

A szakdolgozók szerepe

Dr. Balogh Zoltánnal, a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara elnökével beszélgettünk a feladatokról, eredményekről, célkitűzésekről.

A szakdolgozói köztestület (MESZK) elsődleges feladata hivatásunk képviselése, amire 2004-ben egy jelmondatot is kigondoltunk. **Hivatásunk képviselével az egészsé- gért és a betegekért.** Ebben benne van a primer prevenció, az egészség megtartása, de a szekunder, terciér prevenció is. De nemcsak az egészséget, hanem a betegekért is működünk. Felméréseket, kutatásokat végzünk különböző témákban, hogy megelőzzünk bizonyos nem várt eseményeket, illetve szövödményeket. Mindezt a biztonságos betegellátásért és munkavégzésért tesszük. Szakmai kamaraként valahol az a küldetésünk, hogy a hivatásunkat képviseljük, és megismertessük a társadalommal, mit is jelent az, hogy egészségügyi szakdolgozó. Mert a nyugat-európai vagy az angolszász országokban vagy a tengerentúlon egy nem orvos-, nem gyógyszerész-végzettségű szakember jelenléte az egészségügy struktúrájában sokkal jobban körülírt, kifejezett, és a kompetenciák is pontosan determináltak. Nálunk nagyon hierar- chikus, sőt feudalisztikus szemléletű rendszerben szocializálódott több évtizeden keresztül ez az ágazat.

Holott, ha megnézzük, hogy Magyarországon az elmúlt 40 év- ben, 1975-től hogyan változott ezeknek a szakembereknek a kép- zése, elcsodálkozunk, hogy mindez milyen fejlődésen ment keresz- tül. Az a baj, hogy a társadalom mindezt nem követte. Régen volt a szakközépiskolai vagy szakiskolai rendszer, amikor három-négy évet tanult érettségi nélkül vagy érettségivel valaki, és elhelyezke- dett az egészségügyben. Ha érettségivel helyezkedett el az ápoló, az már karriernek számított. Amikor befejezte a továbbképző inté- zet (ETI) szakosítóját, egy-két évet tanult még, az volt a szakmának a csúcsa. Ezek a kollégák még ott vannak a rendszerben, csak köz- ben elmentek főiskolára, szereztek egy diplomát. Utána elmentek még egy szakmenedzser szakra, és szereztek még egy diplomát, sőt szakirányú továbbképzéseken is részt vettek. Közben elindult az egyetemi képzés, egyetemi fokozatuk is van, és közben már többen tudományos fokozattal is rendelkeznek. A rendszerváltás után ezek a lépcsőfokok kialakultak az egészségügyi szakképzés- ben. Ugyanakkor a rendszer nem mindig követte a kompetencia- hatáskörök bővítését ezeknél a szakdolgozóknál. Tehát egy radio- gráfus külföldön egy elismert szakember. Nem röntgenorvos, ha- nem radiográfus. Nálunk az első végzett radiográfus-tanfolyam egytől egyig két hónapon belül Angliában dolgozott. A magyar rendszerben nem tudtak elhelyezkedni, így hétszeres bérért men- tek el, mintha itthon már 30 éve dolgoznának. A paramedikális szakemberek helye és feladatköre a betegellátásban tehát egyre nő. Pl. Magyarországon 1975 óta van dietetikusképzés, több mint 40 éve gyógytornázképzés is, régen „csupán” főiskolai képzésben,

tíz éve már egyetemi szintű képzésük is van. Ezek a szakemberek gyógytornász vagy dietetikus egyetemi végzettséggel Amerikában, Angliában, Európa nagyon sok országában önálló foglalkozásként működnek. Ott egyetlen orvos sem gondolja, hogy táplálkozással vagy mozgással kapcsolatos tanácsokat csupán ő adjon orvosként. Mert e területen vannak olyan nem orvos szakemberek, akik a legszele- sebb tudással és tapasztalattal rendelke- znek. Nálunk milyen jogosítvánnyal rendelkezik egy dietetikus vagy gyógytornász? 40 év után semmivel se többel. Felírhat valamit a betegnek? Nem. Szinte semmivel sem csinálhat többet, mint 40 évvel ezelőtt, pedig már öt és fél év tanulás után, egyetemi fokozattal végzi feladatait.

Másutt, pl. az amerikai rendszerben vannak doktor ápolók (doctor of nursing), akik nem orvosdoktorok, hanem az adott ápo- lási területen van doktorátusi fokozatuk. Speciális szakismerettel rendelkeznek, koordinálják az ápolási ellátás folyamatát. Szakmai- lag és anyagilag is elismert tagjai az egyes osztályok, intézmények munkacsapatainak.

Nálunk a pályaelhagyásnak vagy a kiégésnek oka lehet a kom- petencia kérdése, hogy mennyire van lehetősége valakinek azt a munkát végezni önállóan, amelyre képezték. A külföldön prakti- záló orvosok gyakran mondják, hogy kint milyen jó csapatuk van. Igen, mert az a jogrendszer más, és azoknak az embereknek a fel- adatköre is más. A kompetencia megadása a különböző szakterü- letek számára nagyon fontos, sőt szükséges. Máskülönben a szak- dolgozó túlképzettnek, ugyanakkor alulfoglalkoztatottnak, vagy ke- vésbé képzettnek pedig túlfoglalkoztatottnak érzi magát. Ehhez nem kellene öt és fél évet tanulni érettségi után – mondja az egyik, aki alulfoglalkoztatott. A másik túlfoglalkoztatott meg: nem kellene nekem 68-70 órát dolgozni hetente. Szemléletváltásra lenne szükség.

Olyanfajta modellt kell kialakítani, ahol ezeknek a szereplőknek megvan a helyük. A háziornosnak ne kelljen túlzott adminisztrációt csinálnia, hanem maradjon ideje a beteggel vagy a hozzátartozóval kommunikálni. Az ápolónő pedig önállóan rendel a másik a helyi- ségben, és ő végzi az ápolási feladatokat, így ő is érzi, hogy részt vesz a gondozásban. Sajnos a betegek egy része krónikus beteg, cardiovascularis, légzőszervi, mozgásszervi panaszokkal hónapról hónapra kell foglalkozni velük. Ellenőrizni a betegnaplóját, meg- mérni a vérnyomását, vércukorszintjét, meghallgatni, életmódtaná- csot adni, vagy éppen csak elbeszélgetni, mert sokszor ez a terápia, erre van szüksége a betegnek. Semmi nem történik, ez a legna- gyobb baj. Holott ha megosztanák ezt a feladatot a körzeti ápoló, dietetikus, gyógytornász, gyógyszerértési asszisztens, orvosasszisz- tens stb. között, mindenki örömmel végezné a feladatát, mindenki hozzáadna valamit, és a beteg csak jól járna.

A társadalombiztosítás is jól járna. Pl. egy lábát elvesztő cukor- beteg éveken keresztül teljes ellátása abszolút ráfizetés az adott



Dr. Balogh Zoltán

társadalomnak, mintsem az, hogy munkában tartsuk, megtartsuk a beteget, a hozzátartozóját felvilágosítsuk az életvitelt illetően. Ez egy nagyon nehéz dolog. De mi a küldetésünk? Hogy megismertessük a társadalommal és a szakmapolitikusokkal, hogy ezek a szakemberek mit tudnak, mire képesek.

Egy lakóközösségben, főleg vidéken, a gyógyszertárban lévő gyógyszerész és asszisztens az a fehér köpenyes, akitől mernek kérdezni az emberek, ha problémájuk van. És ott van még a házi orvos, a körzeti ápoló és a védőnő. Ez az a kör, akikhez tudnak menni, ha tanácsra van szükségük. És ez egy sokkal bizalmibb helyzet, mint a kórházi környezetben dolgozóké.

• Kell az az egészségügyszakember-gárda, aki figyel a betegre, meghallgatja, elismétli neki a tudnivalókat.

Mivelhogy sokszor kell ismételni mindent, mindig ezt mondom a hallgatóimnak. Hiszen a beteg elfelejti, vagy a különböző ingerek hatására átalakul az információ. Volt olyan betegem, akit éveken át tanítottam az öninzulinozásra, és ha nem tudtam volna, hogy én voltam az, aki megmutattam neki, hogy hova és milyen technikával kell szűrni, nem hittem volna el, hogy valaki megtanította, annyira másképpen csinálta. A vérnyomásmérést is megtanítjuk, és egy idő után mégis teljesen másképp csinálják. Magam ápoló és gyógytornász is vagyok, és amikor a gyógytorna-feladatot betanítottam a betegemnek, és mondtam, hogy legközelebb megnézem, hogyan csinálja, csak fogtam a fejemet, hogy mi jött ki neki a mozdulatból. Ő nem látta magát kívülről, és teljesen másképp csinálta. A gyógyszerbevitelnél is spórol egy kicsit, nem egyet szed be, hanem felet, majd csupán másodnaponta szedi. Egy sor olyan szokás jön be, amit nem veszünk észre, nem tudunk, ha nem kérdezzük rá, mert persze evidens dologra nem kérdezzük rá. Egy vesebetegnek, akinek nem szabadott bizonyos gyümölcsöt ennie, nagyon rossz értékei voltak. Először nem jött rá a csapat, hogy mitől. Aztán kiderült, hogy kompótot evett, mert szerinte az nem gyümölcs. Azt tudta, hogy milyen gyümölcsöket nem lehet enni a kálium miatt, azt nem is evett, de kompótot igen. Ezek kiderítésére sok beszélgetés kellene, de erre az orvos sokszor nem ér rá, ezt a jól képzett szakdolgozóknak kellene megtenniük. Csak az a baj, hogy az évek múlásával komoly lemaradásaink vannak. Ha most azt mondanánk, hogy holnaptól a szakdolgozó csinálhat bizonyos többletfeladatokat, akkor arra eszmélnénk, hogy már nincs szakdolgozó. Nagy emberhiány alakult ki az egészségügyben az elmúlt évtizedek során.

Pedig a mi szakembereink a prevenciótól a rehabilitációig minden szakmaterületen ott vannak, legyen az egy sürgősségi terület, egy akut ellátás, rehabilitáció, gyógyászat, isegészeszköz-ellátás.

• Az orvosi és a gyógyszerészi kamarával van valamilyen együttműködés?

Folyamatosan van kapcsolatunk, de még lehetne fejleszteni. Viszont az orvosszakmai szervezetekkel sokkal inkább van. A MOTESZ-szel mint ernyőszervezettel az egyes ágain keresztül van kapcsolatunk, illetve az orvosszakmai civil szervezetekkel sok együttműködésünk van. Ott vannak még az orvosszakmai kollégiumi tagozatok is. A népegészségügyi program is nagyon markánsan megjelenik

nálunk. Közel tíz éve részt veszünk Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjában, több mint ezer kollégám segített országsszerte a vizsgálatoknál. A Cseppnyi Önbizalom Betegoktató Program keretében részt veszünk az inkontinencia témakörében a háziorvosi praxisokban lévő betegek felkutatásában, tájékoztatásában, egészségnevelésében stb. Az Egy Csepp Figyelem Alapítvánnyal is szoros kapcsolatban vagyunk már harmadik éve. Az ő programjaiknál szakdolgozókkal, dietetikusokkal, ápolókkal vagyunk jelen a cukorbetegség megelőzésére, felismerésére fókuszáló kampányokban.

• Mindig azt mondjuk, hogy a kormány, a gyógyszerészek, a MESZK is a betegekért vannak. De a betegek is tehetnének saját magukért valamit. Mit üzenünk a betegeknek?

Van egy jelmondatunk, hogy *Együtt többet tehetünk*. Én lehetek hétszögletes ápoló vagy gyógytornász, dietetikus, ha a beteg nem követi azt, amit tanácsoltam, vagy nem veszi be a gyógyszerét, vagy éppen nem úgy használja, nem olyan dózisban stb., akkor nem lesz sikeres a terápia. Csak együtt tudunk tenni az eredményért. Van olyan, hogy megoperálják a beteget, a problémáját ezzel megoldották, de a betegségek döntő többsége nem ilyen. Együttműködés nélkül nem valósítható meg a gyógyulási, gondozási folyamat. A legkilátástalanabb helyzetben is, ha a beteg együttműködő és a hozzátartozója, a beteg környezete is, az már fél siker. Mert pl. ha a 72 éves férfi beteg diabéteszes lesz, mivel ő nem főz, nekem a tanácsokat annak kell elmondanom, aki ellátja. Fontos a lakókörnyezetben a háziorvosi teamnek, a gyógyszertári személyzetnek a szerepe. A házi orvos, a körzeti ápoló az, aki kijár, és látja a lakókörnyezetet, fel tudja mérni a beteg helyzetét. Nagyon sokat tehetnének ebben, de nem tesznek. Nem azért, mert nincs akarat, más szemlélet van. A képzés nem ezt a szemléletet adja, mert kórházcentrikus, klinikacentrikus. Én az a generáció vagyok, amely akkor kezdte el a tanulmányait, amikor paradigmaváltás következett be a szívinfarktuson átesett beteg ellátásában. Már nem hat hétig fektették a kórházban a beteget, hanem csak három hétig. Mi ezt tanultuk az 1990-es évek első felében. Most pedig ez már csupán néhány napig tart, tehát a hetedére csökkent 25 év alatt a kórházi tartózkodás. Ami nagyon jó, de mi van azzal, amit nekünk tanítottak, hogy abban a három hétben mit kell csinálni a beteggel, azzal szemben, hogy most három napot van bent? Mire fókuszálunk? A három napban életet mentünk, az akut ellátásra fókuszálunk stb., és már megy is tovább a beteg. De hol fogja megkapni az információkat, betegoktatást? Nyilván a lakóközösségi szinten, de ez nem fejlődött ki Magyarországon. Itt van a legnagyobb felelősség a szakembereken és a szakdolgozókon, akik a végeken vannak, az otthoni ápolásban, a háziorvosi és a patikai ellátásban, mert a beteg őket fogja kérdezni.

Évek óta azt mondom, hogy a lakóközösséget kellene ilyen szinten jól megerősíteni. Valóban, gazdasági szempontból az a jó, hogy minél kevesebb időt töltsön el a beteg az intézményben, mert drága, de nem lehet utána magára hagyni. Mi azért küzdünk, hogy a beteg ne maradjon szakértő gondoskodás nélkül.

DR. SZARVASHÁZI JUDIT

