

Az ápolási munka egységesítésének kialakítása, a korszerű ápolási tevékenység követelményrendszerének biztosításához

Dr. Villányi Ferenc orvos ezredes

A fejlett egészségügyi ellátásban a betegek gyógyító-megelőző ellátása nem korlátozódhat csupán a szigorúan vett orvosi betegellátó tevékenységre, hanem azt kiegészítendő nem kevésbé fontos a betegek szakszerű ápolása, különböző vizsgálatokhoz, műtétekhez történő előkészítése, a beteg megfigyelése, észlelése, a gyógyulást elősegítő bánásmód és törődés, a betegségmegelőző felvilágosítás; a gondozás és rehabilitáció egészségügyi szakdolgozói feladatai. Az integrált és progresszív betegellátás elvei megkövetelik az egységes elveken alapuló, folyamatos, irányított ápolói tevékenység végrehajtását, melynek érvényesülnie kell a Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatának betegellátó tevékenységében is.

A progresszivitás elve nemcsak az orvosi munkára érvényes, hanem a tágabb értelemben vett ápolói, a betegek gyógyulását elősegítő, hangulatát, közérzetét pozitívan befolyásoló tevékenységre is. Ki kell hangsúlyozni ezen tevékenység fontosságát, mivel alapvetően befolyásolja a gyógyulási időt, az ágykihasználási százalékot, az orvosi munka hatékonyságát, a szolgálatképtelen napok számát és nem utolsósorban hangulati tényezőként is jelentkezik.

Munkánkban meg kívántuk vizsgálni a katonaegészségügyi szolgálatban az egységes ápolói munka érvényesülését, illetve fel kívántuk hívni a figyelmet fontosságára, valamint javaslatokat dolgoztunk ki az egységes és korszerű ápolási tevékenység követelményrendszerének biztosításához.

I.

Mindenekelőtt, egy rövid történeti áttekintésben szükségesnek látszik felidézni, miként határozta meg az Egészségügyi Világszervezet az ápolási munkát általában.

A definíció szerint az ápolás három részből tevődik össze:

1. A szorosabban vett ápolási műveletek elvégzéséből.
2. A beteg megfigyeléséből.
3. A kezelési, vizsgálati teendőkben való részvételből.

Az általános megfogalmazás nem tükrözi azokat az arányokat, amelyek a feladatokat meghatározzák az adott beteg vagy a betegcsoportok ellátása során, nem mutatja meg azt a változást sem, amely az ápolási munkában is jelen van, törvényszerű összefüggésben az orvostudomány fejlődésével.

A szocialista egészségügy kialakulása, fejlődése, meghatározóan és változatosan hatottak az ápolói munkára, hol pozitív, hol pedig negatív értelemben. Jelentős változást csak a szakképzés formája és tartalma mutat az elmúlt több mint harminc évet vizsgálva. Az ápolástant, mint ismeretanyagot gyakran csak az orvosi munka kiegészítőjeként értékeljük. Oka ennek az, hogy az orvosképzésben csak néhány éve oktatnak ápolástant, illetve határozzák meg a kötelező ápolási gyakorlatot.

A progresszív betegellátás rendszerének meghonosodása, ebből fakadóan a team munka kialakulásának szükségessége egyre világosabban megmutatja, hogy az ápolási munka önálló funkciói – a beteg ápolási szükségleteinek felmérése, az ápolás megtervezése, végrehajtása, értékelése – elengedhetetlen része a betegellátásnak.

A szocialista egészségügy történetében az ápolást végzők megnevezése is tükrözi a munka minőségében kialakult változást, az új elvárásokat az ápolási munka végrehajtásában.

Az 1940-es évek végén az ún. „ápolószemélyzet” váltotta fel az egyház kötelékébe tartozó ápolói munkát végzőket, ezek a nővérek három-, illetve hathónapos tanfolyamon sajátították el azokat az ismereteket, amelyek akkor, abban a történelmi időszakban megfelelőnek bizonyultak az ápolási munka végrehajtásához.

Az 1960-as években meghonosodott az „egészségügyi középáder” megnevezés, ebben az időszakban már gyakorlattá vált a kétéves szakképzés, általában gimnáziumi érettségi után, esetenként általános iskolai végzettséggel. 1975-től pedig az egészségügyi szakképzés reformjának bevezetésével az „egészségügyi szakdolgozó” a progresszív betegellátásnak megfelelően kap képzést feladatai mind magasabb szinten történő megvalósításához. Általános ápolói, asszisztensi végzettséget szerezhet az egészségügyi szakközép vagy szakiskolában, ezt követően pedig az egészségügyi intézetek munkaerő-szükségletének megfelelően szakosodik egyéves ráképzéssel, ezzel szerez szakápolói képesítést. A további szakosodást, a képzés minőségét és mennyiségét a feladatok követelményrendszerének megfelelően az intézmény határozza meg.

Alapvetően ezen rendszerben valósul meg a katonaegészségügyi szolgálat egészségügyi szakdolgozóinak képzése és továbbképzése is, mivel ez az állami egészségügy megfelelő szakiskolaiban történik. A Magyar Néphadseregben belül csupán egészségügyi tiszthelyettesképzés folyik az alapellátás számára, melynek szakmai színvonala sok kívánnivalót hagy maga után, illetve hatékonysága kérdésessé teszi a ráfordított költségek megtérülését. Az is megállapítható, hogy a képzési szintnek megfelelően viszont nem körvonalazódik egyértelműen a tevékenység köre, amelyet az egészségügyi szakdolgozó köteles elvégezni, és jog szerint teljes mértékben felelős is annak szakszerű végrehajtásáért. Az alapellátásban, a kórház-rendelőintézeti egységben, az egészségügyi szakdolgozó felkészültségének függvényében – az alapképesítéstől a főiskolai oktatásban szerzett ismeretei szerint – vesz részt a beteggyógyítás folyamatában.

A tapasztalat azt mutatja, hogy az intézetekben kialakult munkamegosztás nem követi a képzési szinteken kialakított munkaerő-felhasználást. Megfigyeléseink, amelyeket folyamatosan belgyógyászati típusú osztályokon végeztünk, azt bizonyították, hogy a szakápoló a kiegészítő munkerő hiánya miatt az ápolási munka rovására a heti 40 órás munkaidőalap egyharmadát nem képesítésének megfelelő tevékenységre fordítja. Ez az arány az alapellátásban – csapategészségügyi szolgálatban – még magasabb, illetve ezen a szinten semmiképp sem biztosított az egységes, magas színvonalú ápolói tevé-

kenység, a helyzet még annyival is rosszabb, hogy ezen tevékenység egy részét az orvosoknak kell elvégezniük. Az alapellátás szintjén a probléma alapvető okaként a személyi feltételek és képzettség hiányát, valamint a szemlélet hibáit kell megemlíteni.

Ugyanakkor esetenként az is előfordul, hogy az egészségügyi szakdolgozó olyan feladata kap megbízást, amely meghaladja ismereteit és jogi vonatkozások sem engednék meg annak végrehajtását.

Ellentmondás tapasztalható az egészségügy terén kiadott rendelkezések és az ápolási munka objektív szervezhetősége között is. Ha figyelembe vesszük, hogy a rendelőintézetekben dolgozók általános ápolói, általános asszisztensi képesítéssel rendelkeznek, a kórházi osztályokon pedig a szakápolói végzettség kötelező, akkor a fekvőbeteg osztály és járóbeteg-rendelés közötti forgórendszer megvalósítása csak az ellátás szakmai színvonalának rovására valósulhat meg a jelenlegi körülmények között. Előfordul az is, hogy az állománytábla tartalmaz hibás munkaköri megnevezéseket, például az ún. „intenzív terápiás szülésznő”, „újszülött asszisztens”, vagy a „transzfúziós nővér”. A példaként felhozott munkakörök megnevezése azért is hibás, mivel nem felel meg a szakképesítésnek, hiszen ilyen jellegű képzés nem folyik, ezért a munkakörük meghatározása sem felel meg a polgári életben alkalmazott elnevezésnek és ami ennél sokkal fontosabb, az elvégzendő munkát sem tükrözi.

A feltárt ellentmondások készítettek bennünket arra, hogy megvizsgáljuk néhány katonaegészségügyi intézmény és csapategészségügyi szolgálat ápolásszervezési és ápolásirányítási munkáját. Kutatásaink azt bizonyították, hogy sem az állami egészségügyben, sem a katonaegészségügyi szolgálatban nincs kialakítva egyfajta egységes elv és rendszer az ápolás tervezésére, szervezésére és vezetésére, amely tartalmazhatná az alábbi fő követelményeket:

1. Az ápolási munka meghatározását és a tényleges ápolási tevékenység kivitelezésének követelményeit:
 - az alapellátásban;
 - a járóbeteg-rendelésben;
 - az egészségügyi intézetek fekvőbeteg osztályain.
2. Az egységes munkaköri leírásokat, vagyis azt a követelményrendszert, amelyet az Egészségügyről szóló II. Törvény követelményként támaszt és a rendtartás megfogalmaz.
3. Az egységes ápolási dokumentáció kialakítását.

II.

Az ápolás olyan tevékenység, amely sokrétűségével nagymértékben segítheti a gyógyító-megelőző munkát, ugyanakkor gátolhatja is annak korszerű, magasszínvonalú végrehajtását. Ahhoz, hogy pozitív hatást biztosítson az ápolási tevékenység a gyógyítás folyamatában, tisztázni kell az ápolási munka vezetési, irányítási kérdéseit.

Napjainkban már elfogadott tény, hogy az ápolás nem csupán az orvosi munkát kiegészítő tevékenység, hanem önálló ismeretekkel rendelkezik, ezért a folyamatot tervezni, szervezni, irányítani és vezetni szükséges. Ha a vezetés-tudomány ismereteit alkalmazzuk e területre, akkor megállapíthatjuk, hogy az irányítás kérdései nem kerültek

megoldásra. Az *irányítás* ugyanis a vezetésnek egy sajátos formája, amelyben az irányítást végző nem közvetlenül, hanem áttételesen, a szervezetben megbízott vezetőn keresztül befolyásolja és gyakorol hatást a tevékenységre.

Az egységes követelmények biztosítására olyan vezetési szint lenne hivatott, amely képes kidolgozni az egységes követelményeket és elveket, és feladatkörébe tartoznának az *alábbi funkciók*:

1. Létszám iránynormák meghatározása és kidolgozása.
2. Képzés, továbbképzés szükségességének, jogosságának megítélése.
3. Képesítéshez kötött ápolási feladatok meghatározása.
4. A progresszív betegellátás területein végzendő ápolási feladatok meghatározása.
5. Egységes követelményrendszer biztosítása az ápolási tevékenység kivitelezésében.
6. Felügyeleti tevékenység a célok megvalósításának biztosítására.

Az állami egészségügyben fellelhetők az irányítás funkciójára tett próbálkozások, például a Semmelweis Orvostudományi Egyetem klinikáinak munkájában, vagy egyes területi vezető kórházakban. A katonaegészségügyi szolgálaton belül, sajnos még kezdeti lépések sem történtek. E tekintetben az alapellátás teljesen magára maradt, az ápolói munka színvonala a csapatsegélyhelyeken az ezredorvosok ambíciójától, szakmai képzettségétől és lelkesedésétől függ, melynek szakmai felügyelete nem megoldott. A kórház-rendelőintézetekben az intézetvezető főnövérek és osztályos főnövérek feladata lenne ezen tevékenység irányítása, de ezen munkájukhoz hiányzik az egységes koncepció, az egyes ellátási szinteknek megfelelő követelményrendszer, a szakmai irányítás és felügyelet, az egységes információs rendszer és dokumentáció. Megfigyeléseink azt bizonyítják, hogy ez az irányítási szint egyáltalán nem, vagy csak alig mutat túl a vezetés szintjén. Vagyis nem működik a szervezeten túl, egyértelműen fogalmazva az intézetvezető főnövéri teendőik ellátása mellett a már említett funkciókat nem gyakorolja. Ha elfogadjuk a vezetés meghatározását, miszerint a vezetői tevékenység operatív beavatkozás a vezetett szervezetben végzendő folyamatokba, elfogadható az a megállapítás is, hogy a kórházvezető főnövéri munkakör nem lehet azonos az irányítás megvalósításával.

Az 1. számú mellékletben vázolt modell az ápolás irányítására, vezetésére, annak szakfelügyeletére elképzeléseink szerint alkalmasnak mutatkozik, megfelelő a progresszív betegellátás ápolási követelményeinek. Az irányítás megoldása jelenthetné a szociális problémák közelítését is, valamint egységes elvek érvényesítését a bérgházközpont terén is.

III.

Az MN Egészségügyi Szolgálat kórház-rendelőintézeteinek működését a *Szervezeti Működési Utasítások* határozzák meg. Tartalmazzák a szakmai eljárók rendelkezéseit, utasításait. Ezekben a Szervezeti Működési Utasításokban az egyes intézetek sajátosságai tükröződnek, és több-kevesebb sikerrel érvényesül a differenciáltság az egyes egészségügyi szakdolgozók munkaköri leírásában. Intézetünkben kidolgoztuk a differenciál

munkaköri leírásokat, melyeket a 2. számú mellékletben foglaltunk össze. A közölt munkaköri meghatározások viszont nem minden tekintetben mutatnak egységes elveket a Magyar Néphadsereg egészségügyi intézeteivel, mivel központi koordinálás nem történt, illetve csak azoknál, akikkel „oda-vissza” együttműködést kezdeményeztünk. Az is megfigyelhető, hogy még a hasonló nagyságrendű, alaprendeltetésű intézeteknél is nagy eltérések mutatkoznak. Ezen dokumentumok felülvizsgálatánál olyan hiányosságokat fedeztünk fel, amelyek igénylik azok átdolgozását a korszerű ellátási elveknek megfelelően, mivel jóváhagyásuk 1977-ben történt. Előírás, hogy az ápolást végző egészségügyi szakdolgozó a munkaköri leírása alapján végezze feladatait. A pontatlan megfogalmazás, átfedések az egyes munkakörök között, az egészségügyi rendtartásban előírt etikai normák meghatározásának hiánya, a végezhető ápolási, kezelési feladatok felsorolásának hiányosságai, munkafegyelmi problémák okozója lehet, valamint csökkenti a szakmai színvonalat. Az ápolást végző egészségügyi szakdolgozó aláírásával kell hogy igazolja, elfogadja munkaköri köteleit, azt felelősen és feygelmezetten gyakorolja, tudásához mérten a legmagasabb szakmai színvonalon.

IV.

Az egységes ápolási dokumentáció kialakításának szükségessége gazdasági okok miatt a nyugat-európai országokban jelentkezett elsősorban. A magyar szakirodalomban ez a fogalom szinte ismeretlen. Ha kitekintünk más országok egészségügyi szervezési módszereire, megtaláljuk azokat a rendszereket, amelyek elfogadottak, általánosak, a képzésben tanítottak, tehát mindenki által ismertek, vagyis egyfajta kötelező rendszer az ún. „nővéri” munkához.

Legismertebb az *Angliában* meghonosodott Kardex, amely egy kartonozott tömb, alapja a beteg folyamatos ápolásának. A gyakorlati munka során a Kardex hatékony a váltás minden tagjára. Az ápoló tudja, hogy mi történt a beteggel és mit kell tennie, illetve mit kell megfigyelnie. Az angol műszakok közlési és működési rendszerét hierarchia irányítja, hibája, hogy csak a felelős ápoló végzi feladatait tudatosan. A műszak többi tagja nem tudja összefüggéseiben mit kell tenni, nem érti és nem is meri megkérdezni.

A *francia* ápolónők munkájának irányításában fokozott hangsúlyt kap az ápolási munka dokumentálása. Ismeretes előttünk, hogy ápolni egy beteget vagy adminisztrálni a teendőket két különböző dolog. Nem kétséges azonban, hogy az ápolás dokumentálása elengedhetetlen a mi viszonyaink között is. *A francia ápolási munka rendszere megátlapítja, hogy az általuk végzett dokumentáció:*

- megfelelő eszközt biztosít a folyamatos klinikai munkához, megbízható, ellenőrizhető ápolási munkát jelent;
- állapot és szükséges felfogást nyújt a szerkezet formálásához, amely biztosíték a minőségre;
- hozzájárul a szervezet humanizálásához, azzal, hogy a hangsúlyt a betegre teszi.

Az elmúlt néhány évet figyelembe véve az angol és francia ápolási rendszer is váltás előtt áll, vagyis tárgyalásokat folytatnak az *ápolási terv* bevezetéséről.

Az ápolási terv, vagy ahogyan ismertté vált a „nursing procces” az *USA-ból* ered, ahol két fontos ok miatt vezették be, egyrészt gazdasági okokból, másrészt az ellenőrzés mérhetővé tétele miatt, valamint a hatékonyság miatt. Bevezetése indokolt volt, mivel a

betegek egyrészt megfizetik az ápolást, másrészt a terv úgy mint irányított anyag, lehetővé teszi annak jó ellenőrzését és alapot szolgáltat az egyes peres ügyekben is. A másik ok kapcsolódik az elsőhöz, ami a legnagyobb hatékonyságra való törekvést jelenti. Az amerikai beteget a lehető legjobban kell ellátni, a lehető legrövidebb időn belül. Gazdasági kényszer ez a beteg és gyógyító intézmény részéről is.

1980 decemberében Bernben megtartott konferencián a Közös Piac országai tanácskoztak az ápolási terv módszerének átvételéről. Jogosan vetődik fel bennünk az a kérdés, hogy ha az Amerikai Egyesült Államokban a gazdasági okok kényszerítő erővel hatottak, az ápolás gondosabb megszervezésére, a Közös Piac országai előkészítő tárgyalásokat folytatnak a rendszer átvételével kapcsolatban, nekünk, a szocialista egészségügy végrehajtóinak miért nem elég fontos gazdasági alapunk helyes felhasználása.

Az ápolási terv automatikus átvétele nem feltétlen felelne meg a magyar egészségügy szocialista vonásainak, így a katonaegészségügyi szolgálatban sem, de adekvált módszer kidolgozása feltétlen segítené a progresszív betegellátás rendszerének hatékonyabb megvalósítását.

A magyar egészségügyben csak alig ismertek azok a módszerek, amelyeket az ápolás dokumentálásának egységesítésére végeztek. Az 1970-es években dr. Silhavy Tibor vezetésével a Bakáts-téri Kórházban, az 1970-es évek elején dr. Szántó György orvos vezérőrnagy irányításával az Országos Traumatológiai Intézetben alkalmaztak ápolási lapot, amelyet a 3. számú melléklet szemléltet. Fejlesztésére azonban már nem került a továbbiakban sor. 1979 óta intézetünk I. Belgyógyászati osztályán próbáltuk ki a négyágyas kórteremre kialakított ún. „átadó-könyv” formát, ami az ápolási lapok összefüggéséből alakult ki és a 4. számú melléklet tartalmazza. Napjainkban a Balassa János kórház egy kijelölt osztályán a gyakorlati munka során került kipróbálásra az ápolási-lap módosított változata.

A téma fontosságából és aktualitásából eredően útkeresések voltak ezek az alkalmazott módszerek. Törekvés az egységes ápolási dokumentáció kialakítására a továbbiakban is indokolt. Az MN Egészségügyi Szolgálatában az egyes intézmények, egyes osztályain is változó az ápolás dokumentálása. Általában nem közlik azokat az információkat, amelyek a folyamatos és biztonságos ápoláshoz szükségesek, a jogi követelmények sem érvényesülnek. A főnövérek értekezletén többször foglalkoztunk az ápolási terv problematikájával, a dokumentáció szervezési, munkamódszertani és jogi követelményeivel, úgy gondoljuk ebben a probléma megoldásban hatékonyabb segítség igényeltek, meg kell oldani a vezetési, irányítási kérdéseket és a szakmai felügyelet módszereit, mert csak így valósulhat meg a progresszív ellátásnak megfelelő magas színvonalú és folyamatos, az orvosi tevékenységet mindenben segítő ápolói munka.

Összességében:

A progresszív betegellátás gyakorlatának kialakulása során az ápolás szervezése nem követte a fejlődést. Az irányítás, vezetés és szervezés jelenleg is azonos a progresszív betegellátás bevezetése előtti gondolkodásmóddal és gyakorlattal.

Napjainkra még a kórház-rendelőintézeti egységben sem valósult meg az ápolás tervezése, az ápolási terv végrehajtásának gyakorlata, pedig a jelenlegi fejlődés már azt követeli, hogy az alapellátásban dolgozó szakember is meghatározott feladatokkal részese legyen ennek a folyamatnak.

A dolgozat készítésekor célunk az volt, hogy a három legfontosabb mozzanatot határozzuk meg az előrelépéshez. Ezt véljük alapnak az egységes gondolkodásmód és gyakorlat kialakításához, ezt tartjuk szükségesnek ahhoz, hogy az ápolási munka végrehajtása valóban tudatos, fontos és felelősségteljes legyen. A megvalósításhoz a katonaegészségügy vezetése és irányítása részéről segítség, megfelelő döntés igényeltem, kapcsolódva az állami egészségügyben is fellelhető próbálkozásokhoz.

X

Irodalomjegyzék

1. Dr. Aczél György: A progresszív betegellátás helyzete és továbbfejlesztésének feladatai. Előadás a Magyar Kórházszövetség II. Konferenciáján.
2. Dr. Simonovics István: Társadalomegészségügyünk főbb eredményei és feladatai. Népegészségügy, VI. évfolyam.
3. Fülöp Tamás: Egészségügyi Szervezés. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1973.
4. Soós Lajos: A gyógyító-megelőző ellátás munkaszervezésének és tervezésének néhány válogatott fejezete. Orvostovábbképző Intézet jegyzete, 1973 Budapest.
5. Kádár-Balogh-Kovacsics J.-Soós L.: A szakképzettséget igénylő munka differenciálódásának perspektívája az egészségügyi ellátásban. Népegészségügy, 7/214-1964.
6. Dr. Mányi Géza: Az egészségügyi vezetés kompendiuma. ESZTIK kiadványa, 1979.
7. Dr. Rohánszky Mihály: A team munka néhány pszichológiai problémája. Szeged, 1973.
8. EüM 14/1975. (EüK 11.) sz. utasítása az egészségügyi ágazatban dolgozók vezetőképzéséről, a vezető-továbbképzésről.
9. Schwarczmann Pál: Ápolástan I. kötet. Egészségügyi szakiskolák tankönyve. Medicina Könyvkiadó, 1976.
10. Hardi István: Pszichológia a betegágnál. Medicina Könyvkiadó, 1975.
11. Dr. Varga Péter: Jegyzet az intenzív betegellátó szakasszisztensek számára. Budapest, 1978.

(Illusztrációk és mellékletek a folyóirat végén található.)