

### **Prevenációs ápoló:**

lehetőség a korszerű közösségi orvoslás kialakítására, a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok esélyegyenlőségének biztosítására

dr. Simek Ágnes PhD

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

1093 Budapest, Gyáli u. 2-6.

Tel.: + 36 476 1306; Fax: + 36 476 6437

e-mail: [simek.agnes@oth.antsz.hu](mailto:simek.agnes@oth.antsz.hu)

Juhász Józsefné

Országos Tisztifőorvosi Hivatal

1093 Budapest, Gyáli u. 2-6.

Tel./fax: + 36 476 6408

e-mail: [juhasz.jozsefne@oth.antsz.hu](mailto:juhasz.jozsefne@oth.antsz.hu)

### **Az egészségügyi helyzet a WHO legújabb felmérései szerint az európai országokban jelentősen megváltozott:**

- A fertőző betegségek okozta pandémiák gyakorlatilag megszűntek
- Fokozódik az előregedés
- A krónikus betegségek diagnosztizálása, kezelése és gondozása terén egyre nagyobb igények jelentkeznek
- Kiugró mértékben növekszik a mentális problémák száma és aránya, ezzel együtt a káros szenvedélyek gyakorlata
- Egyre több hátrányos-helyzetű népcsoport körvonalazódik minden országban
- Az egészségügyi ellátás biztosítása egyre költségigényesebb

### **Ennek következtében az egészségügyi ellátás is jelentős változásokat követel:**

- A betegségorientált ellátás betegorientálttá kell váljon
- Ennek megfelelően a páciensek és az egészségügyi személyzet újfajta szakmai és kommunikációs képzése elengedhetetlen
- A teljeskörű egészségügyi ellátás kialakításához új szereplők bevonása szükséges: prevenciósnővér – laikus referencia-személyek
- A gerontológia egyre növekvő súllyal foglal helyet az orvoslásban
- A kuratív és rehabilitációs ellátás súlypontja át kell helyeződjön a szűrés-megelőzésre
- A paternális orvoslás helyét át kell vegye a közösségi orvoslás
- A hátrányos helyzetű népcsoportok esélyegyenlőségének biztosítása érdekében külön feladat az elérhetőség és igénybe-vehetőség biztosítása
- A költséghatékonyság növelése, az egészségnyereség legolcsóbb biztosítása elengedhetetlen.
- A teljeskörű egészségügyi ellátást egyre kevésbé tudja az egészségügy egymagában biztosítani. Szükséges a társadalom egyéb szegmenseinek is aktív részvétele az ellátásban

### **Ezek alapján az alábbi népegészségügyi stratégiai célok megvalósítása szükséges:**

1. A megelőzés fontosságának felismerésével és gyakorlati alkalmazásával **egészségtudatos magatartás** kialakítása a páciensekben.
2. A szolgáltatás ellátott-közeli kialakításával biztosítani
  - **Költséghatékonyságát**
  - **Emberközpontúságát**

- A hátrányos helyzetűek **esélyegyenlőségét**
  - A legnagyobb **egészségnyereséget**
3. A helyi és országos önkormányzati és társadalmi szervek, az oktatási rendszer, a szociális ellátórendszer, a környezetvédelem, a média bevonásával az egészségnyereség fokozása, a **közösségi orvoslás** működtetése

**A stratégia célok megvalósítása az alábbi taktikai feladatokon keresztül valósítható meg:**

1. Egészségi **állapotfelmérés** elkészítése
2. **Felderíteni** a lakosság azon tagjait akik nem rendelkeznek elegendő és megfelelő **információval** arról, hogy egészségük megtartása érdekében, a betegségek korai felismerése, és a kezelések megkezdése miatt, időben igénybe kell venni az alapellátás nyújtotta lehetőséget.
3. Felmérni a tájékoztatási, szűrés-megelőzési szükségleteket
4. A különböző peer-groupokban megkeresni a referencia-személyeket és velük a civil **együttműködést** kialakítani
5. Életmód tanácsadás (mozgás, étrend, stressz kezelés) – **life-style medicine**
6. Folyamatos **kapcsolattartás és konzultáció**
  - szakemberekkel (házi orvos, védőnő, szakorvos)
  - OEP, ÁNTSZ, szakmai szervezetek
  - otthoni szakápolási szolgálatokkal
  - időotthonokkal.
  - beteg-érdekvédelmi szervezetekkel (rák, diabetes, mozgáskorlátozott)
  - civil szervezetekkel, peer-groupokkal
  - önkormányzati, kisebbségi önkormányzati szervekkel
  - oktatási és szociális szervekkel, szervezetekkel, szakemberekkel
  - helyi egyházi szervekkel
  - médiával
  - egymással
7. Oktatási, szűrő-, megelőző **programok szervezése**

**A tevékenység célcsoportjai:**

Az adott praxisokba **bejelentkezett lakosság, kiemelten** a házi szakápolást, a szűrés-megelőzés-gondozás, a szakellátás ellátási formáit egyáltalán nem, vagy csak részlegesen igénybe vevő társadalmi csoportok.

**A hátrányos helyzetű csoportok:**

- A földrajzi és egyéb meghatározó tényezők miatt hátrányos helyzetű **falusi lakosság**
- A **kulturális** szokásaiban eltérő, **szociális** és képzettség területén hátrányos helyzetben lévő nemzeti kisebbségek
- A **koruknál** fogva hátrányos helyzetű idős korosztály, kiemelten a szociális otthonokban élők
- Az **egyéb betegségeiknél** fogva nehezen elérhető mentális problémákkal küzdő népességcsoport, beleértve a szenvedélybetegeket is
- A szociálisan hátrányos helyzetű, **társadalmi kirekesztettségben** élők: a hajléktalanok és menekültek.

A szolgáltatás kiemelt célcsoportjai mellett természetesen a lakosság bármely tagja által igénybe vehető.

**Az ellátás kulcsszereplője a Prevenációs Ápoló**

**Képesítés:** Diplomás ápoló

### **Ápolói praxis létrehozásának indoklása**

- A szív-érrendszeri, a daganatos, a mentális **betegségek szűrése**, megelőzése messze **elmarad az EU-s átlagoktól**, évről-évre egyre több aktív korú embert veszít el a családja és a társadalom a megelőzhető megbetegedések miatt.
- A **háziiorvosi praxisban** a finanszírozás már csak egyetlen szakképzett ápoló alkalmazását teszi lehetővé. Emiatt előtérbe kerül a betegellátási cél, és **háttérbe szorul** a prevenció, életmód-tanácsadás, gondozás.
- A **főiskolai és egyetemi diplomás ápolók** képzésük során kiemelten foglalkoznak a prevenció lehetőségének fontosságával, azonban ezt a gyakorlatban nem tudják felhasználni.

A stratégiai-taktikai célok megvalósítására tehát megvan a társadalmi-gazdasági igény és a meglévő képzett szakemberek által biztosított lehetőség

### **A prevenció ápoló feladatai:**

1. **Megszervezi** a házi orvosokkal, körzeti szakápolókkal együtt a **korhoz kötött szűrővizsgálatokra** történő behívásokat.
2. Felveszi velük a **kapcsolatot**, behívja őket, a szűrési protokoll szerinti, képzettsége alapján elvégezhető szűrővizsgálatokat elvégzi (testtömeg mérés, RR, pulzus, vércukor, koleszterin, életmód felmérés, kognitív teszt).
3. Részt vesz a kiszűrt lakosok követésében, a **betegutak** biztosításában, felel az adatrögzítésért és jelentések készítéséért.
4. **Népegészségügyi** célú lakossági **szűrővizsgálatok** helyi szervezésében részt vesz. Követi a szűrővizsgálaton megjelentek adatait, a pácienssel történeteket figyelemmel kíséri a szűréseken való megjelenéstől, a terápián át a rehabilitációig, és rendszeresen konzultál az érintett házi orvossal.
5. Egészségnapok szervezésében, lakossági **tájékoztatásban** együttműködik az egészségfejlesztőkkel, egészségvédőkkel.
6. Részt vesz szakirányú **pályázati programok** elkészítésében, **egészségterv** kidolgozásában és megvalósításában, **egészségkoalíciók** kialakításában..
7. Fenti feladatok ellátásában szorosan **együttműködik** a házi orvossal, a közösségi szakápolóval, védőnővel, szűrési koordinátorral, egészségfejlesztővel, a foglalkozás egészségügyi szolgáltatóval, a szűrőközpontokkal, szakrendelőkkel, és az illetékes fekvőbeteg intézményekkel.
8. **Kapcsolatot** tart az egészségügyi, szociális, oktatási szakemberekkel és az illetékes önkormányzattal.

### **Foglalkoztatás:**

4 praxis foglalkoztatna 1 prevenció ápolót. Minden praxisban 1-1 napot dolgozna hetenként, 1 nap továbbképzés, koordinációs tevékenység.

### **Munkáltató:**

- I. Önkormányzat
- II. Országos Népegészségügyi Intézet
- III. Vállalkozás

Mindegyik esetben a szakmai ellenőrzést a helyileg illetékes Népegészségügyi Intézet szakfelügyelete gyakorolja.

A prevenció ápoló alkalmazásának **előnye**:

- A népegészségügyi célból szervezett lakossági **szűréseken való részvétel fokozása** a rizikócsoportba tartozó emberek között.
- **Költséghatékony** finanszírozás az időben kiszűrtek és kezelték miatt az egészségügyben, illetve a szűrésre költött összegek megtérülése.
- **Megkönnyíti a házi orvosok munkáját**, napi feladatait azáltal, hogy a diplomás ápolónak lesz elég ideje és motiváltsága az emberekkel foglalkozni, míg ezalatt a házi orvos a betegellátás egyéb feladataira tud koncentrálni, csökkenti az adminisztrációs terheket, megalapozza a lakosság és alapellátás közötti jó kapcsolatot.
- Segít az **egészség** mint **érték** elfogadtatásában, az **egészségtudatos magatartás** kialakításában, és támogatja az **egészséges életmód** kialakítását a helyi lakosok között.

**Finanszírozás:** központi költségvetésből

A **szolgáltatás kiterjeszhető** a már funkcionálisan praxisközösséget alkotó házi orvosi praxisokban

- dietetikus,
- gyógytornász,
- mentálhigiénés szakember.
- szociális munkás hasonló feltételekkel történő alkalmazásával

**Feladat:**

- Dietetikai tanácsadás rizikócsoportba tartozók, krónikus betegek részére ételbemutatóval, tankonyhával, családtagok bevonásával, előre szervezett időben és csoportok részvételével
- Rehabilitációs és egészségmegőrző tevékenység
- Mentálhigiéné: demencia felmérés, lelki egészségvédelem, egyéni és csoport terápia szakemberek bevonásával
- Szociális segítségnyújtás – kommunikációs képzés, magatartási, együttműködési attitűdök pozitív befolyásolása, önálló-önellátó életvitelre oktatás

**Minőségbiztosítás**

A minőségbiztosítás, a folyamatos értékelés, jobbítás elengedhetetlen eleme minden ellátási folyamatnak. Megfelelő **indikátorok** felállításával biztosítani kell a rendszer minden elemének folyamatos értékelését a megfelelő működés, a folyamatos meliorizáció érdekében.

A minőségi szint megtartásának, emelésének egyik meghatározója a folyamatos továbbképzés. Ezek lehetnek szakirányú továbbképzések a Országos Népegészségügyi Intézet, egyetemek, ETI szervezésében. Emellett fontos szerep jut a kommunikációs, management, csoportépítő képzéseknek, és a csoport tagjainak mentálhigiénéjét biztosító foglalkozásoknak.

**Fenntarthatóság**

A fenntarthatóság alapja a biztos pénzügyi háttér, a megfelelő szakembergárda, a magas színvonalú infrastruktúra, és a szükségletek kielégítését célzó kereslet.

- A **financiális háttér**et az Európai Unió és/vagy nemzetközi pályázatok biztosítják az első körben. Később a kimutatható hatékonyság, egészségnyereség, és egyéb költségek jelentős csökkenése, feladatátvállalás mellett az OEP, a helyi önkormányzatok, a kisebbségi önkormányzatok is érdekeltek lesznek a Prevenációs praxisközösség fenntartásában.
- Az egészségügy jelenleg is rendelkezik **jól képzett diplomás ápolókkal**, akik sok esetben nem képzettségüknek megfelelő munkakörben tevékenykednek, külföldön vállalnak munkát, vagy a szakmát elhagyva más területen biztosítják megélhetésüket.
- Az **infrastruktúra** adott. Tevékenységüket a már meglévő egészségügyi ellátóhelyek helyiségeiben végezhetnék. Műszerigényüket a háziorvosi rendelők felszereltsége biztosítaná. (Vérnyomásmérő, vércukormérő, mérleg, mérőszalag, testszírmérő.)
- **Hátrányos helyzetű emberek**, csoportok mindig lesznek, valós szükségleteiket érvényesíteni joguk van. A prevenciós ápoló egyik legfontosabb feladata, hogy amennyiben nem is tudnak ezekről a jogosan kielégítendő szükségletekről, az esélyegyenlőség biztosítása érdekében tájékoztassa őket ezekről, és biztosítsa a szükségletek kielégítését..

### **Összefoglalás:**

Ahhoz, hogy a népegészségügy területén érdemi változások, pozitív irányba tudjanak elmozdulni fel kell használni a rendelkezésre álló szakemberek képességeit, motiváltságát, szakmai tudását, be kell őket illeszteni a meglévő rendszerbe és lehetőséget kell biztosítani ahhoz, hogy érdemben dolgozni tudjanak. Mindez költséghatékony eredményekkel jár, pályamegtartó hatású és nagyban befolyásolja az emberek egészségmagatartásának jó irányba történő változását. A külföldi példák azt bizonyítják (Hollandia, Belgium, Anglia, Dánia, Finnország, Csehország) hogy a diplomás ápolók sokat tudnak tenni azért, hogy a lakosság egészségi állapota javuljon, orvoshoz fordulási szokásuk változzon, és a népegészségügyi célú szűrésekre fordított befektetés hosszú távú eredményeket hozzon.

## Irodalom:

1. Wilkinson, R. G. Pickett, K. E. (2006) Income Inequality and Health: a review and explanation of the evidence *Social Science & Medicine*, 62(7), 1768-1784.
2. Wilkinson, R.G. Pickett, K. E. (2009) Income Inequality and Social Dysfunction *Annual Review of Sociology* (35) 493-511.
3. Wilkinson RG. 1992. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 304:165–68.
4. Sándor J. Bényi Mária; Brázay László; Ember István; Kiss István; Területi egyenlőtlenségek epidemiológiai elemzése *Orvosi Hetilap* - 1999. 140. évf. 1. sz. 21-28.
5. Berkman L, Glass T. 2000. Social integration, social networks, social support, and health. In *Social Epidemiology*, ed. L Berkman, I Kawachi, pp. 137–73. New York: Oxford Univ. Press
6. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;
7. Gold R, Kawachi I, Kennedy BP, Lynch JW, Connell FA. 2001. Ecological analysis of teen birth rates: association with community income and income inequality. *Matern. Child Health J.* 5:161–67.
8. Kincses Gy. Prevenció: állami felelősség - piaci lehetőség *Népegészségügy* 2009. 87. évf. 2. sz., p. 124-126.
9. Lobmayer P, Wilkinson RG. 2002. Inequality, residential segregation by income, and mortality in US cities. *J. Epidemiol. Community Health* 56:183–87.
10. Simek Á. (2010) A falusi betegek hátrányai az egészségügyi ellátás területén, *Családorvosi Fórum*, 10 (10) 36-38.
11. Simek Á. (2010) Handicaps and advantages of the population in rural Hungary. Editorial letters, *Rural and Remote Health* [www.rrh.org.au](http://www.rrh.org.au) 22 November 2010, Article No. 1473.
12. Simek Á.: (2008) A szociális háttér befolyása az egészségügyi ellátás igénybevétele szempontjából, *Medicus Universalis*, 41 (4): 167-170.
13. Simek Á.: (2009) A szűrés-megelőzés helyzete Magyarországon falun és városon, *Egészségfejlesztés*, 50. (1-2): 2-14.
14. Simek Á. Budai A. Kovács A: Döbrössy L Odor A. : (2010) Védőnőkkel a méhnyakrák ellen, *Családorvosi Fórum*, 10 (2) 41-46.
15. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008; 372:1997-9.
16. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. 1997. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 349:1655–59.
17. Ram R. 2005. Income inequality, poverty, and population health: evidence from recent data for the United States. *Soc. Sci. Med.* 61:2568–76.
18. Ram R. 2006. Further examination of the cross-country association between income inequality and population health. *Soc. Sci. Med.* 62:779–91.
19. Becka É Prevenációs ápolóképzés az alapellátásban, prevenciós munka a praxis házi orvosi körzetben / Ujváriné Siket Adrienn, Tamásné Máté Éva, *Medicus Universalis* 2008. 41. évf. 3. sz., p. 113-119.
20. UNICEF Innocenti Research Centre. 2007. *Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries*. Rep. 3. Florence: Innocenti Report Card
21. United Nations Development Program. 2006. *Human Development Report*. New York: Oxford Univ. Press