői tanácsadóra, védőnők ismeretére, a szülők ismeretére vonatkozóan), majd intézkedést kezdeményeztünk a tájékoztatási kötelezettség javítására és egy évvel később megismételtük a vizsgálatot

Eredménye: mind a 4 szempont vonatkozásában javulás történt. Minden évben országosan biztosítjuk a család támogatás rendszerével kapcsolatos ismereteket, változásokat.

Ø törzslapon való dokumentálás:

	<u>2002. év .</u>	<u>2003. év</u>
– szülés előtt:	51,0%	93,5%
– szülés után:	27,4%	87,2%

Ø Információ hozzáférés a tanácsadóban, a váróban:

	<u>2002. év .</u>	<u>2003. év</u>
– tájékoztatók	44,9%	92,7%
– formanyomtatvány minta	23,6%	52,9%
– illetékes szervek és az ügyfélszolgálat helye, ideje	47%	93,3%

Ø Információ hozzáférés a védőnőnél/védőnői szobában:

	<u>2002. év .</u>	<u>2003. év</u>
– tájékoztatók	89,4%	100%
– formanyomtatvány minta	55,9%	91,3%
– illetékes szervek és az ügyfélszolgálat helye, ideje	82%	100%

7. Szoptatást támogató környezet vizsgálata védőnők körében (2005.)

- Megkérdezett védőnők száma: 3014 (79%)

- Az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexét (WHO Kódexet) helyesen ismerők száma: 2957 (98,1%)
- A WHO Kódex célját helyesen ismerők 2828 (93,8%)
- A WHO Kódex tárgyát helyesen ismerők száma: 2128 (72,3%) – fontos intézkedni a pontos ismeret elérése érdekében
- A WHO Kódexet ismeret eredete:
 - Szakirodalom: 1431 fő (47,5%)
 - tanfolyam. 412 fő (13,7%)
 - Védőnői értekezlet: 2502 (83,0%) – a védőnők az ÁNTSZ-en keresztül jutnak leginkább ismeretekhez, mely további indok a rendszeres munkaértekezletek szükségességéhez, megtartásához.
 - Orvos: 61 fő (2,0%)
 - Védőnő kolléganő: 266 (8,8%)
 - Egyéb: 208 (6,9%)
- Pozitív magatartásváltozásról számolt be: 2172 fő (72,1%)
- Saját környezet (a védőnőtől függő) vizsgálata: mintacsomag 204 főnél (6,8%)
- Munkahelyi környezet (nem a védőnőtől függő): mintacsomag 307 főnél (16,1%)

Megállapítás: szükséges a szoptatást támogató környezet kialakítása, nemcsak a védőnői tanácsadóban, hanem az orvosi rendelőkben is. El kell érni, hogy mesterséges táplálásra utaló ismeretek, tárgyak, megtévesztő plakátok propagandája szűnjön meg az egészségügyi ellátó rendszerben. Az egyik leghatékonyabb, leg súlyosabb propaganda forma a mintacsomag elfogadása és osztogatása. Ebben is fontos együttműködni a szakmai felügyeletnek.

Intervenció: kezdeményeztük a hiteles, szoptatást támogató védőnői és vezető védőnői környezet kialakítását. Elkészítettük a szakfelügyeleti audit programot a szoptatás támogatására, mely magában foglalja a WHO Kódex ismeretere és a védőnői környezetben való alkalmazására vonatkozó célzott szakfelügyeleti vizsgálatot. Együttműködve a Szoptatásért Magyar Egyesülettel térítésmentesen biztosítottuk a védőnők és az ÁNTSZ vezető védőnők számára a „Minden csecsemő fontos!” című egészségügyi dolgozók kézikönyvét az anyatejet helyettesítő készítmények marketingjének nemzetközi kódexéről (WHO Kódex). A vezető védőnők számára rendelkezésre bocsátottuk az "Üvegbe zárva" - az anyatejet és szoptatást helyettesítő termékek reklámozása Magyarországon címmel készült összefoglalót, mely széleskörű tájékoztatást, ad a szoptatott csecsemők arányának növelését bizonyítottan akadályozó marketing tevékenységről. Kezdeményeztük a szakfelügyelet közötti együttműködés növelését - közös továbbképzés, értekezlet, szakfelügyelet. Az egészséges csecsemő és kisdedek táplálásának protokolljához, szakmai irányelvének elkészítéséhez háttéranyagot készítettünk és megküldtük az EüM-be.

8. Felülvizsgáltuk, korszerűsítettük az „Értesítés újszülöttről” című nyomtatványt (2006.)

Kezdeményeztük küldésnek elrendelését az EüM-ben (2007.), mely elengedhetetlen az újszülött korai gondozásba vételéhez, egészségi állapotának, szükségletének megfelelő gondozási terv és ellátás biztosításához. (folyamatban van a jogi egyeztetés).

Budapest, 2007. április 12.

Összeállította: Odor Andrea országos vezető védőnő, osztályvezető

A védőnői szakfelügyelet általános szempontrendszere

I. A védőnői ellátás feltételeinek vizsgálata (jogszabályok, szakmai szabályok alapján):

1. Személyi
2. Tárgyi
3. Működési (védőnői munka rendje, összhangja az ellátandó lakosság, szükségleteit figyelembe véve)
4. Jártasság (javaslat továbbképzésre)

II. A védőnői ellátás folyamatának vizsgálata:

1. A gondozásba vétel körülményei

- 1.1. Korai védőnői gondozásba, nyilvántartásba vétel ösztönzése
- 1.2. Gondozásba vétel módja
 - 1.2.1. Tájékoztatás a védőnői ellátásról, szerepéről, fontosságáról
 - 1.2.2. Anamnézis felvételének, megismerésének módja
 - 1.2.3. Egyéni szükségletek felmérése (testi, lelki, érzelmi, szociális, szexuális)
 - 1.2.4. Első látogatás (vizsgálat) időpontja
 - 1.2.5. Védőnői gondozási terv (munkaterv) készítése (egyéni, családi, közösségi)

2. A gondozás módja

- 2.1. Védőnői gondozási (munkaterv) terv megvalósulása (intervenciók, intézkedések, motiválás)
 - 2.1.1. Szükségletek kielégítése, pszichoszociális támogatás biztosítása, megszervezése, a szükséges tájékoztatás megadása
 - 2.1.2. Kóros elváltozások észlelésének módja, időpontja, intézkedés megtétele
 - 2.1.4. Védőnői standardok, kritériumok megvalósulása
- 2.2. Alkalmazott módszerek (személyközpontúság)
 - 2.2.1. Gondozási-ápolási ismeretek és alkalmazása
 - 2.2.1. Kommunikáció (ösztönző, segítő, elemző, ellenőrző)
 - 2.2.2. Tanácsadói stílus (probléma-megoldó, ötletember, „kis-kiváncsi”)
 - 2.2.3. Csoportvezetés (interaktivitás, aktivizálás)
- 2.3. A gondozási terv eredményeinek értékelése (célok, prioritások alapján)

3. Népegészségügyi feladatok megvalósulása egészségvédelem, egészségfejlesztés (egyéni, családi, közösségi szinteken)

- 3.1. Az aktuális Népegészségügyi Program ismerete, hozzáférhetősége
- 3.2. Egészséges életre nevelés
- 3.3. Szűrővizsgálatok végzése
- 3.3. Egészséges táplálkozás széleskörű terjesztése
- 3.4. Az egészséges élethez szükséges mozgáskultúra fejlesztése
- 3.5. Káros szenvedélyek elleni küzdelem
- 3.7. Az egészséges élethez való egyenlő esély megteremtése és megtartása
- 3.8. Járványügyi biztonság erősítése
- 3.9. Élelmiszerbiztonság feltételeinek javítása
- 3.10. Az egészséget támogató környezet kialakítása, a külső okok miatti halálozás visszaszorítása
- 3.11. A védőnői ellátás népegészségügyi szempontokat is figyelembe vevő fejlesztése

4. Együttműködés

- 4.1. A gondozott személlyel és családjával
- 4.2. Az illetékes szakemberekkel és intézményekkel
 - 4.2.1. egészségügyi
 - 4.2.2. szociális
 - 4.2.3. oktatási
- 4.3. ÁNTSZ
- 4.4. Önkormányzatokkal, munkáltatóval
- 4.5. Civil szervezetekkel

5. Dokumentáció

- 5.1. A gondozott személy ellátásával kapcsolatos dokumentáció
 - 5.1.1. Egészségügyi törzslapvezetése
 - 5.1.1.1. A gondozási terv megvalósulásának nyomon követhetősége
 - 5.1.1.2. Informativitás
 - 5.1.1.3. Olvashatóság
 - 5.1.1.4. Olvasható aláírás körzet átadásakor, elköltöztetés esetén (a törzslap megküldésekor)
 - 5.1.2. Egészségügyi kiskönyv
 - 5.1.3. Igazolás
 - 5.1.4. Egyéb
 - 5.1.5. Jelzés dokumentálása
 - 5.1.5.1. Megalapozottsága
 - 5.1.5.2. Tartalma
 - 5.1.5.3. Stílusa
 - 5.1.5.4. Nyelvhelyessége
 - 5.1.5.5. Külalakja
 - 5.1.6. Környezettanulmány
 - 5.1.6.1. Megalapozottsága
 - 5.1.6.2. Tartalma
 - 5.1.6.3. Stílusa
 - 5.1.6.4. Nyelvhelyessége
 - 5.1.6.5. Külalakja
- 5.2. A védőnői ellátás dokumentálása (hitelesség, pontosság, határidő betartása, adatvédelem)
 - 5.2.1. Nyilvántartások vezetése
 - 5.2.2. Munkanapló vezetése
 - 5.2.3. Forgalom regisztrálása
 - 5.2.4. Adatszolgáltatás
 - 5.2.5. Egyéb

III. A védőnői ellátás eredményeinek vizsgálata:

1. Indikátorok alakulása

- 1.1. Családlátogatás standard teljesítése
- 1.2. Szaklátogatás standard teljesítése
- 1.3. Beiskolázás előtti látogatás
- 1.4. Védőnői tanácsadás (fogadóóra) forgalma
- 1.5. Csoportfoglalkozások szám (forgalma)
- 1.6. Várandós anyák gondozásba vételének időpontja
- 1.7. Újszülött látogatások időpontja
- 1.8. Szülői értekezleteken való részvétel
- 1.9. Tantestületi értekezleten való részvétel
- 1.10. Szoptatás alakulása, aránya
- 1.11. Védőoltások teljesítése, aránya
- 1.12. Szűrővizsgálatok teljesítése, gyanú igazoltságának aránya

2. Elégedettség alakulása az alábbiak körében

- 2.1. Gondozott személyek (családok)
- 2.2. Illetékes szakemberek
 - 2.2.1. egészségügyi szülész, háziorvos /házi gyermekorvos, iskolaorvos
 - 2.2.2. szociális – gyermekjóléti szolgálat vezetője
 - 2.2.3. oktatási
 - 2.2.4. önkormányzat
 - 2.2.5. ÁNTSZ

Budapest, 2002. október 21.

Odor Andrea



Védőnői szakterület - A szoptatás népszerűsítése, támogatása - szakmai felügyelet audit programja (2006.)
CÉL: a hat hónapos korig kizárólagosan szoptatott csecsemők arányának növelése 15 százalékponttal az évtized végére
2002. évben: 36,9% volt - a terv 2010. évben: 52%

Sorszám	Alaptényező (cél)	Kritérium	Standard			Mutatók
			Minimum/elfogadható	Cél/elvárható	Szűrő	
1.	A szoptatás népszerűsítése, a szoptatási kultúra visszaállítása (SZOPVIL)	Minden "saját" (nem helyettesített) körzetben valósuljon meg a "Szoptatás Világnapjának Hetének" megünneplése (rendezvény) és/vagy kapjanak tájékoztatást a szoptatás jelentőségéről a körzetben gondozott családok, a körzet lakossága <i>Megj.: Tájékoztatás eredményessége, az ismeretek megmaradása növelhető, ha a tájékoztatás szóban és írásban egyaránt interaktív módon valósul meg</i> <i>Rendezvény- közösségfejlesztő- az eredményesség növelhető, ha a szoptatás norma kialakításában, ha minél több érintett fél bevonásával szerveződik (eü., oktatás, szociális, családok)</i>	Helyzetfelmérés - nemzeti átlag meghatározás			1. A "saját" körzetek száma 2. A szoptatás Világnapját/Hetét megünneplő és/vagy a szoptatás fontosságáról tájékoztatásba részesülő "saját" körzetek száma és aránya 3. Szervezett rendezvények száma 4. A rendezvényeken a vendégkönyvet aláírók száma 5. A szervezésben résztvevő védőnők száma 6. Védőnői publikációk száma 7. Védőnői nyilatkozatok, interjúk száma 8. A szoptatás népszerűsítésével kapcsolatos poszterek-kiállítások száma 9. A „saját” körzetben nyilvántartott családok száma 10. A „saját” körzetben nyilvántartott családok közül családlátogatás vagy tanácsadás keretében a szoptatással kapcsolatos tájékoztatásban részesült családok száma és aránya
2.	A szoptatás támogatása (SZOPTÁM)	1. A "saját körzetet" ellátó védőnő ismeri a WHO Kódexet - célját, tárgykörét és tartalmát	Helyzetfelmérés - nemzeti átlag meghatározás			1. A "saját" körzetet ellátó védőnők száma 2. A vizsgált "saját" körzetet ellátó védőnők száma 3. A vizsgált "saját" körzetet ellátó védőnők közül a WHO Kódex célját, tárgykörét, alapelveit (minimum ismeret) teljes körűen és pontosan ismerő védőnők száma, aránya
		2. A "saját körzet" tanácsadója szoptatásbarát - érvényesül a WHO Kódex előírása	Helyzetfelmérés - nemzeti átlag meghatározás			1. A "saját" körzetek tanácsadóinak száma 2. A vizsgált "saját" körzetek tanácsadóinak száma 3. A vizsgált "saját" körzetek tanácsadói közül a WHO kódexet érvényesítő szoptatásbarát tanácsadók száma, aránya
3.	A csecsemőtáplálással kapcsolatos adatok (CSTÁP)*	1. A körzetet ellátó területi védőnő ismeri a csecsemőtáplálással kapcsolatos fogalmakat, a kategóriák definícióját	Helyzetfelmérés - nemzeti átlag meghatározás			1. A vizsgált körzetet száma/a csecsemőtáplálás kategóriáit helyesen ismerők száma*
		2. A körzetet ellátó védőnőnek a csecsemőtáplálásról adattal kell rendelkeznie (havonta)	Helyzetfelmérés - nemzeti átlag meghatározás			2. A vizsgált körzetek száma/adatot szolgáltató körzetek száma*
		3. A körzetet ellátó védőnőnek pontos adattal kell rendelkeznie (évente jelentenie)	Helyzetfelmérés - nemzeti átlag meghatározás			3. Vizsgált és adatot szolgáltató körzetek száma/pontos adatot szolgáltató körzetek száma*

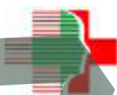
*Valid adatok biztosításához szükséges: 1. A WHO fogalmak bevezetése, 2. Annak megfelelően az adatszolgáltatás elrendelése az alap és a szakellátásban, 3. Hivatalos dokumentum pl. az "Újszülött értesítő" fejlesztésével és legalizálásával, illetve későbbiekben kórházi ellátás esetén a Zárójelentés felhasználásával a csecsemőtáplálásról szóló tájékoztatás a védőnő és a kórház között megoldani.



Védőnői Szakfelügyelet (2007.)

A várandós anyák (önálló) védőnői tanácsadásának szervezési és működési feltételeinek szakfelügyeleti vizsgálata, auditja (VÁGVTA07) (OTH 2846/2007.)

Sorszám	Cél	Kritériumok	Indikátor megnevezése	Indikátor számítás metodikája (számláló/nevező x szorzószám)			Egysége	Összehasonlítás					Minőséget befolyásoló okok
				Számláló	Nevező	Szorószám		A védőnői ellátást szolgáltatón belül a védőnői körzetek között (ha alkalmazható)	Azonos szintű körzetek (falusiak, városiak) között a kistérségi/regionális/országos szintű körzetek között	ANTSZ Kistérségi/Budapesti I-XXIII. Kerületi Intézete illetékességén belül a védőnői körzetek között; a Regionális Intézete illetékességén belül a kistérségek/fővárosi kerületek között	Országos átlaggal		
1.	Vizsgálni, hogy a várandósok (önálló) védőnői tanácsadásán a védőnői körzetben ellátandó várandós anyák ellátása folyik-e?	A körzetben ellátandó várandós anyák részére kell biztosítani az önálló védőnői tanácsadást (alkalmazása kötelező).	A várandósok (önálló) védőnői tanácsadásán a "saját" körzetből ellátott várandós anyák megjelenésének aránya	Várandósok védőnői tanácsadásán "saját" körzetből ellátott várandós anyák megjelenésének száma	A várandósok (önálló) védőnői tanácsadásán a várandós anyák megjelenésének összes száma	100	%	X	X	X	X	Jellemezhető, hogy a területi védőnői ellátás szervezése mennyire felel meg a jogszabályi előírásoknak. Befolyásolja a szükséges alapuló ellátás biztosítását, mivel a területileg illetékes védőnőnek van lehetősége a várandós anya és családja körülményeinek ismeretében a közösen kialakított gondozási tervnek megfelelő komplex ellátást nyújtania.	
2.	Vizsgálni, hogy a várandósok (önálló) védőnői tanácsadása az alapellátásban, a védőnői tanácsadóban (a védőnő munkahelyén) folyik-e?	A várandósok védőnői (önálló) tanácsadását a fenntartó/tulajdonos által, az alapellátásban biztosított tanácsadó - védőnői tanácsadó - helyiségben kell végezni (alkalmazása kötelező).	A várandósok (önálló) védőnői tanácsadását a védőnői tanácsadóban biztosító körzetek aránya	A várandósok (önálló) védőnői tanácsadását a védőnői tanácsadóban (az alapellátásban) biztosító körzetek száma	Védőnői körzetek összes száma	100	%	X	X	X	X	Jellemezhető, hogy a területi védőnői ellátás szervezése mennyire felel meg a jogszabályi előírásoknak. Befolyásolja a területi védőnői ellátás hatékonyságát, időkihasználását, a gondozottakkal kapcsolatos ismeretek hozzáférhetőségét, a tevékenység dokumentálását, a jelentések összeállítását, ha nem a védőnői tanácsadóban, illetve nem az alapellátásban történik a várandós anyák védőnői ellátása.	
3.	Vizsgálni, hogy a várandósok (önálló) védőnői tanácsadásához előírt műszaki és egyéb feltételek biztosítottak-e?	A várandósok (önálló) védőnői tanácsadásához biztosítani kell az előírásoknak megfelelő műszaki és egyéb feltételeket (alkalmazása kötelező)	A várandósok (önálló) védőnői tanácsadásához az előírásoknak megfelelő műszaki és egyéb feltételeket biztosító körzetek aránya	A várandósok (önálló) védőnői tanácsadásához az előírásoknak megfelelő működési feltételeket biztosító körzetek száma	Védőnői körzetek összes száma	100	%	X	X	X	X	Jellemezhető, hogy a várandós anyák védőnői ellátásához előírt műszaki és egyéb feltételek mennyire felelnek meg a jogszabályi előírásoknak.	
4.	Vizsgálni, hogy a várandósok számára a védőnői (önálló) tanácsadás biztosított-e	A várandósok számára biztosítani kell a védőnői (önálló) tanácsadást (alkalmazása kötelező).	A várandósok számára védőnői (önálló) tanácsadást biztosító körzetek aránya	A várandósok számára védőnői (önálló) tanácsadást biztosító körzetek száma	Védőnői körzetek összes száma	100	%	X	X	X	X	Jellemezhető, hogy a területi védőnői ellátás szervezése mennyire felel meg a jogszabályi előírásoknak. Befolyásolja a védőnői ellátáshoz való hozzáférést, a primer, szekunder, terciér teljes körű védőnői ellátás biztosítását.	



FELJEGYZÉS
VÉDŐNŐI SZAKFELÜGYELETI OSZTÁLY (68.)

CÍMZETT: DR. MOLNÁR ZSUZSANNA
főosztályvezető

ELŐADÓ: ODOR ANDREA
osztályvezető, országos vezető védőnő

TÁRGY: Védőnői ellátást érintő minimumfeltételek felülvizsgálata, módosító javaslatok összefoglalása

DÁTUM: 2007. május 24.

IKTATÓ SZÁM: -

MELLÉKLET: -db

Tisztelt Főosztályvezető Asszony!

Hivatkozva 2007. május 22-i telefonon történt megbeszélésre a védőnői ellátást érintő szakmai minimumfeltételekre vonatkozó javaslatokat az alábbiakban foglalom össze:

Javaslatainkat a védőnői feladatok ellátását, az ellátás minőségének javítását, az esélyegyenlőség növelését figyelembe véve készítettük el. A javaslat a regionális vezető védőnők véleményét is tartalmazza. Olyan eszközök előírását javasoljuk, melyek szükségesek, egyszerűen, gyorsan elvégezhetők, segítik a megelőzést, a rizikótényezők korai észlelését és jelzését, szükség esetén az elsősegélynyújtást.

Módosító, kiegészítő javaslatot, az alábbi minimumfeltételeket meghatározó rendeletek esetében tettünk:

I. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelethez:

- 2. sz. melléklet tartalomjegyzék
- 0400 szakmakód – Általános Szülészeti-Nőgyógyászat
- 0501,0502 – Neonatológia
- 0105 szakmakód - Nefrológia
- 7901 szakmakód Körzeti védőnői ellátás

II. A 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelethez, mely a 7901 a területi védőnői ellátás minimumfeltételeit szabályozza

III. A 26/1997. (IX. 3.) NM rendelethez, mely a 7902 az iskolai védőnői ellátás minimumfeltételeit szabályozza

I. 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletre vonatkozó

A 2. sz. mellékletében a tartalomjegyzékben a „körzeti” szót javasoljuk módosítani „területi”-re, tekintettel arra, hogy a 49/2004. (V.21.) ESzCsM szakmai rendelet ezt a megfogalmazást alkalmazza.

A 7901 szakmakód – körzeti védőnői ellátás megnevezésben is a „körzeti” szót javasoljuk módosítani „területi”-re.

A következő ellátásoknál szükségesnek tartjuk előírni személyi feltételként a védőnőt

Megnevezés	60/2003. ESzCsM tartalmazza	<u>Javaslat személyi feltételként előírni védőnői részvételt</u>
0400 Általános Szülészeti-Nőgyógyászat	-	<u>X</u>
0501,0502 – Neonatológia	-	<u>X</u>
„Rooming-in típusú újszülöttsztyál	X	
59. Általános csecsemő-és gyermekgyógyászat	-	<u>X</u>
0105 - Nefrológia	<u>nem tartjuk szükségesnek védőnő alkalmazását</u>	

Intézményi védőnő alkalmazását tartjuk szükségesnek (1 védőnő/30 ágy) minden olyan fekvőbeteg-ellátási intézményben, ahol szülészeti, újszülött, csecsemő-és gyermek ellátás történik.

Indoklás: Az ellátás folyamatosságának biztosításához nélkülözhetetlen a fekvő-betegellátás és az alapellátás közötti kapcsolat, együttműködés, különösen fokozott gondozást igénylő haza menetelésének előkészítésében.

II: Szakma kód: 7901

A területi védőnői ellátás szakmai minimum feltételeit szabályozó 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 4. számú mellékletéhez javaslatunk az alábbi:

Az a) bekezdéshez:

A tanácsadó

- a) a műszaki előírások figyelembevételével legalább 18 m² alapterületű, a négyzetméternyi védőnő-gondozott találkozásra alkalmas adó helyiséggel, **illetve helyiségekkel, 8-nál több védőnő foglalkoztatása esetén,**

Indoklás: így biztosítható az előírt védőnői tanácsadások rendjének betartatása.

Az b) bekezdéshez:

- b) várószobával, **fedett** gyermekkocsi tárolóval,

Indoklás: kedvezőtlen időjárás esetén a babakocsi ne legyen vizes, míg az ellátást igénybe veszi a lakos.

Az c) bekezdéshez:

- c) mellékhelyiségekkel (mosdó, WC, külön személyzeti, falra szerelt adagoló (folyékony szappannak), papír kéztörölő, hozzá való tartóval) kell rendelkeznie.

Indoklás: megfelelő higiénés körülmények biztosítása érdekében.

d) ponttal való kiegészítés:

d) Zárható tároló (veszélyes anyagok tárolására – tisztító-, fertőtlenítőszer, veszélyes hulladék tárolása az elszállításig)

Indoklás: a vegyszerek, mérgek, veszélyes anyagok elkülönülten, biztonságos körülmények között, elzártan kerüljenek tárolásra.

Az utolsó 2 bekezdéshez:

A tanácsadónak jól megközelíthetőnek, akadálymentesnek kell lennie. Biztosítani kell a megfelelő fűtést, világítást, valamint a hideg, meleg folyóvizet, **falra szerelt adagolót (folyékony szappannak), fertőtlenítő kézmosót, papír kéztörölőt, hozzá való tartóval)**

Amennyiben legalább két védőnő dolgozik a tanácsadóban, részükre **legalább 2m²/fő** szabad területet kell biztosítani a munkaszobában.

Indoklás: megfelelő higiénés és munkakörülmények biztosítása érdekében. 3/2002. (II.8.) SzCsM-EüM együttes renelet.

A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 5. számú mellékletéhez a tanácsadó alapfelszereléséhez az alábbiakat javasoljuk felsorolni:

I.

- személmérleg,
- magasságmérőállvány,
- csecsemőmérleg,
- mérőszalag,
- hosszúságmérő,
- szűrő audiométer,

Indoklás: kifejezetten hallásvizsgálat szűrésére alkalmas készülék

- **GOH vizsgálókészülék a hozzá csatlakozó GMP beszédészlelést szűrő tesztcsomaggal**

Indoklás: a beszédmegértés zavarainak korai felismerésére, jelzésére, időben történő kezelés érdekében, valamint a tanulási-és magatartási zavarok megelőzésére

- látásélesség vizsgáló tábla (saját megvilágítással)
- színlátást vizsgáló könyv,
- vérnyomásmérő, különböző méretű mandzsetta,
- fonendoszkóp,
- magzati szívhangvizsgáló készülék (UH zselé),
- vizeletvizsgálathoz: vizeletgyűjtő pohár, tesztek,
- vércukormérő, tesztcsíkokkal,
- egyszer használatos gumikesztyűk, gumiujjak,
- vesetál,
- egyszer használatos fecskendők, injekciós tűk különböző méretben,
- leszorító gumi,
- csipesz (kullancs),
- csipesz (szálka),
- olló (kötszervágó)
- olló (egyenest),
- egyszer használatos nyelvlapoc,
- kötszerek (különböző méretű steril és nem steril),
- ragtapasz,
- lázmérő (3 perces, nem higanyos),
- kanál,
- egyszer használatos műanyagpohár (vizespohár helyett)
- pedálos vödör,
- textíliák (köpeny, törölköző, lepedő, műszertörölő),
- hűtőszekrény, hűtőtáska, jégakku
- hőmérő (hűtő, szoba)
- veszélyes anyagok tárolására alkalmas hulladékgyűjtő,
- bútorzat (műszer- és kötszerszekrény, vizsgálóasztal, műszerasztal, mérlegasztal, pakolóasztal, zárható íróasztal, zárható irattartó szekrény, számítógép asztal, székek, fekvőhely, összecsukható paraván).

II.

- telefon (mobil vagy üzenetrögzítővel ellátott).

Indoklás: A védőnő jelentős időt tölt a tanácsadón kívül (családlátogatás, óvoda ellátás, iskola ellátás, konzultálás), ezért a családokkal való kapcsolattartáshoz elengedhetetlen a mobil telefon, vagy legalább üzenetrögzítő.

- számítógép (**2 védőnő/1 db számítógép vagy laptop**), a védőnői tevékenység dokumentálására és adatszolgáltatására alkalmas program, az egészségfejlesztő értékelő elemző tevékenységhez programok (MS windows word, excel, powerpoint), internet,
- nyomtató (**munkaszobánként legalább 1 db**),
- **bélyegző (a védőnői környezettanulmány, vizsgálati, szűrővizsgálati lelet, veszélyeztetettség jelzés, stb. hitelesítéséhez)**
- **fénymásoló**
Indoklás: szükség esetén az eü. dokumentumok másolására (lelet, igazolás, lakos kéri az eü. dokumentációjának másolatát, stb.), valamint egészségfejlesztő tevékenységhez, az ismeretek eredményesebb növeléséhez tájékoztatók sokszorosítása, stb.
- **faxolási, scannelési lehetőség biztosítása,**
- **gépjárműhasználat biztosítását 2-nél több település ellátása esetén.**
Indoklás: a szükségletnek megfelelő, érdemi védőnői ellátás védelme, az utazási idő csökkentése érdekében.

A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet 7. számú mellékletéhez javaslatunk az alábbi:

Az iskola-védőnői ellátásra vonatkozó dokumentációt javasoljuk az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendeletben nevesíteni, ezért azokat kihagytuk a felsorolásból.

A területi védőnő által használt nyomtatványok jegyzéke

- Védőnői családgondozási törzslap	
- Várandós nyilvántartó	C.3341-29
- Várandós anya gondozási könyve	
- Várandós anya törzslapja	C.3341-38.r.sz.
- Csecsemő és kisgyermek nyilvántartó könyv	C.3341-28
- Gyermek-egészségügyi kiskönyv	ISBN 963 04-33303
- Gyermekegészségügyi Törzslap	C 3341-24/A r.sz.
- Fejlődési táblázat 0-5 éves kor	OGYEI 2. sz./2004. módszertani levél melléklete
- Státus és epikrízis lap	C.3341-47. r.sz.
- Betétlap I.	C3341-31/I. r.sz.
- Betétlap II.	C3341-31/II. r.sz.
- Esetészlelő lap (jelzéshez a gyermekjóléti szolgálat felé)	
- Értesítés védőnői nyilvántartás/gondozásba vételről	
- Leányok testtömeg percentilisei születéstől 6 éves korig	C.3341-45/b/r.sz
- Fiúk testtömeg percentilisei születéstől 6 éves korig	C.3341-46/b/r.sz.
- Védőoltási kimutatás a(z).. év(ek)ben született gyermekekről	C.3334-5/2006.
- Tájékoztató ...védőoltás esedékességéről és felhívás az oltóhelyen történő megjelenésre	
- Jelentés a ...hóban elvégzett védőoltásokról	
- Jelentés kötelező védőoltásokról többszöri értesítés ellenére történő távolmaradásról hatósági intézkedés elindításához	
- Jelentés 2 hónapon túli védőoltás elmaradásokról	
- Jelentés védőoltásra kötelezett gondozott el-és	

<u>beköltözéséről</u>	
<u>- Jelentés a folyamatos oltás állásáról</u>	
- Kimutatás ... a betegség megelőzése céljából végzett védőoltásokról	C.3334-20.
- Védőnői jelentés összesítő	hatályos jogszabálynak megfelelően
- Látogatások előjegyzési könyve - munkanapló	
- Tanácsadások munkalapja	C.3341-27.r.sz.
<u>Postakönyv</u>	

III: Szakma kód: 7902

Az iskolai védőnői ellátás szakmai minimum feltételeit is tartalmazó 26/1997. (IX. 3.) NM rendelethez javaslatunk az alábbi:

A „Közös kincsünk a gyermek” Nemzeti Csecsemő és Gyermekegészségügyi Program III. célja az iskola- és ifjúság-egészségügyi ellátás fejlesztése, hatékonyságának növelése. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet szellemének megfelelően a védőnői ellátás területén 2005. évben történt átszervezés következtében az általános és középiskolák ellátásában jelentősen (duplájára) növekedett a teljes munkaidejű iskolavédőnők száma. Az ellátandó létszámok optimalizálása lehetővé teszi, hogy a teljes munkaidejű védőnők 1-2 iskolát lássanak el és a szűrővizsgálatok mellett, az egészségfejlesztés is megfelelő hangsúlyt kapjon.

Az iskola-egészségügyi ellátásra vonatkozó hatályos jogszabály által előírt minimumfeltételek tartalmazzák az orvosi és a védőnői ellátás feltételeit, melyek teljesítése az esetek többségében az iskolán kívül az orvosi rendelőben biztosítható.

Az iskola-egészségügyi ellátás sajátos színtere az iskola, ahol a gyermekek az egészségtudatos magatartás kialakítása és formálása, szűrővizsgálata, eredményesen végezhető. Az iskola-egészségügyi ellátás preventív ellátás, mely akkor végezhető eredményesen, ha az abban résztvevők (tanuló, pedagógus, védőnő, orvos) szorosan együttműködnek. **Ehhez elengedhetetlen, hogy legalább az iskola-védőnői ellátás és annak szakmai minimumfeltételeinek kialakítása az iskolákon belül kerüljön biztosításra.**

Az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet külön meghatározza az iskolát ellátó védőnő feladatait, melyek ellátásához javasoljuk az alábbi minimumfeltételeket (iskolán belül biztosítva) meghatározni:

Iskolai tanácsadó kialakítása

Az iskolai tanácsadó szoba legalább 12 négyzetméter alapterületű helyiség, mely alkalmas négy szemközti beszélgetésre is, biztosított a természetes megvilágítás, a szellőzés, a megfelelő fűtés, hideg-meleg folyóvíz, karos csaptelep, falra szerelt adagoló, (folyékony szappan, fertőtlenítő kézmosó)

Iskola-védőnői ellátáshoz szükséges minimális alapfelszerelés

- vérnyomásmérő, különböző méretű mandzsetta sorozattal,
- fonendoszkóp,
- személymérleg (karos),
- magasságmérő,
- mérőszalag,
- bőrredő-mérő,
- szűrő audiométer,
- vércukormérő, tesztcsíkokkal,

- vizeletvizsgálathoz: vizeletgyűjtő pohár, tesztcsíkokkal
- szemészeti vizsgálótábla (saját megvilágítással),
- színlátást vizsgáló könyv,
- egyszer használatos gumikesztyűk,
- csipesz (kullancs),
- csipesz (szálka),
- olló (kötszervágó)
- olló (egyenest),
- leszorító gumi,
- egyszer használatos nyelvlapoc (létszám függvényében),
- egyszer használatos fecskendő (létszám függvényében)
- egyszer használatos injekciós tű (létszám függvényében)
- vesetű,
- kötszerek (különböző méretű steril és nem steril),
- ragtapasz,
- elsősegélynyújtó láda,
- lázmérő (nem higanyos, 3 perces),
- ivópohár (egyszer használatos)
- pedálos vödör,
- hűtőszekrény,
- hőmérő (hűtő, szoba),
- hűtőtáska, jégakkú,
- textíliák – köpeny, törölköző, papír kéztörölő, hozzá tartozó tartóval, papírlepedő, műszertörölő, takaró,
- veszélyes anyagok tárolására alkalmas hulladékgyűjtő,
- hulladékgyűjtő (lábpedálos)
- bútorzat (műszerszekrény, fekvőhely, zárható íróasztal, zárható irattartó szekrény, számítógép asztal, székek, íróasztallámpa, falifogas sorozat, összecsukható paraván, öltözőkódás céljára, ha váró nincs)
- vezetékes vagy mobiltelefon,
- számítógép vagy laptop, az iskola-védőnői tevékenység dokumentálására és adatszolgáltatására alkalmas program, az egészségfejlesztő értékelő elemző tevékenységhez programok (MS windows word, excel, powerpoint), internet,
- számítógép (hordozható), iskola-egészségügyi, word, excel, power point programok,
- nyomtató,
- bélyegzők (védőnői szolgálat által kiadott hivatalos dokumentumok hitelesítéséhez)
- fénymásolási és faxolási lehetőség biztosítása.

Az iskola-védőnő által használt nyomtatványok jegyzékét javasoljuk a 49/2004. (V.21.) rendeletből kivenni és a 26/1997. (IX.3.) NM rendeletben meghatározni

Az iskola-védőnő által használt nyomtatványok jegyzéke

- <u>Iskolások és óvodások egészségügyi törzslapja</u>	<u>A. Tű. 13.r.sz.</u>
- <u>Egészségügyi nyilvántartólap</u>	<u>CA.3304-40</u>
- <u>Jelentés 6-18 éves fiúkról-lányokról</u>	<u>C 33-41-48.</u>
- <u>Iskolai munkahelyi és munkaidő beosztás</u>	<u>C. Isk. Eü. 12.r.sz.</u>
- <u>Kimutatás az oktatási intézményben a tanulók védőoltásáról</u>	<u>C.3334-19/új r.sz.</u>
- <u>Kimutatás ... a betegség megelőzése céljából végzett védőoltásokról</u>	<u>C.3334-20.</u>

<u>- Kimutatás a felmentésekről ... évben</u>	<u>C.isk.Eü.9/r.sz.</u>
<u>- Kimutatás a szakorvosi bemutatásokról... iskolaévben</u>	<u>C.isk.Eü.8/r.sz.</u>
<u>- Törzslap kérő</u>	<u>C 3304-22 r. sz.</u>
<u>- Iskola-egészségügyi munkakimutatás</u>	<u>Eng. EüM és KSH 48/1051. sz. alatt.</u>
<u>- Jelentés az iskola-egészségügyi hálózat (védőnő/orvos) által végzett tetvességi vizsgálatokról</u>	<u>OEK módszertani levél</u>
<u>- Kimutatás ... tanévben az oktatási intézményben végzett tetvességi szűrővizsgálatról (egyéni, csoportos)</u>	
<u>- Kimutatás ... tanévben a csoportban/osztályban végzett rendkívüli tetvességi vizsgálatokról (egyéni, csoportos)</u>	
<u>- Kimutatás az iskola-egészségügyi hálózat (védőnő/orvos) által elvégzett vizsgálat alkalmával tapasztalt nagymértékben vagy ismételten fejtetves személyekről</u>	<u>OEK módszertani levél</u>
<u>- Jelentés ... tanévben végzett iskola-egészségügyi munkáról</u>	hatályos jogszabálynak megfelelően
<u>- Védőoltási könyv 14 év feletti személyek részére</u>	<u>C.3352-1. r.sz.</u>

Tisztelettel:

Odor Andrea
országos vezető védőnő
osztályvezető s.k.

Iktatószám: OTH 1663-2/2007.

Tárgy: a védőnői szakfelügyelet
javaslata továbbképzések témáira

Előadó: Odor Andrea

Tel: 476-1351; **Fax:** 476-1239

E-mail: odora@oth.antsz.hu

Hivatkozási szám:-

Melléklet: -

Védőnői Szakmai Kollégium

Kahlichné Prof. Dr. Simon Márta

elnök asszony részére

Budapest

Vas u. 17.

1088

Tisztelt Professor Asszony!

Tisztelt Elnök asszony!

Hivatkozva a Védőnői Szakmai Kollégium 2007. március 1-jei ülésén elhangzottakra, az alábbiakban összefoglalom a védőnői szakfelügyelet továbbképzési témákra vonatkozó javaslatait, különös tekintettel a védőnői alapfeladatok ellátására, minőségének javítására.

I. A védőnő által önállóan végzendő alapfeladata és felelőssége a primer prevenció. Ehhez szükséges a korszerű ismeretek és módszerekkel való rendelkezés, melyekhez javaslatunk az alábbiak:

1. *Egészségfejlesztés-közösségfejlesztési alapismeretek. Az egészségfejlesztésben való jártasság növelése*

(pl.: az egészségfejlesztés területei, egészségterv – közösségi egészségfejlesztés (részvételen alapuló), projektmenedzselés, kommunikáció alapjai, csoportokkal való munka, segítségnyújtás az egészséget érintő döntésekben, egészséggel kapcsolatos ismeretek tanítása és a gyakorlati ismeretek oktatása, közösségekkel való együttműködés)

2. *Kommunikációs, tanácsadási készségfejlesztő tréning, a bizalomra épülő hosszú távú együttműködés kialakítása és fenntartása*

Személyközpontú tanácsadás [rogersi filozófiára épülő] elmélete és gyakorlata, stílusváltó tanácsadás, az együttműködés elmélete és gyakorlata, aszertivitás (nyerő-nyerő helyzetek teremtésére való képességfejlesztés), konfliktus, véleménykülönbségek kezelése]

3. *Egészséges táplálkozás és táplálás*

- a) az egészséges táplálkozás alapelvei,
- b) táplálkozás és betegség, táplálkozásfüggő betegségek és megelőzése
- c) Korszerű csecsemő és kisgyermektáplálás elmélete és gyakorlata
- d) A szoptatás támogatásának elmélete és gyakorlata (tréning)

4. *A védőnő szerepe és feladata a preventív fogászati ellátásban*

Az általános és stomatológiai egészségi kockázati tényezők összefüggései. Tudományos evidenciákra alapuló szájhigiéne, fogászati vonatkozású

egészségfejlesztés elmélete és gyakorlata A rizikó stratégián alapuló caries, parodontitis és szájüregi daganat megelőzése.. Hazai és nemzetközi fogászati megbetegedési mutatók, trendek. A várandós és a gyermek, stb. fogászati védőnői gondozása.

5. A védőnő feladatai az egészséges és biztonságos otthoni környezet kialakításának segítésében, a veszélyeztető tényezők csökkentésében, korai felismerésében és jelzésében

5.1.Otthoni balesetek megelőzése, előfordulási lehetőség kockázatainak csökkentése

(A leggyakrabban előforduló otthoni balesetek típusai elesés, leesés, égés, forrázás, mérgezés, fulladás, áramütés, szúrás/vágás, lövés, harapás/marás. A leggyakrabban balesetet okozó tárgyak/körülmények (háztartási eszközök, bútorok, elektromos készülékek, épületi elemek, közlekedési eszközök, állat, egyéb). Az otthoni környezet biztonságosságának növelése, módszerek, eszközök. Elsősegélynyújtás)

5.2.A magzat, a gyermek egészséges fejlődését veszélyeztető otthoni környezeti tényezők, a kockázatok csökkentésének lehetőségei. A környezet okozta megbetegedések tüneteinek korai felismerése, jelzése a védőnői munkában - fejlődési rendellenességek, koraszülés megelőzése

A környezet-epidemiológiai alapismeretek. A magzati fejlődés kritikus periodusai, az idegrendszer fejlődését veszélyeztető tényezők. A reprodukív egészséget (férfi, nő) veszélyeztető környezeti mérgek. A gyermekek fejlődését veszélyeztető otthoni vagy a szülők foglalkozásából eredő „hazavitt” veszélyeztető tényezők. Gyakorlati lehetőségek az egészségesebb otthoni környezet kialakításában (elmélet, módszer – magatartásváltozás stratégiái)

Veszélyeztető tényezők: arzén, higany, ólom, szerves vegyületek, azbeszt, vízszennyezettség, belső légszennyezettség (szénmonoxid, dohányfüst, penész, tisztítószer, radon), külső légszennyezettség (ózon, porok, korom, pernye, füst, kén-dioxid, szén-monoxid, nitrogén-oxidok, kipufogógázok, policiklikus szénhidrogének), napsugárzás, oldószerek, növényvédő és irtószerek
Küszöb és határértékek.

6. Várandós családok védőnői gondozása

[a várandósság alatti pszichés változások, fokozott gondozást igénylő várandósok gondozása (diabétesz), szűrővizsgálatok, új lehetőségek]

7. Korai gyermekágyas és újszülött otthoni védőnői ellátása, gondozása. A szülést követő időszak pszichés változásai, a védőnő szerepe, lehetősége, kompetenciája a szülés körüli hangulat zavarok felismerésében

8. Nővédelem

(közreműködés a lakossági szűrésben, a meddőség megelőzése és kezelése, fertőzések, új fogamzásgátlási eljárások, HPV és megelőzése (védőoltás), fertőzések, rosszindulatú nőgyógyászati megbetegedések)

II. A védőnő által önállóan végzendő alapfeladata és felelőssége a szekunder prevencióban, a védőnői alapszűrések, vizsgálatok végzése, a veszélyeztető tényezők korai felismerése, jelzése és szükség esetén fokozott gondozás végzése. Ehhez szükséges a szűrővizsgálatok elméletének és értékelésének pontos ismerete és gyakorlatában való jártassággal való rendelkezés, valamint az elváltozások korai felismerése és jelzése. Ezekhez az alábbi területeken van szükség a szintfenntartáshoz és a továbbképzéshez:

9. Védőnői alapszűrések (elmélet, gyakorlat készség szintű elsajátítása, eredmény értékelése)

- a) golyvaszűrés
- b) érzékszervek (látás, hallásvizsgálat)
- c) beszédmegértés vizsgálata, alapvető logopédiai ismeretek
- d) ortopédiai szűrővizsgálatok, fejlesztő testgyakorlatok
- e) kültakaró szemrevételezése
- f) kapcsolódó adatvédelmi, adatkezelési, ügyviteli, iratkezelési tevékenység számítógépes háttér segítsége mellett
- g) a szűréshez, vizsgálatokhoz alkalmazott technikai eszközök előírt kalibrálási, hitelesítési időpontjainak figyelemmel kísérése, intézkedés időben történő elvégzésére.

10. Pszichomotoros, mentális, szociális fejlődés és zavarainak korai felismerése – gondozási, gyermek- és családvédelmi védőnői feladatok

– fejlődésneurológiai, pszichológiai, fejlődéslélektani, gyermekpszichiátriai, gyermekvédelmi, családvédelmi alapismeretek

(pl. anya-magzat kommunikáció, kötődés, beszédfejlődés, idegrendszeri károsodott, koraszülött korai fejlesztése, rehabilitációja és otthoni gondozása, elemi reflex problémák és kezelése, alvás problémák, táplálkozási zavarok, kisgyermekkorai nevelési problémák, szenvedélybetegségek, gyermekelhanyagolás, gyermekbántalmazás, családon belüli erőszak)

III.A védőnő alapfeladata és felelőssége a tercier prevencióban, a tartós megbetegedésben, fogyatékoságban szenvedők, illetve halmozottan hátrányos élethelyzetben élők életminőségének javítása, fokozott gondozással, segítség, támogatásnyújtással a család egyensúlyának megtartásában, a kirekesztettség elkerülésében.

11. Fokozott gondozást, speciális ellátást igénylő várandósok, gyermekek, családok védőnői gondozása

Krónikus betegek, fogyatékosok, halmozottan hátrányos helyzetűek védőnői gondozása. Pszicho-szociális támogatás (szorongások, félelmek csökkentése; szükségletek meghatározása, ön-segítés fejlesztése, az elfogadás és folyamatának segítése, támogató környezet szervezése).

Minden képzés alkalmával fontosnak tartjuk, hogy a továbbképzés minden esetben tartalmazza az alábbiakat is:

- vonatkozó jogszabályok,
- protokoll, szakmai irányelv, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok – Védőnői Ellátás Folyamata, audit (ha van),
- vonatkozó gondozási terv szempontjai,
- a tevékenység dokumentálásának módja,
- a tevékenység értékelésének szempontjai,

- a tevékenység eredményét mutató adatok/indikátor és a tevékenység eredményességét fejlesztő javaslatok,
- adatszolgáltatás (ha szükséges),
- felügyelet szempontjai (önértékeléshez, szakfelügyelethez egyaránt)

Kérem szíves közreműködését a fenti témák Védőnői Szakmai Kollégium által történő támogatásához, elfogadásához.

Terveink között szerepel, hogy az ÁNTSZ vezető védőnők tegyenek javaslatot minden év végén a következő évre vonatkozóan a védőnői ellátást működtető felé arra, hogy milyen továbbképzési témakörben és milyen mélységben (1-3 napos, vagy 40 órás) tartják szükségesnek az érintett védőnők továbbképzésen való részvételét. Ennek meghatározásában a felügyelet tapasztalatait és az érintett védőnők saját szükségletét egyaránt szükségesnek tartjuk figyelembe venni.

Szükség lenne minden egyes témakörben 40 órás tanfolyamot, mint átfogó, illetve 1-3 napos modulszerű tematikát is összeállítani, azokra az esetekre, amikor nincs szükség, vagy anyagilag nem tudja a működtető biztosítani a forrást a 40 órás továbbképzéshez.

Fontosnak tartjuk, hogy 3 évet tekintve legalább egy primer, egy szekunder és egy terciér prevenciós témakörben vegyen részt a védőnő továbbképzésben.

A témakörök elfogadása Védőnői Szakmai Kollégium által történő támogatása fontos hivatkozási alap a fentiek megvalósításában, továbbá minden szakmai és civil szervezet befolyásolásában is, hogy ha védőnőknek kívánnak szervezni továbbképzést, akkor azt a fenti támogatott témakörök és azok tematikáját figyelembe vételével végezzék.

Kérem, szíveskedjék javaslatainkat támogatni.

Budapest, 2007. március 22.

Üdvözlettel:

Odor Andrea
országos vezető védőnő
osztályvezető