



Egészségügyi Ellátórendszer
Szakmai Módszertani Fejlesztése
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

KONCEPCIÓ AZ ALAPELLÁTÁSI KOMPETENCIABŐVÍTŐ KÉPZÉSEKRE 1.0

BV.3.3

Alprojekt/munkacsoport megnevezése:

Lakóhelyközeli egészségügyi ellátás fejlesztése /
Egészségügyi Képzésfejlesztés munkacsoport

Eredménytermék készítésének dátuma:
2018.06.30

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFÉKTETÉS A JÖVŐBE

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt
„Lakóhelyközeli egészségügyi ellátás fejlesztése” alprojekt
„Egészségügyi képzés-fejlesztés” munkacsoportja



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Szerkesztő:

Dr. Eörsi Dániel

Szerzők:

Barczi Erika
Breitenbach Zita
Busa Csilla
Czető Ágnes
Dr. Csikó Ágnes
Dr. Eörsi Dániel
Galvács Henrietta
Gyetvai Györgyi
Hanka Krisztina
Dr. Hargittay Csenge
Dr. Hegedűs Orsolya

Dr. Járomi Melinda
Kalmár Zoltán Józsefné
Karamánné Dr. Pakai Annamária
Kárpáti Zsuzsanna
Kerti Emese
Kiss Laura
Kiss Nóra
Dr. Kolozsvári László
Dr. Kolozsváriné Harsányi Szilvia
Korolovszky Júlia
Markó-Kucsera Mária

Dr. Máté Orsolya
Dr. Mohos András
Dr. Oláh András
Pállay-Kovács Szilvia
Dr. Pátri László
Szabó Edit
Szabóné Dr. Tamás Hajnalka
Tománé Mészáros Andrea
Dr. Várnai Réka
Dr. Zrínyi Miklós

Szakmai lektor:

Prof. Dr. Varga Albert

Közreműködők:

Dr. Szabó János

Gutási Éva

Elektronikus ISBN: 978-615-81600-0-1

Előterjesztő:

Dr. Szabó János
(Munkacsoport vezető)

Jóváhagyó:

Dr. Végvári Tamás
(Alprojekt vezető)

Dr. Orosz Beatrix
(Szakmai vezető)

Konzorcium vezető:

Országos Közegészségügyi Intézet

I. Vezetői összefoglaló

A praxisközösségek megjelenését az alapellátás legjelentősebb reformjának tartjuk a háziiorvosi praxisok privatizációja óta. Az új működési modell számos előnnyel kecsegtet: hatékonyabb munkaerő-gazdálkodást, a szakmai standardok nagyobb arányban való érvényesülését, több prevenciós aktivitást, komplexebb, sokoldalúbb alapellátást várunk tőle. Mindez természetesen az alapellátó szakemberek mindennapi tevékenységét is jelentősen átalakítja, új kompetenciák jelennek meg, számos szakképzettségnek megfelelő munkakörben bővül a dolgozók hatásköre. Az új szemléletű ellátási rendszerekre való átállás kiterjedt, interdiszciplináris szemléletű képzést igényel. 2019. első felében az EFOP 1.8.2. projekttel való kooperáció keretein belül szakmacsoportos kompetenciabővítő képzéseket fogunk tartani 4 magyarországi helyszínen, összesen mintegy 600 alapellátó szakember számára.

Eredménytermékünkben összefoglaljuk annak keretrendszerét, hogy az alapellátó orvosoknak és szakdolgozóknak kidolgozandó kompetenciabővítő képzések milyen szempontrendszerek mentén lennének a leghatékonyabbak. Bevezetőként összefoglaljuk a praxisközösségek működési modelljének legfontosabb ismérveit – erről bővebben projektünk B. II. munkacsoportjának tanulmányai értekeznek.

Ezt követi eredménytermékünk gerincét adó két fejezet, melyek az alapellátó orvosok és szakdolgozók kompetenciabővítésének kereteit foglalják össze. A praxisközösségek alapellátó orvosai lényegesen más kompetenciahatárok között dolgoznak majd, mint amit a hagyományos háziiorvosi praxisban megszokhattunk. A leglényegesebb különbségek három részre oszthatóak: járóbeteg-ellátástól átvett hatáskörök, praxisközösségek teamszerű működése miatti új feladatok és nem háziorvos végzettségű orvosok megjelenése az alapellátásban. A járóbeteg-ellátástól átvett feladatok elsősorban a nagy népegészségügyi jelentőséggel bíró krónikus betegségekkel kapcsolatos ellátási feladatok terén jelennek meg – mindezt a projektünk B. IV. munkacsoportja által kidolgozott betegellátási és -gondozási protokollok szabályozzák. A praxisközösségek teamszerű működése miatt a praktizáló háziorvos működésmódja jelentősen megváltozik. Ezt a folyamatot kissé biedermeier módon úgy jellemezhetjük, hogy a háziorvos „one-man-band”-ból egy kamarazenekar karmesterévé válik, ez pedig nyilvánvalóan jelentős új kompetenciáknak való megfelelést követel meg. Mindemellett a praxisközösségekben nem csak háziorvostan szakvizsgával lehet majd orvosi tevékenységet végezni, de adott esetben a gyermekgyógyász,

fogorvos és más szakképzettségű orvos kollégák működése is integrálódik a működésbe – ez pedig további új kompetenciákat teremt.

A szakdolgozók kompetenciabővítése egy rendkívül sokszínű, összetett terület. A hagyományos alapellátási modellben szinte csak középfokú OKJ-ápolók dolgoznak, ehhez képest a praxisközösségekben megjelennek a diplomás (BSc és MSc) ápolók mellett a dietetikusok és a gyógytornászok is. Integrálódnak az eddig külön szervezeti keretek között dolgozó védőnők, (egészség-)pszichológusok, és népegészségügyi szakemberek is csatlakoznak a betegellátó teamhez. Mindezek miatt valamennyi szakdolgozó számos új feladattal, kompetenciával fog rendelkezni a praxisközösséghez történő csatlakozásakor, melyekben való jártasságot képzéseink biztosítják. Valamennyi szakmacsoport vonatkozásában kiemelt szempont a prevenció szemlélet, a prevenció ellátási tevékenységek, mint alapvető értelmezési keret. Szintén általános jellemző, hogy a korábbi alapellátási működési modellel szemben a praxisközösségekben az egyes szakdolgozóknak deklaráltan önálló betegellátási tevékenysége, döntési jogköre van a protokollban meghatározott szituációk vonatkozásában. Ez minden szempontból új szituációt jelent, melyre való felkészítés a kompetenciabővítő képzések elsődleges feladata.

A praxisközösség-rendszerű alapellátás kulcsszereplői a BSc és MSc ápolók. Tevékenységi körük a rutinszerű ellátás köré csoportosul; BSc végzettség esetén a prevenció és krónikus gondozásban, MSc végzettség esetén az akut ellátásban is szerepet kapnak. Tevékenységüket minden esetben protokollok szabályozzák, önálló mérlegelési jogkörük nincs. A pszichológus régen várt új szereplője az alapellátásnak, feladata a krónikus betegségek mentális komponensének diagnózisa, ellátása köré csoportosul. Szintén nagy igény van a dietetikai ellátás integrálására az alapellátás működésére, kiemelt kompetenciájuk a cukorbeteg dietetikai tanácsadása lesz, de sok más betegcsoport esetében is megjelenik szerepük. A fizioterápia szintén az alapellátás integráns része kellene, hogy legyen évtizedek óta, különös tekintettel a mozgásszervi betegségekkel kapcsolatos rossz népegészségügyi statisztikákra. Új elem a szociális munka és a népegészségügyi koordináció megjelenése az alapellátásban, nemzetközi példák alapján az ellátás hatékonyságát jelentősen fokozza ez az integratív szemlélet. A védőnői hálózat a magyar alapellátás egyik büszkesége évtizedek óta, a védőnők hosszabb ideje preventív szemléletben meghatározott irányelvek alapján látják el nélkülözhetetlen tevékenységüket. Integrálásuk a praxisközösség-rendszerű ellátásba régóta kívánatos, a hatékonyságot javítani fogja.

A képzések nem csak szakma specifikus, hanem szakképzettségtől független elemeket is tartalmazni fognak. Számos olyan területe van a praxisközösség-rendszerű munkának, ami minden tag számára egyformán követelmény. Ide tartoznak a kommunikációs elemek, melyek oktatása már számos nemzetközi és hazai egészségügyi képzési folyamat kiemelt része (asszertív kommunikáció, rossz hírek közlése, a meggyőzés kommunikációs elemei stb.). Számítógépezési, finanszírozási, etikai, kutatáselméleti, jogi ismereteket tervezünk oktatni a teammunka általános színvonalának emelése érdekében.

Eredménytermékünkben kitérünk egy másik képzési folyamat keretrendszerére is. 2019 elején a B. IV. munkacsoport által kidolgozott hat krónikus beteggondozási protokolloktatás fog megkezdődni tesztpraxisokban, valamint a praxisközösségek egy részében. Az ezzel kapcsolatos oktatási anyagok fejlesztésének szempontrendszerét mutatja be eredménytermékünk IX. fejezete.

Tanulmányunk végén bemutatjuk, hogy maguk a képzések milyen paraméterek között lennének a leghatékonyabbak. Kitérünk a szervezési, az infrastrukturális, az adminisztrációs kérdésekre, valamint a megkívánt technikai személyzet adottságaira is. Célunk, hogy kidolgozzunk egy olyan képzési standardot, amely mentén a projekt során bármely képzést könnyedén meg lehet valósítani.

TARTALOMJEGYZÉK

I. Vezetői összefoglaló	4
II. Célkitűzések	8
III. Módszerek.....	8
IV. Fogalomtár.....	9
V. A praxisközösségek általános jellemzői, szemlélete az alapellátásban dolgozó szakemberek szempontjából.....	16
VI. Alapellátó szakdolgozók kompetenciabővítésének keretrendszere	18
VII. Szakképzettségtől független képzési elemek.....	33
1. Informatika.....	33
2. Jog	34
3. Praxismanagement	35
4. Egyéni munka és együttműködés a praxisban.....	36
5. Betegdukáció.....	37
6. Etikai kérdések	38
VIII. Krónikus gondozási protokollokon alapuló tesztképzések keretrendszere	38
1. Bevezetés	38
2. A három gondozási terület.....	39
3. Protokollfejlesztési stratégiai irányok a három gondozási területen	40
4. Összefoglalva a legfontosabb hiányosságokat:	52
IX. Kompetenciabővítő képzések folyamatának koncepciómodellezése	54
1. Kompetenciabővítő képzés teszt	54
2. Kompetenciabővítő képzés.....	55
3. Kompetenciabővítő képzés.....	57
4. Oktatás-módszertani fejlesztés céljai a protokollok és a bővítendő kompetenciák ismeretében:	58
5. A képzések végén az alábbi dokumentációk elkészítése és átadása szükséges:.....	58
X. Felhasznált irodalom.....	59

II. Célkitűzések

Munkánk során célul tűztük ki a jelenlegi magyar és európai képesítési keretrendszer áttekintését, a praxisközösségek működését és a hiányosságok feltárását. Ezek alapján a fő célunk javaslatok megfogalmazása és a képzés folyamatának koncepció-modellezése volt a bővítendő kompetenciák kapcsán mind az alapellátó orvosok mind pedig a szakdolgozók esetében.

III. Módszerek

Az eredménytermék elkészítésének bevezető lépéseként az almunkacsoport korábbi eredménytermékeinek, valamint más almunkacsoportok ezzel a munkával összefüggő tartalmú eredménytermékeinek áttekintése történt.

A praxisközösségekkel foglalkozó fejezethez, valamint a keretrendszereket leíró fejezetekhez a rendelkezésre álló magyar és idegen nyelvű irodalmat használtuk fel, utóbbit a Pubmed és a Semmelweis Egyetemi Könyvtár keresőjének segítségével értük el.

A szakképzéstől független képzési elemek meghatározásához figyelembe vettük a projektben dolgozó szakértők javaslatait, áttekintettük több képzés (például az SE vagy a Corvinus Egyetem Egészségügyi Menedzserképzés) kurrikulumát, majd a fellelhető magyar nyelvű szakirodalom segítségével öltött végleges formát a fejezet.

A kompetenciabővítő képzések fejezet megírásához a kapcsolódó magyar nyelvű irodalmat tanulmányoztuk, a korábbi graduális és posztgraduális képzésben szerzett tapasztalatokat integráltuk, és az EFOP képzések és rendezvények kereteit (helyszín, időpont, létszám, tantermek stb.) vettük figyelembe. Ezen kívül a projektben dolgozó szakértők javaslatait, a négy családorvostani tanszék vezetőinek javaslatait, valamint a javasolt fejlesztési irányokkal kapcsolatos szakirodalmat is áttekintettük.

IV. Fogalomtár

Alapellátás¹

„Az alapellátás célját és feladatait az egészségügyi alapellátásról szóló törvény 88. § határozza meg.”

Egészségügyi alapellátás

„Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.

(2) Az egészségügyi alapellátás feladatai:

a) az ellátott lakosságra vonatkozó, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás (a továbbiakban: megelőző ellátás);

b) az egyén

ba) egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségfejlesztése, egészségtervezésének támogatása,

bb) jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,

bc) szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,

bd) gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a szakorvos által javasolt terápiás terv figyelembevételével; és

c) szükség esetén a b) pont bb) és bd) alpontjában foglaltaknak a beteg otthonában történő ellátása vagy a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

2. § (1) E törvény alkalmazásában:

¹1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.313309. letöltve: 2018 február 10.

a) *praxisközösség: a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására létrejött működési forma;*

b) *csoportpraxis: olyan együttműködési forma, amely keretében a háziorvosi, házi gyermekorvosi alapellátási feladatok mellett jogszabályban meghatározottak szerint a járóbeteg-szakellátás körébe tartozó egyes ellátások is nyújthatók.”²*

Az alapellátás területei³

Az alapellátás területei a 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról alapján:

- A háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátás és a fogorvosi alapellátás;
- A védőnői ellátás;
- Az iskola-egészségügyi ellátás;
- Az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás;
- A foglalkozás-egészségügyi alapellátás.

Beszámítás – validáció

A különböző képzési rendszerekben megszerzett, másutt értékelt tudás elfogadtatása a felsőoktatás és a szakképzések, a szakoktatás sajátja. Ennek ellenére számos olyan tudás, gyakorlati tapasztalat is előáll az egész életen át tartó tanulás során, amit nem szabad figyelmen kívül hagyni.

A validáció több lépésből álló eljárás, amelynek során az előzetesen megszerzett tudást – annak dokumentumokkal való bizonyítása, esetleg közvetlen értékelése alapján – az erre felhatalmazott személy vagy testület egy képesítés vagy képzési program követelmény elvárásaival (referencia) összeveti. A hozott tudás, gyakorlati tapasztalatok egyénnél megjelenő gyűjteménye a portfólió. A portfólió összevetésének eredményétől függően a hozott tudást elismerik (kredit formájában beszámítják, egyes képzési követelmények formális teljesítése alól felmentést adnak), vagy a szükséges mértékű megfelelés hiányában a kérelmet elutasítják. Funkcióját tekintve az eljárás

²2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.296135. Elérés 2018. február 10.

³2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.296135. Elérés 2018. február 10.

szolgálhatja egy adott képzési programba történő felvételt, a képzési program egy része alóli felmentést vagy egy képesítés megszerzését.⁴

Európai Képesítési Keretrendszer

Az Európai Képesítési Keretrendszer (European Qualification Framework – EQF) leírja az európai nemzeti képesítési keretek és képzési rendszerek, valamint az azokban foglalt képesítések egymáshoz való viszonyát. Az EKKR fő elemei: a tanulási eredmények segítségével jellemzett nyolc referenciaszint, valamint az önkéntes együttműködésen alapuló elvek és eljárások.⁵

Az EKKR-ben meghatározott 8 szinten helyezik el az egyes képzéseket tanulási eredmények alapján. A tanulási eredményekben benne rejlik a szakterület sikeres műveléséhez szükséges általános kompetencia és a szakterületi kompetenciák (szakterületi tudás, ismeretek és ezek alkalmazása).⁶

Folyamatos továbbképzés

Az egészségügyi tevékenységet végző szakorvos folyamatos szakmai továbbképzésben köteles részt venni a továbbképzési időszak alatt. A továbbképzési időszak teljesítéséhez a továbbképzésre kötelezettnek a) szakképesítésként a szakképesítésének megfelelő, szakterületenként szervezett kötelező szintentartó továbbképzésen, b) szabadon választható elméleti továbbképzésen és c) gyakorlati továbbképzésen kell részt vennie.

Graduális képzés

„Az első diploma vagy az alapképzettség megszerzésére irányuló felsőfokú képzés. A formális képzéshez tartozik.”⁷

⁴Tót Éva (2013) Validáció a felsőoktatásban szakterületi nézőpontból. Kézirat. TÁMOP 4.1.3-08/1-2008-0004 felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése című projektje. Budapest, 2013

⁵Vámos Á. Tanulási eredmények. TÁMOP 4.1.3-08/1-2008-0004 felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése című projektje. Budapest, 2012.

⁶Derényi A. A magyar felsőoktatási képesítési keretrendszer átfogó elemzése. TÁMOP 4.1.3-08/1-2008-0004 felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése című projektje. Budapest, 2009. pp. 3-4.

⁷<http://old.ektf.hu/~forgos/hivatkoz/kisokos.htm#42> (Eszterházy Károly Főiskola)

Háziorvosi ellátás⁸

„Az alapellátás meghatározó ellátási formája.

A háziorvosi ellátás feladata a beteg egészségének menedzselése saját kompetenciában végzett gyógyítómegeelőző ellátásokon, kért konzíliumokon és megszervezett ellátásokon keresztül. A háziorvos az, akit a fogászati és védőnői ellátás kompetenciáján kívül eső problémáikkal elsőnek kell felkeresnünk, és a háziorvos az, akinél az egészségügyi ellátási adataink összegyűlnek, azaz az összes egészségügyi adataink kezelésére törvény által feljogosított.

A háziorvosi ellátást alapvetően a kötelező egészségbiztosítás terhére vehetjük igénybe, de a háziorvos egyéb, nem a társadalombiztosítás által finanszírozott orvos-szakértői feladatot is ellát, pl. látlelet kiadása, orvosi szakvélemény adása jogosítványhoz, fegyverviseléshez stb.

A háziorvos ellátás a településszerkezettől függően szerveződhet

- a 14 éven aluli lakosok alapellátására (gyermek körzet),
- a 14 éven felüli lakosság ellátására (felnőtt körzet),
- a település teljes lakosságának ellátására, függetlenül a lakos életkorától (vegyes körzet).

A háziorvos szabad megválasztása – a területi-elérhetőségi korlátok mellett– alapvető jogunk.”

Fontos azonban kiegészíteni a fenti hivatkozást a 2015. évi CXXIII. törvény 5. pontjának 8. §-ában meghatározottakkal, miszerint a gyermek körzet ellátását a 19. életévét be nem töltött személyek számára biztosítja, valamint a felnőtt körzet ellátását 14 éves kortól erre irányuló választás alapján nyújthatja a háziorvos.

Háziorvostan szakvizsga

A rezidens a törzsképzés teljesítését követően bocsátható szakvizsgára. A fennálló rendelkezések értelmében minden jelenleg aktívan dolgozó családorvos számára kötelező a háziorvostan szakvizsga letétele [kivételem a 29/1997. (X. 3.) NM rendelete 3 § (1) a, b, c bekezdésben felmentett kollégák].

⁸Egészségügyi Fogalomtár. ÁEEK-Állami Egészségügyi Ellátó Központ.

https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/H%C3%A1ziorvosi_ell%C3%A1t%C3%A1s. Elérés 2018. február 10.

Kötelező szintentartó továbbképzés

A kötelező szintentartó továbbképzés az egészségügyi felsőoktatási intézmények és az adott szakma szerinti országos szakmai intézmények által orvosok számára szervezett olyan tanfolyam, amely a NEFMI 64/2011. (XI. 29.) rendeletével összhangban kötelező szintentartó tanfolyamként kerül meghirdetésre. Az 5 éves továbbképzési időszakban megszerzendő 250 pontból legalább 50 pontot kötelező szintentartó továbbképzés teljesítésével kell megszerezni.⁹

Kurrikulum^{10, 11}

„A kurrikulum egyszerre jelenti a tantervnek nevezett dokumentumokat (intended curriculum) és a ténylegesen megfigyelt tanulási-tanítási gyakorlatot (implemented, achieved curriculum).”

„A kurrikulum fogalmát [...] tágan értelmezzük, beleértve ebbe a tanulási környezet egészét, így olyan elemeket, mint a standardok vagy követelmények, a tananyag, a különböző taneszközök vagy a pedagógusok által alkalmazott tanulásszervezési és értékelési módszerek.” Megjegyzés: a fenti három fogalom egyike sem szerepel a magyar jogrendben, így a fenti definíciók kizárólag tudományos és nem törvényi meghatározásnak számítanak.

Licenc

„A licenc a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek vagy szakpszichológusok által, vizsgával záruló egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzés keretében megszerezhető” tanúsítvány, *„amely a szakorvost a szakképesítésére épülő szakmai tevékenység végzésére jogosítja.”*¹² A magyarországi szakképzés történetében rendeleti szinten először 2012-ben került szabályozásra a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok

⁹64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet

az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről, elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100064.nem>

¹⁰Fazekas, Halász, Molnárné, Németh, Ollé, Sántha, Ütőné és Vass, 2012, 211. o.

¹¹Fazekas és Halász, 2012, 3-4. o.

¹²3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről

egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzése (licencképzése) a 23/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet keretében.¹³

Magyar Képesítési Keretrendszer

A Magyar Képesítési Keretrendszer a külföldi példákat is alapul véve került megalkotásra, amelyben a tudás, képesség, attitűdök mellett az autonómia-felelősségvállalás dimenziók játszanak szerepet a tanulási eredményekben megfogalmazott kompetenciákban.¹⁴

Posztgraduális képzés¹⁵

„Az angol és amerikai felsőoktatási rendszerben meghonosodott, innen származó és elterjedt kifejezés, amely az alacsonyabb szintű vagy ún. első fokozat, ill. diploma megszerzése utáni továbbképzést, magasabb szintű vagy második, esetleg harmadik diploma megszerzésére irányuló képzést jelent. Mo.-on a tudományos ösztöndíjasok egyetemi doktori vagy akadémiai kandidátusi fokozat megszerzésére irányuló képzést, bizonyos szakmérnöki és szakorvosi továbbképzési formákat, másoddiplomás levelező képzést és továbbképzést tekintik posztgraduális képzésnek a felsőoktatásban. Posztgraduális képzés az első fokozat vagy diploma utáni továbbképzés, magasabb vagy második diploma megszerzése.”

Praxis¹⁶

„Az egészségügyi szolgáltató azon szervezeti formája, ahol az ellátó és a szolgáltató azonos, a praxis működtetője/tulajdonosa személyes közreműködőként részt vesz az ellátás nyújtásában, a praxis esetében – ellentétben más szervezeti formával (pl. intézmény) – szervezetében és személyi körében nem különül el a működtető, a management és az ellátói kör.

¹³3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről

¹⁴Derényi A. A magyar felsőoktatási képesítési keretrendszer átfogó elemzése. TÁMOP 4.1.3-08/1-2008-0004 felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése című projektje. Budapest, 2009. pp.3-4.

¹⁵<http://old.ektf.hu/~forgos/hivatkoz/kisokos.htm#42> (Eszterházy Károly Főiskola)

¹⁶Egészségügyi Fogalomtár. ÁEEK-Állami Egészségügyi Ellátó Központ. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Praxis>. Elérés 2018 február 10.

A praxis, mint önálló szervezeti forma az alapellátásban jellemző, de a járóbeteg-szakellátás területén is értelmezhető működési mód."

„Praxisjog: az egészségügyi államigazgatási szerv által az a) pont szerinti orvos részére adott önálló orvosi tevékenység nyújtására jogosító engedélyben foglalt jog, amely alapján önálló orvosi tevékenység területi ellátási kötelezettséggel, meghatározott körzetben végezhető.”¹⁷

Praxisközösség: az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény értelmében a házi orvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői szolgáltatók feladatainak ellátására több egyéni praxis között létrejött együttműködési forma.

Továbbképzés

1. A felnőttképzési tevékenység

A felnőttképzési törvényen alapul

a) saját képzési program alapján megvalósuló iskolarendszeren kívüli képzés, amely célja szerint meghatározott képzettség megszerzésére, kompetencia elsajátítására irányuló általános, nyelvi vagy szakmai képzés, továbbá

b) a felnőttképzéshez kapcsolódó szolgáltatás.

2. Iskola rendszeren kívüli, felnőtteknek szóló továbbképzés

A felnőttképzési törvény hatályán kívül szervezett továbbképzés, mely nem rendelkezik képzési programmal, nincs jogszabály által előírt, kötelezően vezetendő dokumentáció, nyilvántartás.¹⁸

Tutor

Oktató házi orvosi praxis praxisjoggal rendelkező házi orvosa, aki személyében felel az oktató praxisban a rezidensek képzéséért.

¹⁷2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=47816.338456. letöltve 2018. február 10.

¹⁸ 2013. évi LXXVII. törvény a felnőttképzésről, elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300077.TV>, letöltve: 2018. május 5.

V. A praxisközösségek általános jellemzői, szemlélete az alapellátásban dolgozó szakemberek szempontjából

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvényben megfogalmazottak szerint „az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátás alapvető fontosságú része, az egészségfejlesztés, a betegségek megelőzése, felismerése és gyógyítása alapvető nemzeti érdek, valamint hogy a gyógyítás olyan közügy, amelyben mind az államnak, mind az önkormányzatoknak, mind a gyógyító orvosnak és a megelőzést végző védőnőnek meghatározó szerep és felelősség jut, elfogadva a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és a fogorvosi ellátás kapuőri szerepét, annak szakmai, pénzügyi megerősítésének érdekében...hangsúlyozva azt, hogy az egészségügyi alapellátásban az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzésének hangsúlyosabb megjelenése szükséges, és a betegellátás színvonalának javítása”.¹⁹

A jelenlegi háziiorvosi, alapellátási struktúra ezen célkitűzések (különös tekintettel a népegészségügyi, megelőző feladatokra) magas színvonalú megvalósítására csak korlátozottan alkalmas. Míg a tizennyolc év alatti lakosság körében a védőnői, házi gyermekorvosi, iskolaegészségügyi hálózatnak köszönhetően magas színvonalú, széleskörű prevenciós szolgáltatások valósulnak meg, addig a felnőtt lakosság körében, habár jogszabály is előírja, a prevenciós tevékenységek háttérbe szorúlnak, a hangsúly elsősorban az akut betegellátásra helyeződik át.²⁰ Az alapellátó orvosok növekvő átlagéletkora, az elégtelen utánpótlás, a betöltetlen háziiorvosi praxisok magas száma olyan strukturális átalakítást sürget, amely alkalmassá teszi az alapellátást feladatának elvégzésére, a lakossági igények kielégítésére. A hazai lakosság egészségi állapotát jellemző népegészségügyi statisztikák szintén alátámasztják az alapellátás megreformálásának szükségességét.²¹

Az új alapellátási struktúra célja egy széles körben, mindenki számára hozzáférhető, népegészségügyi szemléletű, a prevencióra kiemelt hangsúlyt fektető szolgáltatási paletta biztosítása. A népegészségügyi fókuszú alapellátás során „az ellátás sokkal inkább egészségközpontú, mint betegségközpontú szolgáltatás.” A már kialakult betegségek kezelése

¹⁹2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról. elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500123.TV&searchUrl=/gyorskereso>

²⁰ R. Ádány és M. Papp, *Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban*, Budapest: Medicina, 2017.

²¹ K. Dózsa, E. Sinkó, G. Merész és Z. Velkey, „Záró Értékelés verzió 2. WP-08,” SH/8/1. Alapellátás-fejlesztési modellprogram, 2017. június

mellett jelentős hangsúlyt kap azok megelőzése, valamint minél korábban történő felismerése. Ennek következtében egészségfejlesztő, életminőséget javító, a programok révén közösségépítő hatásai is vannak. Ezen szemléletmóddal növelhető az egészségben eltöltött életek száma, melynek az életminőségre gyakorolt pozitív hatása mellett jelentős gazdasági eredményei is vannak. A népegészségügyi fókuszú alapellátás további előnye, hogy a klienst partnerként bevonva a saját egészségével kapcsolatos döntési folyamatokba, tevékenységekbe, megerősíti a saját egészsége iránti felelősségvállalásban.²²

A megfelelő színvonalú prevenciós, gyógyító és gondozási tevékenységek biztosításához az alapellátásban, több szakember részvételére és széles körű együttműködésére van szükség. Ennek megvalósítására alkalmas működési rendszer lehet a praxisközösség, *„a háziorvosi, házi gyermekorvosi, alapellátást nyújtó fogorvosi, védőnői, valamint betegségmegelőzési és egészségfejlesztési szolgáltatásokat nyújtó szolgáltatók társulásával, feladataik hatékony ellátására létrejött működési forma.”*²³ A praxisközösségi működés révén lehetőség nyílik a lakosság számára többletszolgáltatások nyújtására, egyes tevékenységeknek a járóbeteg-szakellátásból az alapellátásba való átemelésére. Ehhez részben a háziorvosi praxisok korábbi szereplőinek (háziorvos, ápoló) új kompetenciákkal való felruházása, részben pedig új munkatársak (pl.: gyógytornász, dietetikus, egészségpszichológus, népegészségügyi koordinátor, egészségfelelős) beléptetése szükséges. A jelenlegi, alapvetően izolált háziorvosi munkavégzéssel szemben a praxisközösségi tevékenység más jellegű, csapatmunka-orientált szemléletet igényel. Az új szereplőkkel bővülő alapellátási szolgáltató csapat hatékony működésének alapfeltétele a szervezett munkavégzés, a tagok közötti megfelelő munkamegosztás és együttműködés.

A praxisközösségi működési forma hatékonyságát és sikerességét bizonyítja a Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram keretében 2013 és 2017 között megvalósított, érdemi eredményeket elérő pilot. A program értékelése során megállapítható volt, hogy a relatíve rövid időszak ellenére is számos pozitív eredmény volt megfigyelhető: a lakosság egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférése javult, a programmal maximálisan elégedett volt. Az ellátást

²²Papp, M.: „A praxisközösségek eljárásrendje verzió 5.2,” SH/8/1. Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, 2015.

²³R. Ádány és M. Papp, Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban, Budapest: Medicina, 2017.

nyújtó személyek attitűdjében pozitív változás volt megfigyelhető. Úgy tűnik, költséghatékony módon képes a program egészségnyereséget produkálni.²⁴

A praxisközösségi modell sikeres megvalósulásához kellő nyitottság szükséges mind az ellátói, mind az ellátotti oldal részéről. Természetesen a hosszú évek, évtizedek alatt rögzült beidegződések módosítása, a fejlesztések megvalósítása tudatos felkészülést igényel. Ebben játszanak szerepet a praxisközösség tagjai részére nyújtandó képzések, melyek célja ezen új működési forma, új szemléletmód megismertetése, az új kihívásokra való felkészítés. A képzéseknek ki kell terjedni a praxisközösség munkájába beletartozó valamennyi területre és a praxisközösségekben tevékenykedő összes szereplőre.²⁵ Ennek részét kell, hogy képezze a bővülő kompetenciák mentén, a praxisközösségi feladatok elvégzésére a munkatársak szakmai felkészítése. Az oktatások fontos feladata a különböző szintű előképzettséggel, tapasztalattal rendelkező résztvevők számára olyan tudás, készség, attitűd átadása, amely lehetővé teszi a megközelítőleg egységesen magas színvonalú praxisközösségi munka megvalósulását valamennyi praxisközösségekben. A szolgáltatásbővítés további feltétele az ellátó team tagjai munkájának összehangolása, az alapellátásban eddig nem, vagy csak korlátozottan elérhető új munkatársak megfelelő beépítése a csapatba. Ehhez a szakmai képzések mellett kiemelt jelentőségű a praxisközösségekben belüli együttműködés, kommunikáció elsajátítása.

VI. Alapellátó szakdolgozók kompetenciabővítésének keretrendszere

Az alapellátás jelenlegi működését, illetve a hazai mortalitási–morbidity adatokat figyelembe véve a szakdolgozók részéről is szükséges a továbbképzési rendszer fejlesztése, ezzel párhuzamosan pedig a lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások megvalósulása. A praxisközösségek megalakulásával az ott végzett munka is egy sajátos és új szemlélet kialakítását feltételezi az alapellátásba bevont szakemberek részéről, de fontos hangsúlyozni, hogy ezeknek a plusz kompetenciáknak minden típusú praxismodellben meg kell jelenniük. A Svájci–Magyar Együttműködési Program társfinanszírozásával megvalósuló Alapellátás-fejlesztési

²⁴K. Dózsa, E. Sinkó, G. Merész és Z. Velkey, „Záró Értékelés verzió 2. WP-08,” SH/8/1. Alapellátás-fejlesztési modellprogram, 2017. június.

²⁵K. Dózsa, E. Sinkó, G. Merész és Z. Velkey, „Záró Értékelés verzió 2. WP-08,” SH/8/1. Alapellátás-fejlesztési modellprogram, 2017. június.

Modellprogramnak köszönhetően lehetőség adódott egy pilot program tapasztalatainak áttekintésére, illetve felhasználásra eredménytermékünk készítésénél. A praxisközösség mint az alapellátási rendszer új formája számos lehetőséget és feladatot állít a dolgozók elé. Amennyiben jól ismerjük az alapellátási modell szereplőit, az általuk ellátható feladatokat, illetve kompetenciáikat, rengeteg lehetőség adódik a lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatások integrálására. A szakdolgozói kompetenciabővítés képzési keretrendszerének ebből adódóan három célja van, melyhez a képzéseket igazítani szükséges:

1. megismertetni a korábban a hagyományosan egy orvos-egy ápolós modellben dolgozó kollégákat az alapellátásba bevonható szakemberek kompetenciáival, az általuk biztosított többlétszolgáltatásokról, hogyan vehetők igénybe ezek a szolgáltatások a praxisközösségek vonatkozásában; krónikus betegségekkel kapcsolatosan többletcompetenciák biztosítása a továbbképzések és licenc képzések segítségével minden szakdolgozó vonatkozásában;
2. a praxisközösségben végzett teammunkához szükséges többletcompetenciák elsajátítása (kommunikációs tréning, praxisközösségi munka);
3. valamint, hogy alapellátásba bevonható szakdolgozók számára olyan képzéseket dolgozzunk ki, amelyekkel a népegészségügyi fókuszú ellátás megvalósulhat a kompetenciabővítéssel egyetemben.

Az egyes szakdolgozók vonatkozásában a képzési keretrendszert ezen három fő pillér mentén mutatjuk be, illetve részletezzük. Képzéseinket minden szakma esetében licenc-, illetve továbbképzés keretein belül tervezzük integrálni a szakdolgozói továbbképzési rendszerbe. A legkényelmesebb, és véleményünk szerint leghatékonyabb oktatási formák esetünkben a blended típusú képzések. Így a tananyagok egy részét előre, digitális formában elérhetővé tehetjük.

1. Képzési keretrendszer a praxisközösségbe bevonható szakemberek által biztosított többlétszolgáltatásokhoz és betegút menedzsmenthez

1.1. Ápoló

A praxisban dolgozó ápolók továbbképzésének vonatkozásában nehézséget jelent a munkából való távolmaradás és az esetlegesen felmerülő költségek vállalása. Addig, amíg a kórházi dolgozók körében a munkáltató sok esetben átvállalja ezek költségét, az alapellátásban kevés példát találunk erre. Ezek fényében nehezebben is motiválhatók a továbbképzéseken való részvételre. A

jövőbeni részvételi és gyakorlati szempontból célszerű olyan képzéseket szervezni, melyek a mindennapi munkavégzésük során hasznosak lesznek, beépíthetők a körzeti ápolói munkába, és kompetenciáik kibővítésére adnak lehetőséget.

A primer prevencióban fontosnak tartjuk az ápolók szempontjából, hogy ismerjék (és alkalmazzák) az alapellátásban elérhető és elvégezhető, valamint a magasabb progresszivitási szinteken megjelenő szűrővizsgálati lehetőségeket a krónikus nem fertőző megbetegedésekkel kapcsolatosan. Fontos, hogy különbséget tegyünk a korábbi BSc, illetve MSc végzettségű ápolók vonatkozásában, mivel a 18/2016. EMMI rendelet értelmében, a korábbi képzési rendszerhez képest kibővített kompetenciákkal fognak rendelkezni a végzett hallgatók. Ez esetben a 2019 előtt végzett MSc ápolók, illetve a 2021 előtt végzett BSc ápolók esetében érdemes a kompetenciabővítő képzéseket alkalmazni.

A szekunder prevenció tevékenységhez kapcsolódó feladatok igen sokrétűek az alapellátás vonatkozásában. Hozzá tartozik a nem fertőző krónikus, illetve a daganatos betegségek korai felismerése. Mivel a praxisokban dolgozó ápolók igen magas százaléka OKJ szintű végzettséggel rendelkezik, így ahhoz, hogy a krónikus betegségek megelőzésében hatékonyan részt tudjanak venni, szükséges a szakmai tudásukat kibővíteni. A képzések célja, hogy az OKJ/BSc/MSc ápoló a kibővített szakmai tudásának segítségével ismerje, alkalmazza a szűrővizsgálatként alkalmazható eljárásokat, pl.: diabéteszrizikó kapcsán a Findrisc kérdőív, az OGTT indikációit, vagy akár a vesebetegség, kardiovaszkuláris rizikó szűrésére alkalmazható módszereket (SCORE, Framingham, vizeletvizsgálat, boka–kar index meghatározás stb.).

A terciér prevenció feladatok kapcsán a nemzetközi kitekintésünk is rávilágított a szélesebb kompetenciákra. A képzések célja, hogy a leggyakoribb krónikus betegségek (diabétesz, hypertonia, mozgásszervi betegségek, daganatos megbetegedések stb.) esetében naprakész tudással rendelkezzenek az ápolók a betegek gondozásával kapcsolatosan. Végzettségi szintenként a megfelelő feladatok delegálásával licencképzés keretein belül alkalmassá tenni őket az adott krónikus betegség szakmai irányelvben/protokollban leírt szűrési folyamatának ismeretére, alkalmazására. A képzések célja tehát, hogy kiegészítsük az alapképzésükből hiányzó szakmai ismereteiket. BSc/MSc képzettség esetében a terciér prevenció kapcsán még többféle területet érdemes beemlíteni a képzésekbe. A legtöbb tevékenység otthonápoláshoz kapcsolhatóan jelenik meg az alapellátásban. Akár az infúziós terápia, akár a mesterséges táplálás vagy a sebkezelés

vonatkozásában, kibővített kompetenciákkal elrendelhető, illetve önálló hatáskörben kivitelezhetővé válna az ápolók számára az adott tevékenység, így többletszolgáltatásként is meg tud jelenni az alapellátásban. A nemzetközi gyakorlatban számos ország esetében találunk még példát az ápolók kibővített kompetenciáira. A BSc végzettség, illetve egy pluszban megszerzett licenc mellé Angliában gyógyszerfelírási jogosultság is társul.

1.2. Pszichológus

Az egészségről és betegségről alkotott korszerű komplex, interdiszciplináris bio–pszicho–szociális, integratív szemlélet alapján minden betegségnek vannak pszichés vonatkozásai (oki, következményes, cirkuláris okság). Mai tudásunk részleges arra vonatkozóan, hogy milyen arányú a pszichés, pszichoszociális, spirituális tényezők szerepe a biológiai, genetikai faktorok mellett az egyes betegségek etiológiájában. Még jelentősebb a variancia az egyes faktorok arányát illetően az egyes betegek speciális esetét tekintve. Hasonlóképp kiemelt területet jelent a betegségek által okozott pszichológiai kihívások köre, ahol a betegséggel való megküzdés, a szakemberekkel való együttműködés és kommunikáció, az információfeldolgozás és önmenedzsment egészségpszichológiai kérdései megkerülhetetlenek. A gyógyítás, az egészségfenntartás, az egészségmegőrzés területén a pszichológia jelenléte tehát szükségszerű. Ennek hiánya vagy adminisztratív szinten történő megvalósítása a betegek pszichoszociális gondozásának szakszerűtlenségéhez vezet, romlik a gyógyulás esélye, és sérül az egyén fizikai és mentális egészséghez való joga.

A jelenlegi hazai egészségügyi ellátásban a pszichológiai gyógyítás intézményi, ellátási feltételei egyáltalán nem, vagy csak szórványosan – leginkább csak egyetemi klinikai centrumokhoz kötődően – kiépítettek.

A magyar lakosság számára legközvetlenebbül és legszélesebb sávban a háziorvosi rendszer keretében tehető elérhetővé pszichológus, és ez az ellátási forma szolgálja a pszichológiai tudatosság, a mentálhigiéne és a prevenció szempontjait is. A háziorvosi ellátás rendszere jól kiépített, mindenki számára ismert, jól elérhető, így ésszerű és költséghatékony ehhez a rendszerhez csatolni a pszichológiai ambulanciát. Az ellátottak pszichológiai öngondoskodásának, egészségmegőrzésének támogatása az alapellátás szintjén gazdaságossági szempontból is indokolt, hiszen ezáltal számos krónikus probléma megelőzhető vagy sikeresebben kezelhető, és így

kevésbé terheli a szakellátást. A pszichológiai alapellátás specifikus pszichológiai ismereteket és jártasságokat igénylő kompetenciákat feltételez. Ennek érdekében szükséges az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzés keretében megszerezhető 1 éves licencképzés akkreditációja, amelynek előkészítését a Semmelweis Egyetem ÁOK Klinikai Pszichológia Tanszéke és a Szegedi Tudományegyetem BTK Pszichológiai Intézete végzi.

A pszichológusok vonatkozásában tehát a képzések legfontosabb feladata és célja, hogy a különböző praxismodellekben dolgozó pszichológus/egészségpszichológus hatékonyan tudja alkalmazni tudását a teammunka folyamán. Célja továbbá a betegek szakszerű menedzselésének elsajátítása, a pszichológiai intervenció megismertetése a praxisközösségi szakemberek számára. Emellett az egészségfejlesztéssel és a kommunikációs stratégiákkal kapcsolatos képzéseknél is kiemelt szerepet kaphatnak.

1.3. Dietetikus

A táplálkozásnak az egészség megőrzésére és a betegség megelőzésére vonatkozó bizonyítékon alapuló tények, a nemzetközi és hazai kutatások egyaránt indokoltá teszik a dietetikusok munkáját az egészségügyi alapellátásban a prevenció mindhárom szintjén.²⁶ Nemzetközi szinten a teljesség igénye nélkül Nagy-Britanniában²⁷, Kanadában²⁸, Ausztráliában²⁹, Új-Zélandon³⁰, az Amerikai Egyesült Államokban³¹ már több éve/évtizede dolgoznak dietetikusok az alapellátásban. Hazánkban jelenleg az alapellátásban elsősorban szervezési és finanszírozási problémák miatt nem

²⁶Henter I. Egészséges táplálkozást segítő programok, dietetikai tanácsadás az alapellátás szintjén In: Ádány R, Papp M (szerk.): *Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban*, Debreceni Egyetem, 2017; pp. 201–224.

²⁷BDA The Association of UK Dietitians. *Dietitians in Primary Care* Available from: https://www.bda.uk.com/professional/influencing/dietitians_primary_care [accessed: April 20, 2018].

²⁸Dietitians of Canada. *Primary Health Care* Available from: <https://www.dietitians.ca/Dietitians-Views/Health-Care-System/Primary-Health-Care.aspx> [accessed: April 23, 2018].

²⁹Nicholas LG, Pond CD, Roberts DC. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am J Clin Nutr.* 2003; 77(4 Suppl):1039S-1042S. doi: 10.1093/ajcn/77.4.1039S.

³⁰Beckingsale L, Fairbairn K, Morris C. Integrating dietitians into primary health care: benefits for patients, dietitians and the general practice team. *J Prim Health Care.* 2016; 8(4): 372–380. doi: 10.1071/HC16018.

³¹Academy of Nutrition and Dietetics: *Eatright.org* (2013): *Integrating the Registered Dietitian (RD) into Primary Care: Comprehensive Primary Care Initiative (CPCI)* [https://www.eatrightoregon.org/docs/Reimbursement/Integrating%20the%20Registered%20Dietitian%20\(RD\)%20into%20Primary%20Care.pdf](https://www.eatrightoregon.org/docs/Reimbursement/Integrating%20the%20Registered%20Dietitian%20(RD)%20into%20Primary%20Care.pdf)

foglalkoztatnak dietetikusot, így valódi minőségi változást hozhat a dietetikusok bevonása a praxisok, praxisközösségek kialakításakor.³²

A praxisokban, a praxisközösségekben nélkülözhetetlen a multidiszciplináris team tagjainak együttműködése³³, a kompetenciák elkülönítése és a betegutak ismerete. Az egészségügyi alapellátásban dolgozó orvosok és ápolók úgy hiszik, hogy fontos szerepet kell játszaniuk a betegek dietetikai ellátásában, ugyanakkor a hiányos táplálkozási ismeretek, az idő és a hatékony beavatkozásba vetett hit hiánya következtelen dietetikai ellátást eredményez.³⁴

A dietetikusok vonatkozásában a képzési keretrendszer kiterjed elsősorban a leendő praxisközösségekben dolgozó dietetikusokra, illetve az alapellátásban dolgozó további szakemberekre.

A továbbképzések célja: a dietetikusok tevékenységei ismerete a primer, szekunder és terciár prevencióban (Nutrition Care Process, Medical Nutrition Therapy); a dietetikai intervenciók szintjei ismerete: mikor, ki (orvos, közösségi ápoló, BSc/MSc ápoló stb.), hogyan, hol, milyen táplálkozással kapcsolatos tanács adására jogosult (minimál intervenció, általános írásos tájékoztató stb.), milyen gyakorisággal³⁵; a tápláltsági állapotra vonatkozó szűrőmódszerek és a tápláltsági állapot felmérés megvalósításának ismerete: ki mikor végzi el (pl. az egyes antropometriai méréseket – testtömeg, testmagasság, derékkörfogat); a dietetika szolgáltatás elérésének (betegutak) ismerete; képessé váljon a praxisban/praxisközösségben a dietetikai tanácsadás koordinálására, a szükséges szakmai ismeretek átadására a team tagjainak a prevenció mindhárom szintjén; valamint egyéni és csoportos egészségnevelői, egészségfejlesztő tevékenységekre a táplálkozás területén a kliensek/betegek és a team tagjainak körében. Emellett a kompetenciabővítése kapcsán licencképzésben érdemes foglalkozni a tápszer, illetve az étrend-kiegészítők felírásával is.

1.4. Gyógytornász

³² Henter I. Egészséges táplálkozást segítő programok, dietetikai tanácsadás az alapellátás szintjén In: Ádány R, Papp M (szerk.): Prevenciók szolgáltatások az alapellátásban, Debreceni Egyetem, 2017; pp. 201-224.

³³ Crustolo AM, Ackerman S, Kates N, Schamehorn S. Integrating nutrition services into primary care: Experience in Hamilton, Ont. Can Fam Physician. 2005; 51:1647-53.

³⁴ Beckingsale L, Fairbairn K, Morris C. Integrating dietitians into primary health care: benefits for patients, dietitians and the general practice team. J Prim Health Care. 2016; 8(4): 372-380. doi: 10.1071/HC16018.

³⁵ The State of Queensland (Queensland Health). An Evidenced-Based Demand Management Toolkit for Dietetic Services. Framework for Effective & Efficient Dietetic Services. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0032/668066/feeds-full.pdf [accessed: June 12, 2018].

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban már számos eredmény született arra vonatkozóan, hogy mekkora jelentősége is van a gyógytornásznak az alapellátásban. A prevenció összes szintjét érintően képesek a páciensek ellátásában részt venni. Képzési keretrendszerükben hasonló szempontok érvényesülnek, mint a többi újonnan belépő szakember esetén (dietetikus, pszichológus, szociális munkás).

A képzések céljai:

Fontos, hogy a praxismodellekben dolgozó többi szakember megismerje a továbbképzéseken keresztül a gyógytornász feladatait, kompetenciáit. Megismerjék és hatékonyan alkalmazzák segítségükkel a betegutakat a praxisközösségen belül, illetve azon kívül is. Bemutatni a bizonyítékon alapuló fizioterápia módszereit, eredményeit, indikációs, kontraindikációs területeit, amely a gyógytornászok számára az ismeretek népegészségügyi szempontú, a prevenció szintjeinek megfelelő kiegészítését jelentheti, a praxisközösségben pedig bemutatja a gyógytornában használható módszereket, ezzel segítve a megfelelő betegút kialakítását. Emellett olyan képzések bevezetése is szükségessé válhat, amelyek népegészségügyi jelentőséggel bírnak, illetve többletszolgáltatások bevezetését képesek magukkal vonni, pl.: biomechanika, kineziológia, fizioterápiás betegvizsgálat, onkológiai fizioterápia, evidence based medicine a fizioterápiában.^{36,}

^{37,} ^{38,} ^{39,} ^{40,} ⁴¹

1.5. Szociális munkás

Az egészségügyi alapellátásban az ellátáshoz kapcsolódó szociális munka ismeretének fontossága elengedhetetlen. E két alapellátási terület sikeres együttműködéséhez alapvető fontosságú, hogy a képzések során megismerhessék a praxisközösségben dolgozó szakemberek a szociális munka területeit és az együttműködések formáit.

³⁶Melczer Cs (2015): Fittségi és egészségügyi állapotfelmérő vizsgálatok, PTE, Pécs.

³⁷Carol A. Oatis (2016): Kinesiology: the mechanics and pathomechanics of human movement, Lippincott Williams and Wilkins

³⁸Hoppenfeld S. (2013): Physical examination of the spine and extremities, Pearson.

³⁹Flangan S. (2010): Biomechanics, Jones and Bartlett Learning.

⁴⁰Chalmers: Practical evidence-based physiotherapy, Elsevier 2011

⁴¹Fettters L., Tilson J: Evidence based physical therapy, F.A. Davis Company 2012

Valamennyi feladat nagyon fontos a betegellátás, gyógyító munka során is, mely feladatok ellátása az egészségügyi dolgozók részéről csak részben megoldott, ezért a szociális munkások egészségügyben, kiemelten az alapellátásban történő foglalkoztatása jelentősen javíthatná mind a preventív, mind a gyógyító ellátások minőségét. Az egészségügyi alapellátással szorosan együttműködő szociális ellátórendszer működésének, az együttműködés színtereinek bemutatása a képzési rendszer fejlesztésével, célzott képzési elemek beillesztésével valósítható meg.

Ennek javasolt elemei:

1. Tananyagfejlesztés – orvosok, felsőfokú végzettségű egészségügyi szakdolgozók, középfokú végzettségű szakdolgozók részére:
 - graduális,
 - posztgraduális,
 - folyamatos (tovább)képzés.
2. Képzési, továbbképzési, illetve kompetenciabővítő és készségfejlesztő programok
3. Munkahelyi képzések
4. Esetmegbeszélő csoportok

Ezek a képzési programok megszervezhetők a már aktív egészségügyi dolgozók számára továbbképzés formájában, de beépítendők az iskolai képzésben résztvevők képzési programjába is.

A hatékony együttműködéssel elérhető a lakosság egészségtudatosságának növelése, a helyes egészségmagatartás kialakítása.

Ennek legfőbb eszköze az alapvető egészségügyi ismeretek hatékony oktatása, azon belül a folyamatos hatékony egészségkommunikáció, szemléletváltást célzó tananyagok fejlesztése.

A nem megfelelő egészségmagatartást az egészségnevelés eredményes módszereinek elterjedtségének hiánya is okozza. További akadályt jelentenek: a helyes döntéshez szükséges ismeretek és a motiváció hiánya is. Ez az alacsony egészségműveltség szintjét jelzi. A szülők nem megfelelő egészségismeret-szintje befolyásolja a gyermekek életmódját is, így a káros magatartásformák továbbvitele ronthatja a későbbi generáció egészségi állapotát is.

A nem fertőző krónikus betegségek jelentik a betegségteher túlnyomó részét. E betegségek kialakulásában jelentős szerepe van az életmódbeli tényezőknek. Ahhoz, hogy ezeken a kedvezőtlen életmódbeli tényezőknél hatékonyan változtatni tudjunk, fontos, hogy a még egészséges és orvoshoz nem járó lakosok helytelen életmódjában is változást tudjunk elérni. Ehhez elengedhetetlen a területen dolgozó szociális munkások képzése és bevonása, illetve speciálisan az egészségügyi alapellátásban dolgozó szociális munkások képzése és alkalmazása.

A krónikus betegségek ellátásának fejlesztésénél alapvető szempont a lakóhely közeli ellátások fejlesztése és az otthoni ápolás megerősítése, ami döntően az idős emberek egészségügyi, szociális szolgáltatásokkal történő komplex ellátását jelenti.

Ez egy-három elemet magában foglaló – rendszer kialakításával valósulhat meg, amely tartalmazza az egészségügyi ellátást, a szociális gondozást és bizonyos egyéb szociális munkás által nyújtható, nyújtandó szolgáltatásokat (például hivatalos ügyek intézése).

A képzés célcsoportja: az egyes praxismodellekben dolgozó összes szakember részére (házi orvos, ápoló, gyógytornász, dietetikus, népegészségügyi szakember, szociális munkás, pszichológus, védőnő).

1.6. Népegészségügyi szakember

A népegészségügyi szakemberek integrálása az alapellátásba kiváló lehetőség arra, hogy valóban interdiszciplináris ellátás valósuljon meg. Azonban ezen új feladatkör megjelenése az alapellátásban a népegészségügyi területen dolgozó szakembereket is új kihívások elé állítja. A jövőbeni praxisközösségek népegészségügyi koordinátorainak kulcsszerepük lenne abban, hogy megvalósuljon a mindenki számára hozzáférhető, többlétszolgáltatásokkal kibővített alapellátás. A népegészségügyi koordinátor a praxisközösségek szakmai vezetői iránymutatása mellett önálló jogkörrel rendelkező személy, aki a praxis működéséhez szükséges humánerőforrás-beli intézkedéseket megteszi. Kiemelten fontos a bevont szakdolgozók (dietetikus, gyógytornász, mentálhigiénés szakemberek) megfelelő koordinálása, munkatervük kidolgozása, elvégzett munkájuk megfelelő jelentése és ellenőrzése. Mivel egy jól működő praxisközösség – a belépő praxisok számától függően – akár 30–40 fős csapat is jelenthet, kiemelten fontos, hogy összehangoltan, előre megtervezett módon, a feladatokat a képzettség és kompetencia alapján

kiosztva működjön a terület egészségügyi alapellátása. Az egészségfelmérések, a prevenciók plusz szolgáltatások irányítása, megszervezése, koordinálása, ellenőrzése (minőségbiztosítása) mind a népegészségügyi szakember feladatai közé tartozik.

Elsődleges kapocs a szakmai vezetés és a szakdolgozók és egyéb praxisközösségi tagok között, így jelenléte és minőségi munkája kulcsfontosságú az eredményes ellátás érdekében.

Mivel feladatai igen szerteágazóak, így a betegútba szervesen nem kapcsolódik, önálló, az egészségi állapotfelmérés alapján kiemelt páciens (klienst) nem irányít hozzá a praxisnővér vagy az orvos. Viszont az adott praxisközösség helyi igényeit figyelembe véve a népegészségügyi koordinátor tarthat csoportos egészségnevelő, egészségfejlesztő foglalkozásokat, részt vehet közösségi színtereken szervezett egészségnapokon, sportnapokon és a területen dolgozó népegészségügyi koordinátorok szupervízióján (kiemelten azokon a területeken, ahol kevés a szakképzett népegészségügyi koordinátor vagy a speciálisan kiképzett népegészségügyi szakember), valamint tevékeny közreműködő a praxisközösség által szervezett egészségnapokon, rendezvényeken, szűrőprogramokon. Ezen rendezvények szervezése és lebonyolítása mellett előadóként is megjelenhetnek a koordinátorok. Ezen felül célszerű lenne – figyelembe véve a kormány jelenlegi törekvéseit –, ha a helyi iskolákkal, óvodákkal, együttműködve egészségnevelő előadások, programok keretében tudnának a primer prevenció lehetőségeivel élni.

Ha szemügyre vesszük a jelenleg elérhető továbbképzések listáját, abból is világosan látszik, hogy ezen feladatokhoz nem idomul a képzések tárháza. A változó igények, változó képzési szükségleteket generálnak, így kiemelten fontosnak tartjuk, hogy a népegészségügyi területen dolgozó kollégák az alapellátásban végzett munkájuk maradéktalan elvégzése érdekében megfelelő, specifikus továbbképzésekben részesülhessenek. Ennek megvalósítása érdekében a képzést pontrendszerű továbbképzések formájában tennénk elérhetővé a kollégák számára.

A jelenlegi képzési, illetve továbbképzési kínálat nem teljesen bizonyul alkalmasnak a praxisközösségi munka elvárásainak, hiszen ott az egészségfejlesztő, menedzsmenti, koordinátori feladatokat is el szükséges látnia egy népegészségügyi szakembernek.

Mindezek elvégzéséhez nem elegendő tisztában lenni a fertőző, illetve a nem fertőző betegségek jelenlegi mortalitási és morbiditási adataival, de szükséges ismerniük a jelen dokumentumban

megjelölt statisztikai, gazdasági, koordinatív és monitoring tevékenységeket is, melyekhez elengedhetetlen a gyakorlati tudás elsajátítása.

Az alapellátás változó igényeihez alkalmazkodva bővíteni szükséges a képzéseket, illetve továbbképzéseket, melyekkel a gyakorlati munka megfelelő elvégzéséhez kínálunk szakmai támogatást.

Mivel – jelenlegi információink alapján – a koordinátori pozíciókban igen változatos képet látunk, célravezető lenne, ha a végzettségek alapján bizonyos képzéseket a pozíció betöltéséhez, az általunk javasolt praxisközösségre specializálódott képzések elvégzésével tennének betölthetővé.

A képzések felvételét a szakmai vezetés koordinálásával kiemelten fontos megtervezni, annak érdekében, hogy a teljesítést ne akadályozza, viszont ezek elengedhetetlenek a megfelelő minőségű szakmai munka elvégzéséhez.

Annak érdekében, hogy mindenki a megfelelő képzési „csomagot” vegye fel, hasznosnak találnánk, ha előzetesen felmérnénk a népegészségügyi koordinátorok végzettségét, tapasztalatát, hiszen egy népegészségügyi mesterdiplomával rendelkező koordinátornak az alapvető epidemiológiai módszertani ismeretekre már nincs szüksége, a praxismenedzsment ismeretekre viszont annál inkább.

1.7. Védőnő

A védőnő alapképzést kiegészítő posztgraduális képzés, a „családgondozó védőnő”, az „ifjúsági védőnő” képesítés napjainkban már nem érhető el, azonban a dolgozó védőnők jelentős számban rendelkeznek ezen kiegészítő képesítéssel, amely alapján a munkáltatók elenyésző számban, de jelen vannak az ellátásban az MSc⁴² szintű végzettséggel rendelkező védőnők is.

A védőnői ellátás tradicionálisan (1915-től) népegészségügyi szemléletű ellátási forma, az elmúlt években a népegészségügyi fókusz erősödése még intenzívebben jelent meg.

Az orvosi kompetenciakörök átadását lehetővé tevő képzések (Advanced Practice Nursing – APN) a védőnői területen indultak el elsőként, a népegészségügyi méhnyakszűrés kompetencia beemelésével a védőnők képzési követelményébe.⁴³ A gyermek alapellátásban is egyre nagyobb gondot okoz az orvoshiány (házi gyermekorvosok, iskolaorvosok magas korfája, családorvosok

⁴² PTE ETK képzés keretében végeztek

⁴³ 28/2013 (IV.05) EMMI R. 1§ hatályos 2015.X.01 től

hiánya), így a védőnői területen is fel kell vállalni, hogy bizonyos tevékenységekkel szükséges bővíteni a védőnők kompetenciakörét, és ehhez meg kell teremteni a megfelelő képzési formát/szabályozási kereteket is (lásd méhnyakszűrés). Az oktatási és képzési programok fejlesztése segíti a védőnői hivatás presztízsének emelkedését, így az APN képzés hatásos ellenszere lehet a védőnői területen is jelentkező hiánynak. A nemzetközi gyakorlatban számos ország esetében találunk példát a „non-doktorok” kibővített kompetenciáira. Ebből adódóan licencképzés keretében hazánkban is alkalmassá tehető a BSc/MSc szintű védőnő olyan feladatokra, mint pl. a korábban már orvos által elrendelt gyógyszer- (D-, K-vitamin) és tápszerfelírásra. A szakellátásba való minél előbbi bejutást segíti és az ellátást javítja – különösen a hátrányos helyzetű térségekben vagy a tartósan be nem töltött orvosi körzetekben – a védőnő saját szűrését követően az organikus, illetve pszichés fejlődéssel kapcsolatos eltérések észlelése alapján történő szakellátásba való utalási jogkörrel való kompetencia kibővítése, ami sok helyen már gyakorlat napjainkban is, csak éppen az orvosi pecsét van a beutalón, de az orvos teljesen megbízik a védőnő döntésében. Ez különösen az iskolai szűrések kapcsán jelentős, ahol az iskolaorvosi feladatokat részállásban látják el házi orvosok (ez az összes községet jelenti).

A megvalósuló képzések célja, hogy a BSc, illetve MSc védőnő vonatkozásában licencképzés után képesek legyenek az egyes vizsgálatok szükségességeit hatékonyan felmérni, a rizikó csoportban alkalmazni és értékelni a kapott szűrővizsgálati eredményeket, szükség esetén a vizsgálatokra beutalni, védőoltások tekintetében elrendelni és alkalmazni. Fontos, hogy különbséget tegyünk a védőnői területen is a korábbi BSc, illetve MSc végzettségű védőnők vonatkozásában. Ez esetben a korábban végzett védőnők esetében a kompetenciabővítő képzést kell alkalmazni (lásd népegészségügyi méhnyakszűrés).

A képzések célja tehát, hogy megismertessük az új kutatási eredmények alapján az alapellátás keretében alkalmazandó új elméleti alapokkal a szakembereket, kiegészítsük az alapképzésükben hiányzó ismereteiket. A szakmailag komolyabb tartalommal bíró, mélyebb, gyakorlatorientált képzések integrálása gondos előkészületeket igényel mind szakmailag, mind finanszírozás tekintetében. A tudásbővítő, új szakmai kompetenciákat adó képzések számos olyan területet nyitnak meg, amelyben a védőnő az alapellátás többi szereplőjével együttműködve a várandósok és a 0–18 éves korosztály egészségének megőrzéséért az egészségtudatos életmód, a népegészségügy fókuszba helyezésével sokat tehet. A kompetenciafejlesztő képzések esetén –

különös tekintettel a licencképzések mély szakmai tartalmára – gyakran nem lehet élesen elválasztani az ellátási szintekhez kapcsolódó feladatokat. Így a védőnőnek számos feladata érinti mindhárom prevenció szintet (pl. függőségek, szűrővizsgálatok, krónikus nem fertőző betegségek, egészségfejlesztés stb.). A tudásbővítő, kompetenciafejlesztő képzések kapcsán primer prevenció szinten a védőnő feladata „a nem fertőző megbetegedések megelőzése” témában a szűrővizsgálatok fontosságának tudatosítása, a saját kompetenciájában elvégezhető elvégzése. Szekunder prevenció szinten képesnek kell lenniük bizonyos szűrővizsgálatok elvégzésére (méhnyak), valamint az önvizsgálatok (mell és here, szájüregi daganatok prevenciója) helyes kivitelezésének oktatására. Két éve a méhnyakszűrés elvégzése beépült a BSc védőnők képzésébe, jelenleg folyamatban van a korábban végzett védőnők képzése a feladatra. A lakosság jobb ellátása érdekében a licencképzést javasoljuk a BSc szülésznők, a BSc ápolók, az MSc ápolók és esetlegesen a házi orvosok számára is megnyitni.

A védőnők folyamatában látják a családok életét, így megerősíteni, támogatni tudják az egészséges életmódra való törekvéseket, de ezzel párhuzamosan látják is a diszfunkcionálisan működő családokat is. Ezen családok támogatása az ellátórendszer nagy kihívása, és komplex együttműködést kíván a praxisközösség tagjaitól. Ezen túlmenően csak akkor lehet sikeres a támogatás, ha a területen lévő egyéb közösségekkel, szervezetekkel, társszakmákkal szorosan együtt tudnak működni. A védőnő jelzése azonban elengedhetetlen. A praxisközösségekben a praxisnővér felel a felnőtt ellátási feladatokért. A védőnő ugyanennek a munkának a gyermekekre vonatkozó részéért felel. Tájékoztatást ad és segítséget nyújt a népegészségügyi szakemberek munkájához.

Kapcsolódási pontok további erősítése szükséges a mellérendelt szakmai viszonyban működő dietetikai ellátás, a gyógytornász és a pszichológiai szakellátás kapcsán. A szakemberek közvetlen elérése rövidíti a betegutakat, hozzáférhetővé teszi a speciális ellátásokat. Ez az idő rövidítésén túl számos gazdasági előnyt is hoz. Hatékonyabbá tehető a megelőzés, az egészségmegőrzés, ezáltal elkerülhető a krónikus betegségek kialakulása és nem utolsósorban kevesebb hárul a későbbiekben a túlterhelt szakellátásra.

2. Képzési keretrendszer a praxisközösségben végzett speciális teammunkához

Ezen képzések azt a célt szolgálják, hogy az egyes praxismodellekben dolgozó szakemberek teammunkával kapcsolatos attitűdjét fejleszteni tudják. Hogyan lehet a korábban kétszereplős modell után több szakemberrel is hatékonyan együtt dolgozni. Mindezek nem csak a szakemberekkel, hanem a páciensekkel történő kommunikációt is segíteni tudják. Ehhez szükséges a praxisközösségi dolgozók számára a kommunikációs készségeket, képességeket fejleszteni. Nem elhanyagolható, és a képzési keretrendszerben is fontos helyet kell, hogy kapjon a fentiekén túl a népegészségügyi szempontból is kiemelt egészségfejlesztés témakörében a motiváló beszélgetéssel és intervenciókkal kapcsolatos továbbképzések szervezése, beiktatása a továbbképzési rendszerbe.

3. A képzésfejlesztés keretrendszere a népegészségügyi fókuszú alapellátáshoz

Ezen képzések keretrendszerének meghatározásánál az egyik legfontosabb feladat volt, hogy megállapítsuk, mely területek azok, amelyek kiemelt figyelmet érdemelnek. Ezen gondolat mentén született meg az a képzésfejlesztési javaslat, hogy a krónikus nem fertőző betegségek megelőzése kiemelt figyelmet kapjon minden szakdolgozó vonatkozásában. Ez azért is fontos, mert ezen betegségcsoportba tartozó kórképekkel, illetve megelőző kórállapotaival minden szakdolgozó találkozni fog praxisközösségi munkája során.

A WHO Alma-Ata-i Nyilatkozata már 1978-ban megállapította, hogy az egészség, mint alapvető emberi jog biztosításához, valamint a népegészségügyi szintű problémák kezeléséhez a legfontosabb eszköz a megfelelően működő egészségügyi alapellátás. Az egészségügyi alapellátás az egészségügyi ellátórendszer első vonala, ami az egyén, a család és a lakosságcsoporthoz számára elsődleges, folyamatos és személyes ellátást nyújt. Feladata az egyén, a család és a közösség egészséggel és betegséggel kapcsolatos problémáinak menedzselése. Feladatkörei közül kiemelt jelentőséggel bírnak a preventív feladatok, ugyanis megelőző tevékenysége a prevenció minden szintjére kiterjed, így fontossága a betegségek megelőzése területén nem hangsúlyozható eléggé. Magyarországon 2015-ben 3 717 762 egészségben leélhető életév (DALY: disability-adjusted life year) veszett el a várható élettartamnál hamarabb bekövetkező halálozásnak, illetve a betegségek okozta életminőség-romlásnak köszönhetően. A rizikófaktorok által okozott, DALY-ben meghatározott egészségvesztés 86%-a a következő kockázati tényezőkhöz köthető: táplálkozási

hibák, magas szisztolés vérnyomás, dohányzás, testsúlyfelesleg, emelkedett szérumszint, glükózanyagcsere-zavar és túlzott alkoholfogyasztás.^{44,45}

A jövőt illetően hazánkban várható, hogy az életmód jelentős változtatása – mely közösségi szinten kell, hogy érvényesüljön – és a krónikus nem fertőző betegségek még szubklinikus stádiumban elkezdett kezelése nélkül e kórságok gyakorisága és egyben a halálozása is tovább fog emelkedni, így még több egészségben leélhető életévet veszíthet a társadalmunk.

A képzések célja: olyan elméleti ismeretek elsajátítása és alkalmazása a praxisközösségekben, mely ismeretek segítségével az ápoló képes lesz hatékonyan hozzájárulni a krónikus nem fertőző betegségek megelőzéséhez, a prevalencia és incidencia, valamint a mortalitási mutatók és az elveszített potenciális életévek csökkentéséhez. A képzésen keresztül a praxisközösségekben tevékenykedő ápoló átveheti, majd gyakorlatban felhasználhatja a sérülékeny, hátrányos helyzetű populációk egészségi állapotának jellemzőit és ellátásuk speciális elemeit is. A képzés alkalmával frissítésre és bővítésre kerülnek az egészséges életmód alappillérei, a krónikus nem fertőző betegségek főbb rizikófaktorainak ismerete, azonosítása és a megszüntetés, a kiküszöbölés módszerei és lehetőségei egyaránt. Megismerhetők a nem fertőző betegségek epidemiológiája (magyarországi jellemzők, korfa, népmozgalmi mutatók, rizikófaktorok, mortalitási elemzések, morbiditás követésének eszközei, adatforrások), a prevenció szintjei, szinterei, célcsoportjai, a prevenció programok; a prevenció szolgáltatások menedzsmentje (alapellátás feladatai, helyszín, tervezés, előkészítés, szakemberek közötti együttműködés); a krónikus nem fertőző betegségek szűrési módszerei (szenzitivitás, specificitás, pozitív és negatív prediktív érték); a toborzási technikák (szervezett szűrés, toborzási módszerek, szakdolgozói feladatok); az életkorhoz kötött ellenőrző és szűrővizsgálatok az alapellátásban (jogsabályok, hatékonyságának értékelése, egészségnyereséget eredményező preventív eljárások); a keringési rendszer betegségeinek, az anyagcsere-betegségek, a mentális betegségek, a daganatos megbetegedések, a mozgásszervi megbetegedések, a légzőszervi megbetegedések prevenciója, szűrési lehetőségei az alapellátásban; a sérülékeny, hátrányos helyzetű populációk egészségi állapota és egészségügyi ellátása, a hátrányos helyzet mint rizikótényező, speciális eszközök a hátrányos helyzetű csoportok

⁴⁴Ádány Róza: Megelőző orvostan és népegészségtan. Medicina Könyvkiadó Zrt. 2011. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001.../adatok.html

⁴⁵Ádány Róza-Papp Magor (szerk.): Prevenció szolgáltatások az alapellátásban. Medicina Könyvkiadó Zrt. 2017

ellátásában; az egészséges életmód alappillérei: az egészséges táplálkozást segítő programok, jó gyakorlatok a táplálkozási intervencióban, a fizikai aktivitást támogató programok, dohányzásra való rászokás megelőzése és a dohányzásról való leszokást támogató programok.^{46, 47, 48} Ehhez kapcsolódóan a szűrővizsgálatok szervezési, lebonyolítási feladatait segítő továbbképzések is szükségessé válnak. A secunder prevenciót is magába foglalóan, leginkább a praxisban dolgozó ápolók részére az egészségi állapot felmérése, valamint a törzskarton-megújítás elvégzéséhez szükséges kompetenciabővítő képzéseket is célszerű lesz beiktatni a képzésfejlesztésbe. A képzés célcsoportja: az egyes praxismodellekben dolgozó összes szakember.

VII. Szakképzettségtől független képzési elemek

A szakképzettségtől független képzési elemek kiegészítő tudást adnak a rendelőben való működés optimalizálásához. Magukban foglalnak **alapvető informatikai, jogi és gazdasági ismereteket**, amelyek nem nélkülözhetők a mindennapi működés során. Ezen felül számos olyan témakört érintenek, amely **vezetéstechnikai illetve kommunikációs ismeretekkel** bővítik a hallgatók tudását. Hangsúlyt fektetünk ezen kívül azokra az aspektusokra is, amelyek a **csoportban való működést, illetve a páciensekkel való munkát** teszik gördülékenyebbé.

1. Informatika

Habár még számos rendelőben részben papíralapú a betegek adatainak tárolása, egyre inkább teret nyer a digitális világ. Az adatok gyorsabb elérése, a rendelés gördülékenyebbé tétele, a marketing, az információ gyorsabb áramlása nagyon fontos aspektus, így a **felhasználói ismeretek (office, social media, cloud alkalmazások)** alkalmazási lehetőségeinek tisztázása, működésük ismertetése fontos részét képezné az oktatásnak.

⁴⁶51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

⁴⁷Dr. Kalabay László (főszerk.): A családorvostan elmélete és gyakorlata, Semmelweis Egyetem, Budapest, 2012

⁴⁸Döbrössy Lajos: Daganatok szűrése. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest. 2013. https://www.antsz.hu/data/cms75553/Konyv4_20130904.pdf

Az Office-alkalmazások rutinszerű és helyes használata könnyebbé teszi az adminisztrációt, a tervezést, segítségével kezelhetünk táblázatokat, szövegeket, prezentációt, e-maileket, kiadványokat, valamint adatbázisokat.

A social media egyes területeinek ismerete a páciensekkel való kapcsolattartás, az információk átadása, valamint marketing szempontból is fontos lehet. Kitérünk az egyes social media felületek (Facebook, Instagram, Pinterest stb.) által nyújtott szolgáltatásokra és lehetőségekre, valamint ezek helyes használatára.

A cloud alkalmazások és más online tárhelyek az adatok, információk tárolására adnak hasznos és biztonságos alternatívát.

A **telemedicina, az e-egészségügy** kiegészíti az eddig megszokott orvos-beteg kapcsolatot, és úgy kínál gyors és hatékony beteggondozást, hogy ahhoz nem szükséges személyes találkozó. Ezen felül javítja a betegellátást, s a korábbinál jobb terápiás lehetőségeket is biztosít. Jelen pillanatban már többféle mobil applikáció létezik, kiemelkedő a kardio és a diéta típusú mobilalkalmazások száma, de több betegségspecifikus app és gyógyszerzedéshez kapcsolódó információs és emlékeztető alkalmazás is népszerű.^{49, 50}

2. Jog

Egészségügyi dolgozóként lényeges, hogy tisztában legyünk az **egészségügyi dolgozók, az egészségügyi intézmény, valamint pácienseink jogaival és kötelezettségeivel**. Habár a jogszabályok megtalálhatóak elektronikus és papír formátumban is, megértésük gyakran okoz nehézséget azok számára, akik ehhez a nyelvezethez nincsenek hozzászokva. Emiatt szeretnénk egy érthető, átfogó kivonatot átadni, amelynek segítségével érthetővé válnak a fogalmak és a mindennapos praktizálás során előforduló kérdéses helyzeteket megelőzhetjük, illetve kezelhetjük.

A betegek jogai közé tartozik többek között az egészségügyi ellátáshoz, az emberi méltósághoz, a kapcsolattartáshoz, az intézet elhagyásához, a tájékoztatáshoz, az önrendelkezéshez, a dokumentáció megismeréséhez és az orvosi titoktartáshoz való jog. Kötelezettségeik közé tartozik az együttműködés, a más betegek, valamint az egészségügyi dolgozók jogainak tiszteletben tartása. Az egészségügyi dolgozók jogai közé tartozik a terápiás módszerek megválasztásának joga

⁴⁹Klausz, M. (2016). A közösségi média nagykönyve. Budapest: Atheneum.

⁵⁰Bártfai, B. (2016). Office 2016. Budapest: BBS-INFO KÖNYVK. ÉS INFORM. KFT.

és az ellátás megtagadásának joga, kötelezettségeik pedig a szakmai fejlődés, az ellátás, valamint a tájékoztatás és a dokumentáció. Ezen jogok és kötelezettségek részletesen kifejtésre kerülnek a továbbképzés során.⁵¹

Fontos aspektus az **adatvédelem** is. Az adatkezelésre, adatfeldolgozásra vonatkozó irányelvek és szabályok kerülnek ismertetésre, kitérünk ezen felül a GDPR-ra, a nemrég bevezetésre kerülő rendszerszintű adatkezelési szabályozásra is.⁵²

A **minőségbiztosítás**, habár szintén lényeges szempont, nem épült még be teljesen a mindennapi gyakorlatba, többek között az egészségügyben sem.⁵³ „Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy

a) azt kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtsa;

b) az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok (...)

c) az egyén számára

ca) egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze,

cb) lehetővé tegye a betegjogok érvényesülését,

d) a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználásával szakmailag hatásosan nyújtható legyen;

e) biztonságos legyen mind a betegek, mind az ellátásban közreműködők részére.”⁵⁴

3. Praxismanagement

Egy praxis vezetése nem könnyű feladat. A vezető feladatai közé tartozik a célkitűzés, a stratégiaalkotás, a szervezés, a kontroll, valamint a **személyes vezetés (leadership)** is. A vezetési stílust nagyban befolyásolja a vezető és a csoporttagok személyisége, a csoportszituáció, a szervezeti (és részleg)célok, a csoporttagok céljai, szükségletei, továbbá a kulturális környezet. A személyes vezetés egyik legfontosabb aspektusa a motiváció kérdése. A motiváció kapcsán

⁵¹ Kovácsy, Z. (2008). Egészségügyi jog. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió

⁵² András Jóri, A. K. (2016). Adatvédelmi Jog - Magyar és európai szabályozás. Kiadó: HVG-ORAC KIADÓ KFT.

⁵³ Gutassy, D. A. (2011). Ellenőrzés és minőségbiztosítás. Műszaki Könyvkiadó Kft.

⁵⁴1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>

elméleti (tartalom- és folyamatelméletek), valamint gyakorlati koncepciók megismertetését is célul tűztük ki.

A **praxisok tudatos, gazdasági szempontból való építése** több szempontból is előnyt jelent. A jó üzleti terv kialakítása, az erőforrások hatékony elosztása, a bevételek és kiadási mérlegek monitorozása, az adózás pontos ismerete a hatékony és nyereséges működés irányába mutatnak.

A **munkafolyamatok optimalizálása, szakmai protokollok és guideline-ok létrehozása** jelentős időt és energiát takaríthatnak meg. Érdeemes mérlegelni a jelenlegi és kívánt helyzet közti eltéréseket, majd a munkakörök, feladatok átszervezésével, gazdagításával és visszacsatolási rendszerek kiépítésével optimalizálni a rendelő működését.⁵⁵

4. Egyéni munka és együttműködés a praxisban

A praxisban való működés komoly együttműködést igényel az orvosok és szakdolgozók részéről, így mindenképpen érdemes szót ejteni azokról a szempontokról, amelyek megkönnyítik a csoportban való munkát, valamint a páciensekkel való kommunikációt.

A csoportban való hatékony működés egyik feltétele az is, hogy a résztvevőket egyénileg is segítsük munkamódszereik, kommunikációjuk fejlesztésével. A feladatok hatékony elvégzéséhez és szervezéséhez **időgazdálkodási módszerek** ismertetésével szeretnénk hozzájárulni, ide tartozik célok megfogalmazása, a tevékenységek összegzése, prioritizálása és beosztása is.

Az emberekkel való munka során természetes, hogy felmerülnek **konfliktushelyzetek**, ezek kezelése kiemelten fontos akkor is, ha a dolgozók, vagy esetleg a páciensek között alakul ki nézeteltérés. A konfliktus lehet destruktív, amikor az egyik fél érdeke sérül, lehet azonban konstruktív is, amely mindenki számára megfelelő helyzetet alakít ki. A konfliktuskezelésnek számos fajtája létezik (pl. elkerülés, tárgyalás, mediáció stb.), amelyek más és más helyzetben lehetnek kívánatosak. A konfliktusok megoldása szintén széles skálán mozoghat az ún. versengéstől az alkalmazkodásig.

Az ilyen helyzetek megoldásának kulcsa azonban minden esetben a **kommunikáció**. Az aszertivitás egy tanulható készség, ami annyit jelent, hogy az egyén magabiztosan tud megnyilvánulni érzelmileg nehéz szituációban is, anélkül, hogy passzív vagy agresszív lenne. A

⁵⁵Zsuzsanna Antal, M. D. (2016). Vezetés és szervezés. Akadémiai Kiadó.

kommunikáció célja ilyenkor a konfliktus megoldása, miközben minden résztvevő fél igényeit szem előtt tartja.

Komoly probléma többek közt ez egészségügyben a burnout szindróma, a **kiégés**, amely a motiváció elvesztését, egyfajta depresszív állapotot jelent a munka kapcsán. Kiválthatja többek között a visszajelzés, a megerősítés hiánya, az alacsony jövedelem, az extra igénybevétel mellett nagy felelősség, valamint a gyakori krízishelyzetek megélése is. Fontos a testi és pszichés tünetek mielőbbi felismerése, a kialakult kiégés kezelése. Legjobb azonban az, ha a problémát megelőzzük, a **motivációt** fenntartjuk. Ennek lehetséges módszere a mentálhigiéné ápolása, a kockázati tényezők, a feszültség csökkentése, a munkatársi csoport, közösség ventilációjának lehetővé tétele. A motiváció fenntartásának egyik fontos motívuma a pozitív, vonzó **jövőkép**, amely nemcsak az elérni kívánt dolgok listáját jelenti, de lelki egészséghez nélkülözhetetlen, erős motivációt nyújtó elképzelés.

A **személyiség** kulcsjellemzőinek ismerete szintén sokat segít a motiváció fenntartásában. Számos teszt létezik (Hunt, Belbin, MBTI stb.), amelyek kapcsán tisztábban láthatunk az egyéni és csoportban való működésünkkel kapcsolatban, és az esetlegesen kevésbé előremutató személyiségvonásokat tudatosíthatjuk és korrigálhatjuk. Ez azonban nem mindig sikerül egyedül: erre szolgál a **coaching**. A coaching egy személyes, segítő, fejlesztő tevékenység, amely azonosítja a személyes képességeket, fejleszti a meglévő erősségeket, ezáltal elősegíti a továbblendülést, az elakadások, problémák megoldását. Egy coach segítségével történik, aki kérdéseivel, alkalmazott technikáival segítséget nyújt a jelen és a jövő feladatainak megoldásához.⁵⁶

5. Betegedukáció

Jelen pillanatban számos olyan betegségcsoport létezik, amelyek rendszeres szűrésekkel, orvos-beteg találkozásokkal elkerülhetőek vagy szignifikáns mértékben enyhíthetőek lennének. Ez azonban sokszor nem valósul meg, aminek az egyik legfőbb oka a páciensek tájékozatlansága. Nincsenek tisztában a rizikófaktorokkal, a szűrések fontosságával, nem jellemző az egészségtudatosság, az egészség nem realizálódik értéként.

⁵⁶Bakacs, G. (2004). Szervezeti magatartás és vezetés. Aula Kiadó.

Fontos lenne az információk átadása, az egészségre való nevelés már gyermekkorban, óvodai és iskolai programok segítségével, de a felnőttek tájékoztatása, edukációja legalább ilyen lényeges pont, és elsősorban a háziorvosok felelőssége.

6. Etikai kérdések

Jópár évvel ezelőtt az orvosi etika sarokkövét a hippokratészi esküből levezetett alapvetések jelentették. Az utóbbi évtizedekben azonban az orvosi technika fejlődése számos új terület megjelenését tette lehetővé, és **jelentős változást hozott az orvosi etika területén is**. Számos olyan kérdést vet fel például a mesterséges táplálás, a szervátültetés, a lombikbébi, a dajkaterhesség, az új genetikai eljárások, amelyekre a hagyományos erkölcsi szabályok már nem tudnak egyértelmű választ adni. Ezen új szempontok és körülmények tükrében újra kell gondolni az orvosetika kérdéseit, és megfelelő választ kell adni a fennálló problémákra.⁵⁷

VIII. Krónikus gondozási protokollokon alapuló tesztképzések keretrendszere

1. Bevezetés

Az V. fejezetben, *A praxisközösségek általános jellemzői, szemlélete az alapellátásban dolgozó szakemberek szempontjából* című részben ismertetésre került a praxisközösségek jelentősége, mint a prevenció, gyógyító és gondozási tevékenységet is ellátó, több szakemberrel együtt dolgozó alapellátási működési forma, melyben a háziorvosi praxisban dolgozó háziorvosoknak és szakápolóknak új kompetenciákat kell elsajátítaniuk. Kiszélesedik a krónikus betegségek gondozásában betöltött szerepük, melyhez az alapot az új gondozási protokollok adják. Fontos ennek az új működési formának és a protokolloknak a megismertetése a praxisközösségben érintett dolgozókkal, ezt segítik majd az általunk szervezett szakmai képzések.

A *Krónikus, nem fertőző betegségek gondozási programjainak módszertani fejlesztése* című munkacsomagon a B. IV. *Szolgáltatások és gondozásfejlesztés* munkacsoport dolgozik. Az eddig elkészült eredménytermékeikben összefoglalták és elemezték a hazai és nemzetközi gyakorlatot krónikus gondozási protokollokra, betegségmenedzsment programokra vonatkozóan, az alábbi területeken: diabétesz, hipertónia, mozgásszervi betegségek, COPD, mentális betegségek és

⁵⁷Bakacsi, G. (2004). Szervezeti magatartás és vezetés. Aula Kiadó

onkológiai betegségek. A nemzetközi irányelvek alapján kidolgoztak egy egységes protokollfejlesztő sablont, amely rögzíti a jövőbeni protokollok struktúráját, a kötelező tartalmi felépítését. A *Helyzetelemzés a jelenlegi gondozási gyakorlatról a kiválasztott gondozási területeken* című eredménytermékükben pedig ismertették a protokollok kidolgozásának indokait, fő irányait, és felhívták a figyelmet a legfontosabb hiányosságokra, amelyek szükségessé teszik a protokollok fejlesztését.

Jelen munkánkban a B. IV. munkacsoport fent említett eredménytermékeire támaszkodunk, és azok alapján szeretnénk összefoglalni azt a három gondozási területet, amelyekről a későbbiekben az oktatást tartanánk a teszt praxisközösségeknek.

2. A három gondozási terület

A hat gondozási terület (diabétesz, hipertónia, mozgásszervi betegségek, COPD, mentális betegségek és onkológiai betegségek) közül hármat választottunk ki: diabétesz, hipertónia és a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD).

Azért esett a választásunk a cukorbetegségekre és a hipertóniára, mert mindkét betegség népbetegségnek számít, nagy tömegeket érint, és fokozza a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásának a kockázatát és a halálozást.

A cukorbetegség száma folyamatosan nő. Jelenleg minden 11. felnőtt diabéteszes (425 millió). 2045-re az International Diabetes Federation (IDF) becslése szerint 629 millió ember lesz cukorbeteg.⁵⁸ Hazánkban nincsen központi regisztráció, ezért pontos adatok nincsenek a felnőttkorban előforduló cukorbetegség számáról. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adatbázisa alapján készült elemzés szerint 2014-ben 727 000 volt az antidiabetikummal kezelt 2-es típusú cukorbetegség száma, prevalenciája a teljes lakosságra nézve pedig 7,3% volt.⁵⁹

A cukorbetegséghez hasonlóan folyamatosan nő a hipertóniás betegek száma is világszerte, becslések szerint körülbelül 1 milliárd beteg szenved magasvérnyomás-betegségben, előrejelzések

⁵⁸International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas. Eight edition. elérhető: <http://www.diabetesatlas.org>, 2018. 05. 13.

⁵⁹Kempler, Péter; Putz, Zsuzsanna; Kiss, Zoltán; Wittmann, István; Abonyi-Tóth, Zsolt; Rokszin, György; Jermendy, György: A 2-es típusú diabetes előfordulása és költségterheinek alakulása Magyarországon 2001-2014 között - az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázis-elemzésének eredményei. Diabetologia Hungarica, 2016; 177-188.

szerint 2025-re több mint 1,5 milliárd embert fog érinteni. A hazai adatok megfelelnek a nemzetközi trendeknek, a hiperóonia felnőttkori prevalenciája 35% körüli.⁶⁰

A fentiekből is következik, hogy a házi orvos gyakran találkozik hipertóniás és diabéteszes betegekkel a praxisban a mindennapi munkája során, így kiemelkedő szerepe van ezeknek a betegségeknek a szűrésében, korai felismerésében és gondozásában.

A COPD lesz a WHO előrejelzése szerint 2030-ra a harmadik leggyakoribb halálok, melynek fő életmódbeli kockázati tényezője a dohányzás.⁶¹ Magyarországon a dohányzás az OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) országok átlagánál rosszabb. A felnőtt lakosság 26%-a dohányzik naponta, az OECD-országok lakosságának pedig átlagosan 18%-a. Hazánk vezet a COPD miatti hospitalizáció tekintetében, derül ki az OECD 2017-es egészségügyi pillanatképéből, a Health at a Glance 2017 című jelentésből.⁶²

A házi orvosok egyik fontos feladata a fenti statisztikák javítása érdekében a dohányzás leszokásának támogatása, a betegek oktatása az egészséges életmódról, a már kialakult betegség korai felismerése és a betegek gondozása.

3. Protokollfejlesztési stratégiai irányok a három gondozási területen

Az alábbiakban a *Helyzetelemzés a jelenlegi gondozási gyakorlatról a kiválasztott gondozási területeken* című eredménytermék anyagára támaszkodva szeretnénk ismertetni a három gondozási terület protokollfejlesztési stratégiai irányait, melyekből a végleges protokollok készülnek, és melyekben ismertetésre kerül, hogy milyen új kompetenciákkal kell majd rendelkezniük, és milyen új feladatokat kell elvégezniük a házi orvosoknak és a szakápolóknak.

Azért gondoltuk, hogy szó szerint emeljük át az általunk kiválasztott három gondozási terület fejlesztési irányait, mert fontos szakmai megállapításokat tartalmaznak, melyek mind kiemelkedő szerepet töltenek be a végleges protokollokban.

⁶⁰Szegedi J., Kékes E., Sonkodi S., Kiss I.: A hypertonia epidemiológiája Magyarországon. *Hypertonia és Nephrologia*, 2014; 134-143

⁶¹World Health Organisation: Chronic respiratory diseases. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), elérhető: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>, 2018. 05.13

⁶²Health at a Glance 2017. OECD Indicators, elérhető: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en, 2018. 05.13

a) *Cukorbetegség (diabetes mellitus)*

„A protokollfejlesztés stratégiai irányai

A megelőzés és korai felismerés érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

Cukorbetegség korai felismeréséhez a kockázati tényezők rögzíthetősége, felmérése, követése szoftver segítségével kell történjen, amelynek praxis szintű használata – első sorban – a megfelelő képzéssel rendelkező szakápoló kompetenciájába helyezendő (FINDRISK, BMI). A feltárt kockázati tényezők alapján kiszűrt praxistagoknál az orvos az anamnézis alapján elkészíti a kivizsgálás menetét a diagnózis érdekében.

Megelőzés szempontjából a kockázattal rendelkező, de nem cukorbeteg praxistagoknál a szoftver emlékeztetővel segítheti a gondozást, ha szükséges, a következő vizsgálatra beutalót készít. A kockázattal nem rendelkezőknél is terv készülhet a következő kockázat felmérés időpontjára a szoftver segítségével. A korai felismerés javítása érdekében tehát alapvetően ezt támogató szoftverfejlesztés szükséges.

Betegtájékoztatók, önkitöltős tesztek elkészítése tovább növeli a korai felismerések számát. A beteg önértékelés, állapotfelmérés után, amennyiben felmerül benne a cukorbetegség gyanúja, az erre képzett praxisápolóhoz fordulhat, belépve a professzionális kockázatfelmérés folyamatába. Egységes protokoll, amelyet egészségnapokon lehet használni, az egészségügyi ellátórendszert nem igénybe vevő lakosságot is támogatná a korai, megfelelő alapellátás elérésében.

A szövődmények megelőzése érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A cukorbetegség a javuló kezelések, valamint a társbetegségek révén egyre gyakrabban és súlyosabb szövődményes betegségekben szenvednek. Ezek korai felismerése nagyon egyéni, ezért fontos egy jól kidolgozott, egyénre szabott folyamatos beteg kontroll. Szakmailag megalapozott összetett szoftveres fejlesztés szükséges, amely alap gondozási tervet készít a beteg számára, mely rugalmasan változtatható a beteg állapotától függően a kezelő orvos révén. A gondozási terv szerinti vizsgálatok orvos–beteg találkozás nélkül a ápoló, illetve elektronikus úton is történhetnek és az orvos már az elkészült eredmények kiértékelésénél, a szükséges további vizsgálatok kiírásával, kezelési módosítással kapcsolódik be közvetlenül a beteg ellátásába.

A szövődmények kezelése során szükséges az orvos kompetenciájának kibővítése a gyorsabb, hatékonyabb ellátás érdekében, pl. jelenleg nem rendelhető, de alapvető vizsgálatok és gyógyszerek rendelése. Ennek kapcsán fejlesztési szükséglet még megfelelő mérőműszerek biztosítása és a praxisban dolgozó ápoló célzott képzése.

Elektronikus, nyomtatható betegtájékoztatók készítése szükséges minden szituációra (pl. utazás, sportolás), valamint a kapcsolódó szakemberekkel történő konzultáció biztosítása szükséges (étrendi változtatás emésztőrendszeri probléma esetén - dietetikus, testsúlyrendezés – gyógytornász, inzulinterápia szükségessége – pszichológus) annak érdekében, hogy a betegek életvitele pozitív irányban változzon és a szövődmények megelőzhetőek, illetve korán felismerhetőek legyenek a beteg által is.

A beteggondozási folyamat informatikai támogatása érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A rizikós ellátottak azonosításáról, követéséről és a korai diagnózis támogatásáról fent beszéltünk. Emellett olyan gondozási szoftver háttér biztosítása szükséges, amely önállóan képes egy gondozási alaptervet készíteni a bevitt adatok, állapot alapján. Ehhez a hozzáférés kompetenciafüggvénye lenne pl. testsúly, vércukoreredmény felvitele ápoló és orvos is, együttműködő szakemberek a beteg állapotáról adatokat írhatnának be, míg a gyógyszerelés, gondozási terv módosítás csak a kezelő orvos kompetenciája. Ezzel a konzultáció könnyebb lenne, nem kellene minden esetben szóban, időpont egyeztetéssel beszélni a betegről, mindenki, aki foglalkozik a beteggel látná az állapotváltozásokat, illetve a beteg hozzáállását a vizsgálatokon, konzultációkon való részvételről. Az EESZT lehetőségeit kihasználva, a háziorvosi dokumentáció áttekintése szakorvos vagy támogató szakember (pl. dietetikus) által, online vizit, illetve konzultáció keretében biztosítandó.

Beutalások, előjegyzések automatikus elkészítése, betáblázása is megkönnyíthető megfelelő szoftver elkészítésével.

Elektronikus felület szükséges, ahova feltölthetőek (akár automatikusan) a beteg vércukornaplója, testsúly, egyéb adatai, melyeket az orvos a gondozás során figyelembe vehet. Ennek papír alapú változata szükség esetén felvihető adminisztrátor által, illetve célszerű olyan digitális vércukormérőkre áttérni, amelyek szoftveres háttere ezt automatikusan elvégzi. Ilyen megoldások

bevezetése szorosabb és együttműködőbb gondozást eredményezhetne a betegek részéről és hozzá tudna járulni az életminőségük és életkilátásaik javulásához is.

Fontos, hogy a támogató szoftver háttér alkalmas legyen minőségbiztosítási rendszer biztosítására is, amelyben az orvos, illetve a szakmai felügyelet ellenőrzéseket végezhet (pl. statisztikák: x praxistag y% felmérése megtörtént, vagy a gondozottak z%-a nem jelenik meg a kontrollon). Ezáltal fejleszhető, változtatható lenne a helyi gondozási eljárásrend, és javítható lenne az ellátások elérhetősége vagy az információáramlás a szereplők között.

A beteggondozási folyamat eszközös és infrastrukturális támogatása érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A kockázatfelméréshez, valamint a szövődmények kiszűréséhez szükséges eszközfejlesztés, az adatok rögzítéséhez szükséges technikai fejlesztés elengedhetetlen a gondozási protokoll betartásához, követéséhez. Gyors és megbízható informatikai háttér, a szükséges technikai berendezésekkel, digitális mérőműszerekkel alapvető kell legyen. Az eszközök rendszeres karbantartása is fontos a folyamatos betegellátás érdekében.

Az együttműködő szakemberekhez az időpontegyeztetés, illetve az elérhetőséghez szükséges fejlesztés a helyi adottságoknak megfelelően. A jól felszerelt rendelők, tornaterem, konzultációs helyiségek szükségessége az elérhetőség és a használat érdekében elengedhetetlen.

A betegek megfelelő önmenedzselése érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

Szükséges korszerű betegtájékoztatók fejlesztése és a betegek számára az elérhetőség biztosítása attól függően, milyen információs csatornát használnak: papír alapú, internetes, video vagy hanganyag, applikációs támogatás. Egy komplex, választható információs csatornával bíró, egységes betegtájékoztató platform bevezetése a magyar alapellátásban áttörő jelentőséggel bírna.

Az online vizit, adatfeltöltési lehetőség, amely a szoros gondozást, kontrollt képes biztosítani, szintén javítaná a betegek együttműködését és terápiás adherenciáját.

Akkreditációs képzés alapján javasolt azoknak a szakembereknek a bevonása is a gondozásba, akik nem tartoznak az alapellátáshoz, de cukorbetegek kiszolgálását végzik és a szerepük jelentős, pl. személyi edzők, pedikűrösök.

Az eredményes és minőségi krónikus beteggondozáshoz szükséges kompetencia és hatáskörfejlesztés javasolt irányai

A cukorbetegség gondozásának hatékonysága érdekében a képzettségnek megfelelően a kompetenciák kiterjesztése javasolt a vizsgálatok elvégzése (pl. ápoló), gyógyszerrendelés (pl. licencvizsgálattal, vagy emelt jártassággal rendelkező orvos), beutaló rendelés (pl. ápoló által rendelkezhetően, súlytöbblet esetén a szoftver alapján is alátámasztott gyógytornász igény biztosítása) terén.

Az eredményes és minőségi krónikus beteggondozáshoz szükséges humánerőforrás- és képzésfejlesztés javasolt irányai

A speciálisan képzett egyedi esetekkel foglalkozó diabetológiai szakember tehermentesítése érdekében az alapellátást végző orvos hatáskör bővítése és képzésének kibővítésével párhuzamosan a kiszolgáló személyzet növelése, képzése is fontos. Magasabban képzett ápolók a gondozásba szorosabban bekapcsolódnak, míg az alapképzéssel rendelkező ápolók az alapfeladatokat látnák el. A szoftverkezelés, időpont egyeztetés, betegbehívás több időt igényel, de nem szükséges magas képzettség a feladat ellátásához.”⁶³

b) Hypertonia

„A protokollfejlesztés stratégiai irányai

A megelőzés és korai felismerés érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A megelőzéshez nélkülözhetetlen a rendszeres vérnyomásmérés, illetve a lakosság képzése a magasvérnyomás, mint krónikus betegség veszélyeiről. Gyanú és kétes eredmények esetén az ABPM nyújt hatékony segítséget, melyet a házi orvos kell, hogy alkalmazzon a megfelelő indikációban. Külföldi felmérések szerint a fiatalabb 30-40 éves korosztályban a hipertóniás betegek alacsony hányada kerül csak kiszűrésre. Ezért ezen páciensek kiemelt szűrése indokolt egyéb okból történő vizit esetén is. A páciensek hipertónia rizikószűréséhez megfelelő kiértékelő szoftver javasolt, mely a bevitt általános adatok alapján automatikusan tud rizikót számolni és

⁶³B. IV. „Szolgáltatások és gondozásfejlesztés” munkacsoport, „Helyzetelemzés a jelenlegi gondozási gyakorlatról a kiválasztott gondozási területeken.” 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, EFOP „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”

kiemelni a veszélyeztetetti kört a személyzet számára. A protokoll segít a konkrét teendők elvégzéséhez, a korszerű informatikai háttér pedig integráltan kezelné és szintetizálná a szisztematikusan gyűjtött információkat.

A szövődmények megelőzése érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A hipertónia által okozott szövődmények megelőzésének a kulcsa a korai felismerés, a megfelelő vérnyomáskontroll, illetve az egyéb kardiovaszkuláris rizikótényezők felmérése, szükség szerinti gondozása. Ezek protokollban való összegyűjtése és a feladatok pontos leírása hatékonyabbá teheti a betegellátást, így támogatva a szövődmények elkerülését, illetve időben történő felismerését. Nélkülözhetetlen egy jól felépülő szoftveres háttér, mely a rendszeresen beérkező betegadatokat tárolja, és ebből rizikót számol, kockázati besorolás alapján a gondozási célértékeket automatikusan felajánlja, illetve a jövőben elvégzendő feladatokra, vizsgálatokra is javaslatot tesz, azokra emlékeztet. Intenzíven be kell vonni a praxisban dolgozó ápolót a beteggondozás menedzselésébe, aki képzést tart a betegnek a vérnyomásbetegséggel kapcsolatos tudnivalókról, majd a protokoll szerinti gyakorisággal kapcsolatot tart vele, ellenőrzi vérnyomását, illetve megszervezi a javasolt vizsgálatokat.

A beteggondozási folyamat informatikai támogatása érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

Javasolt a betegellátást és a menedzselést segítő számítógépes szoftver fejlesztése, mely a már meglévő háziorvosi szoftver kibővítésével valósítható meg. A program a mért vérnyomásadatok jobb összerendezését, automatikus kardiovaszkuláris rizikóbecslést, a háziorvos számára jobb összegzést nyújtana (ld. fent is). A gondozás során az aktuális feladatokat nyilvántartaná, elvégzésüket emlékeztetőkkal segítené. A társbetegségek nyilvántartása, gondozása is segítené a kardiovaszkuláris morbiditás csökkentését. Javasolt az otthoni vérnyomásmérés eredményeinek automatikus, vagy félautomatikus eljuttatása a gondozó praxis számítógépes rendszerébe. A programban a gondozást az orvossal együttműködő, de önálló feladatokat is ellátó ápoló és más szakdolgozók számára is külön munkafelület szükséges, munkájuk segítésére és a gondozás dokumentálására.

A beteggondozási folyamat eszközös és infrastrukturális támogatása érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A megfelelő diagnózis felállításához és a terápia hatékonyságának követéséhez elengedhetetlen a vérnyomás rendszeres és helyes mérése. A háziorvosi rendelők vérnyomásmérővel kötelezően fel vannak szerelve. A hipertónia társaságok által is javasolt ABPM, ambuláns vérnyomásmérő eszközök azonban már csak a praxisok kisebb hányadában elérhetők. Minden hipertóniás beteget javasolt ellátni otthoni –lehetőleg digitalizálható méréseket biztosító– vérnyomásmérővel a hatékony gondozás és a célértéken tartás érdekében. A páciensek telefonon, de akár számítógépről, okostelefonról is tudnának kapcsolatot tartani a praxis ápolóval, és a mért vérnyomás értékeket egyszerűen tudnák a rendelőbe eljuttatni. Ehhez páciens oldali alkalmazásfejlesztés lenne szükséges, mely a praxissoftverrel tudna kommunikálni.

A betegek megfelelő önmenedzselése érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A hipertóniával élő beteg számára elengedhetetlen az otthoni rendszeres vérnyomásmérés. Szintén lényeges a rendszeres konzultáció a háziorvossal, vagy a célértéken lévő gondozottak esetén a praxisban dolgozó ápolóval. Ennek érdekében fontos a páciensek folyamatos edukációja. Ehhez ismertető anyagok kidolgozása szükséges, és a praxisápolók képzése javasolt egy háziorvosi gondozási protokollt követő hatékony betegmenedzsmet elsajátításához.

Az eredményes és minőségi krónikus beteggondozáshoz szükséges kompetencia és hatáskör fejlesztés javasolt irányai

A hipertónia gondozás során szükséges szűréshez, diagnosztikához, kapcsolódó vizsgálatok elvégzéséhez, valamint a megfelelő terápia beállításához a háziorvos kompetenciája megfelelő. A praxisban dolgozó ápoló megfelelő képzés után kaphatna jogosultságot arra, hogy a hipertóniával gondozott pácienseket egy bizonyos szintig gondozza. Felmerülő probléma esetén, ha pl. dóziszváltoztatás szükséges, orvos is konzultál a beteggel. Javasoljuk, hogy a megfelelő képzettséget elsajátító orvos vagy ápoló a protokoll szerint ellátott és ellenőrzött betegek után anyagi ösztönzést kapjanak, mely elengedhetetlen biztosítéka a jó minőségű munkának. Az elvégzett munka igazolását a protokollhoz kifejlesztett szoftverbe épített minőség ellenőrző modulja végezné.

Az eredményes és minőségi krónikus beteggondozáshoz szükséges humán erőforrás- és képzés fejlesztés javasolt irányai

Javasolt a házi orvosok továbbképzése, mely során megismerkednének a már felvázolt alapproblémákkal, és kifejezetten az alapellátásra megírt protokollal, illetve a hatékonyabb betegmenedzsment lehetőségével. A munkát segítő gondozási szoftver bemutatása is a képzés része kell legyen. Hasonlóan fontos a praxisban dolgozó ápoló(k) képzése, fejlesztése, megismertetése az irányelvekkel és a házi orvosi gondozási protokollal. Kiemelt helyet kap a kardiovaszkuláris rizikó felmérése, melyet jelenleg csak alacsony arányban végeznek el a praxisokban.”⁶⁴

c) *Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD)*

„A protokollfejlesztés stratégiai irányai

Tekintettel arra, hogy a 4.1. fejezetben azonosított problémák egy megfelelő tudással, kompetenciával, eszközökkel és háttérrel rendelkező alapellátásban, ha a rendszerszintű feltételek is adottak, többségében megelőzhetőek vagy megoldhatóak, javasoljuk a házi orvosok hatáskörének bővítését, illetve a praxisközösségek létrejötte esetén az abban részt vevő további szakemberek is többletfeladatokat láthatnak el. A nemzetközi ajánlások, gyakorlatok áttekintése is azt mutatta meg, hogy a vizsgált országokban már most is jelentősebb szerepet vállalnak a házi orvosok a COPD-s betegek ellátásában. Nemzetközi példáinkból és a GOLD irányelvből kiindulva egy olyan integrált ellátási struktúrát javasolunk, amely megfelelő kommunikációra, kompetenciákra és infrastruktúrális alapokra helyezve a hangsúlyt megteremti a COPD-s betegek ellátásának hatékony működését.

A COPD-s betegek házi orvosi ellátásában a minőségorientált szemlélet meghonosítása érdekében tesszük javaslatainkat.

A megelőzés és korai felismerés érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

1. Primer prevenció

A COPD kialakulásának elsősorú, megelőzhető rizikófaktora a dohányzás. A protokoll fejlesztésekor kiemelt figyelmet fordítunk a házi orvosok dohányzással kapcsolatos attitűdjének formálására, a leszokástámogatással kapcsolatos ismereteik bővítésére, illetve arra, hogy legyenek

⁶⁴ B. IV. al munkacsoport, „Szolgáltatások és gondozásfejlesztés” „Helyzetelemzés a jelenlegi gondozási gyakorlatról a kiválasztott gondozási területeken.” 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, EFOP „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” 2018

naprakészen tisztában betegeik dohányzási szokásaival. Egyszerű, könnyen követhető stratégiát, döntési fát dolgozunk ki, beavatkozási pontokat jelölünk meg és intervenciós lehetőségeket fogalmazzunk meg. Ismertetjük a leszokástámogatás különböző modalitásait és ezek jellegzetességeit. Háziiorvosi és beteg oldalról egyaránt javaslatot teszünk pozitív ösztönzők beépítésére a rendszerbe.

2. Korai felismerés

A COPD kezelésének mielőbbi megkezdése lassíthatja a betegség progresszióját, javíthatja az életminőséget. A kórkép korai, akár tünetmentes vagy minimális tünetekkel járó állapotában történő diagnózisa rendkívül fontos. Ezért a protokollfejlesztés során a rizikócsoporthoz tartozó egyének alapellátásban történő rendszeres kérdőíves és eszközös szűrésére koncentrálunk. Javaslatot teszünk az alkalmazandó eszközökre, használatuk elsajátítására (szükséges képzés, szakorvosokkal való együttműködés, minőségellenőrzés) és a vizsgálatok kivitelezésére. Ez jelentős háziiorvosi kompetenciabővítést eredményez, csökkenti a szakellátás terheit és könnyebben hozzáférhetőbbé, betegközelibbé teszi az ellátást. Elsődlegesen a praxisközösségek sajátosságaival összhangban, azok létrejöttét feltételezve fogalmazzuk meg javaslatainkat, de iránymutatást adunk az önálló praxisban dolgozó háziiorvosok számára is.

A szövődmények megelőzése érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A COPD-s betegek gondozása rendkívül összetett feladat. Egyfelől, a COPD jellemzően számos társbetegséggel együtt járó kórkép, melyek gyakran nem kerülnek diagnosztizálásra. Központi szerepet kap fejlesztési stratégiánkban a társbetegségek kivizsgálási algoritmusának javaslatcsomagja. Részletesen kifejtjük, milyen körülmények fennállása esetén kell az egyes kórképekre (pl. cardiovascularis, anyagcserezavarok, mentális betegségek, tüdőrák, alvási apnoe, tbc) gondolni, milyen szakmákkal együttműködésben történjen a szűrés, a diagnosztika megszervezése, a terápia beállítása és a gondozás. Javaslatot teszünk továbbá arra, hogy milyen elemekkel kellene bővíteni az alapellátók által kérhető és végezhető vizsgálatok, beavatkozások körét a kivizsgálási és/vagy ellátási idő lerövidítése érdekében.

A multimorbid betegek gördülékeny és hatékony ellátásához szükséges integrált egészségügyi szolgáltatások megteremtése érdekében hangsúlyt fektetünk a szakemberek közötti együttműködés kialakítására.

A beteggondozási folyamat informatikai támogatása érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A telemedicina számos lehetőséget rejt magában a COPD-s betegek ellátásának megkönnyítésére.

Egyfelől javaslatot teszünk a háziorvost és a szakellátást összekötő telekommunikációs megoldásokra, amelyek konzultációs hálót biztosítanak az ellátás különböző szereplői között. Megjelöljük azokat a pontokat, ahol a háziorvosok szoros együttműködése szükséges a társszakmákkal és az alapellátást kiszolgáló további szereplőkkel. Szükségesnek tartunk megteremteni, intézményesíteni egy szakorvosi konzultációs hálót annak érdekében, hogy a háziorvosok tanácsot kérhessenek az illetékes szakorvostól.

Másfelől megoldásokat keresünk a betegek önmenedzselését, az ellátóhelyen kívüli terápiát segítő online elérhető tartalmakra.

A fentieken kívül javaslatot teszünk a betegút-menedzsmentet támogató informatikai megoldásokra is.

A beteggondozási folyamat eszközös és infrastrukturális támogatása érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A legjelentősebb eszközigényű javaslatunk a légzésfunkciós vizsgálat alapellátásban történő megvalósulásához szükséges spirométer beszerzése.

Annak érdekében, hogy a háziorvos nagyobb szerepet tudjon vállalni a COPD-s betegek gondozásában, szüksége van a betegek tájékoztatását segítő információs anyagokra.

A betegek gondozásának kulcsfontosságú lépése az inhalációs készítmények használatának oktatása. Ennek érdekében szükség van bemutató eszközökre.

Hozzáférhetővé kell tenni a háziorvosok számára a szűrés és a követés során használandó kérdőíveket.

A betegek megfelelő önmenedzselése érdekében javasolt fő fejlesztési irányok

A beteg együttműködésének ösztönzése kulcsfontosságú. Azonosítjuk azokat a pontokat, ahol a betegeknek saját maguknak is lehetőségük van életmódjuk változtatásával javítani egészségi állapotukon. Kidolgozzuk azokat az iránymutatásokat, melyek alapján hatékonyabban bevonhatók

saját egészségük menedzselésébe. Protokollt dolgozunk ki ezen területek azonosítására (pl. dohányzás, étkezés, fizikai aktivitás), és beavatkozási javaslatokat fogalmazunk meg.

A fentiek mellett a COPD gyógyszeres terápiája is számos kihívást hordoz. A fenntartó terápia során használatos inhalációs készítmények hatása és hatékonysága nagymértékben függ a beteg által elsajátított technikától, valamint adherenciájától. Protokollunkban javaslatokat teszünk a terápiakövető betegek arányának növelésére és eszközhasználatuk minőségének javítására.

Az eredményes és minőségi krónikus beteggondozáshoz szükséges kompetencia és hatáskör fejlesztés javasolt irányai

Javasoljuk a házi orvos által kérhető laborvizsgálatok palettájának szélesítését. Jelenleg számos olyan vizsgálat elvégzéséhez szakorvoshoz kell utalni a beteget, melyet a házi orvos is el tudna végezni.

Javasoljuk továbbá, hogy a kevésbé műszerigényes és/vagy könnyen honorálható vizsgálatokat az alapellátásban is elvégezhessek, az ezekhez szükséges kompetenciák elsajátítását követően. A házi orvosi praxisok egy csoportja vagy praxisközösségek tartsanak fenn olyan eszközöket, biztosítsanak olyan vizsgálatokat, melyek eddig döntően a szakellátásban voltak elérhetőek és csak ott voltak finanszírozva (pl. spirometria).

A farmakoterápia kérdését nemcsak a beteg, hanem az ellátórendszer oldaláról is megvizsgáljuk. Az alapellátás kompetenciabővítésének egyik elemeként egyes COPD-gyógyszereket (LAMA, LABA készítmények) házi orvosok által is felírhatóvá javasolunk tenni.

Ahogy a helyzetértékelés során kitértünk rá, a COPD gondozásában gyakran előforduló jelenség a polifarmácia, amelynek a figyelembe vétele megfelelő kompetenciákat igényel. Az 5. fejezetben erre is kitérünk.

Javaslatot teszünk a különböző GOLD szerinti csoportokba besorolt COPD-sek alap-, valamint szakellátásban történő kontrollvizsgálatainak gyakoriságára, tartalmára, megszervezésére. A követés során alkalmazandó állapotfelmérés elemeire (pl. betegség-specifikus kérdőívek), valamint annak rendszeres felülvizsgálatára, hogy a beteg a GOLD csoportjának megfelelő terápiás lépcsőn található-e.

Indokoltnak tartjuk, hogy a betegek állapotának folyamatos, adminisztrált követése a COPD háziiorvosi gondozásának a jelenlegi gyakorlathoz képest szervezettebb részét képezze. Ajánljuk betegség-specifikus életminőség-kérdőívek rendszeres használatát.

A háziiorvosi kompetenciák fent részletezett bővítése érdekében elengedhetetlen a szakemberek továbbképzése. A legkritikusabb elemek a légzésfunkció helyes kivitelezése és értékelése, valamint a gyógyszerfelírási jogosultság bővítése, de az oktatás anyagát képezi a dohányzásleszokás támogatása, valamint a COPD ellátásának aktualitásai is. A sikeresen vizsgázók válhatnak jogosulttá ezen tevékenységek finanszírozott elvégzésére.

Az ellátás minőségét legcélravezetőbben a visszajelzések mentén lehet fejleszteni. Ennek érdekében javasoljuk egy indikátorrendszer felállítását, mely nemcsak az adott orvosnak ad visszacsatolást, vagy a beteg követésére alkalmas, hanem standardizált módon, transzparensen összehasonlíthatóvá teszi az egyes ellátókat, és a COPD gondozása terén országosan elért eredmények bemutatására is alkalmas.

Az eredményes és minőségi krónikus beteggondozáshoz szükséges humán erőforrás- és képzés-fejlesztés javasolt irányai

A gyógyszeres terápia COPD-ben pusztán az alkalmazandó kezelés egyik pillére. A protokollfejlesztés eredményeképpen el kívánjuk érni, hogy a háziorvosok elküldjék betegeiket légzésrehabilitációs kezelésre, illetve szükség esetén dietetikus, gyógytornász, pszichológus segítségét is igénybe vegyék.

A betegútmenedzsment hiányosságait pótlendő, új alapellátási szerepkörökre teszünk javaslatot.

Azonosítjuk azokat a feladatokat, melyek jelenleg nem, vagy hiányosan ellátottak, és ezekre új struktúrában új szerepkörök létrehozását javasoljuk. Részletes javaslatot teszünk mind a betegútmenedzsment koordinációs feladatainak ellátására, mind a gyógyszeres kezelés nehézségeinek kiküszöbölésére. Megkülönböztetünk tehát egészségügyi ismereteket igénylő feladatokat, koordinatív feladatokat és gyógyszerészeti ismereteket igénylő feladatokat, melyek részletes kifejtésére az 5. fejezetben kerül sor.”⁶⁵

⁶⁵ B. IV. almonkacsoport, „Szolgáltatások és gondozásfejlesztés” „Helyzetelemzés a jelenlegi gondozási gyakorlatról a kiválasztott gondozási területeken.” 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, EFOP „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” 2018

4. Összefoglalva a legfontosabb hiányosságokat:

- *„a magyar házi orvosok többsége nem alkalmaz a rizikós egyének azonosítására alkalmas rizikó felmérő eszközöket (ld. FINDRISC, BECK, mozgásszervi alapvető anamnesztikus adatok felmérése, betegvizsgálat), így a korai felismerés és ezáltal a prevenció esetleges, a betegségek felismerése általában a panaszos, tünetes fázisban történik, amikor sokszor már szervkárosodások is fennállnak*
- *a rizikósok azonosítását kevés kivétellel (pl. SCORE, teljes kardiovaszkuláris rizikóbecslés) nem támogatják a jelenlegi házi orvosi szoftverek*
- *a szoftverek nem alkalmasak legtöbb esetben arra, hogy a szakdolgozói gondozási tevékenységeket támogassák*
- *problémát jelent a beteggondozás követése, pl.: gyógyszer kiváltás gyors/automatikus követése, prognosztikus paraméterekről statisztika készítése*
- *az alapellátás nem rendelkezik az irányelvek értelmében szükséges felhatalmazással, vagyis hatáskörrel alapvető vizsgálatok és terápiák rendeléséhez, pl.: a magyar házi orvosok nem rendelhetnek a metforminon kívül semmilyen modern orális antidiabetikumot, így a magyar cukorbetegek gyógyszerelése sokszor korszerűtlen; nem rendelhetnek LAMA, LABA, vagy inhalációs szteroid készítményeket emelt támogatással COPD-és betegeknek; nem utalhatnak be beteget osteodenzitometria vizsgálatra stb.*
- *fentiek mellett a krónikus gondozáshoz tartozó fontos vizsgálatokhoz, vagy terápiás javaslatokhoz való hozzáférés is nehézkes lehet, vagyis előfordulhat, hogy a beteg sem az alapellátás, sem a járóbeteg ellátás szintjén nem kap időben segítséget, vagy a várakozást feladja, ezáltal is növelve a szövődmények és elkerülhető hospitalizációk előfordulásának esélyét*
- *nincsenek olyan ösztönzők, amelyek segítenék az olcsó és a krónikus gondozás elemi részét képező eszközös vizsgálatokat az alapellátásban, ezért ezek esetlegesek és igen ritkák, pl.: spirometria, Doppler-ABI végzését, ABPM végzését*
- *nincs olyan rendszer szintű magyar alapellátási informatikai háttér, amely támogatja a gondozási eredmények automatikus, digitális rögzítését/rögzülését, ezáltal a betegekkel való kooperáció és az önmenedzselés támogatása sem tud megfelelően megvalósulni*

- *a magyar krónikus betegek egészségismeretei és attitűdje fejlesztésre szorul, a sikeres önmenedzseléshez erősebb alapellátási háttér szükséges, eszközök, helyiség, idő és megfelelő humán erőforrás (képzett ápolók, dietetikusok, gyógytornászok, egészségpszichológusok) bevonásával”⁶⁶*

A fenti megállapítások alapján dolgozza ki a B. IV. munkacsoport a gondozási területeknek megfelelő gondozási protokollokat az alapellátás számára 2018. június 30-ig, majd pedig 2018. szeptember 30-ig a tananyagokat a praxisok oktatására.

Az elkészült protokollok és oktatási anyagok alapján pedig lehetőségünk nyílik a praxisközösségeknek tartandó tesztképzésekhez szükséges tananyagok elkészítésére.

⁶⁶ B. IV. almunkacsoport, „Szolgáltatások és gondozásfejlesztés” „Helyzetelemzés a jelenlegi gondozási gyakorlatról a kiválasztott gondozási területeken.” 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, EFOP „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” 2018

IX. Kompetenciabővítő képzések folyamatának koncepciómodellezése

1. Kompetenciabővítő képzés teszt

Tervezett időpont: 2019. február–március

Résztevők: EFOP 1.8.2 és VEKOP 7.2.3 praxisközösségeiből alkalmanként kiválasztott 2-2 orvos, ápolói, szakemberei

A. Infrastrukturális és eszközigények

Alkalmak száma	Csoportok száma/alkalom	Tervezett létszám/alkalom	Helyszín	Terem/alkalom
3 (3 krónikus gondozási protokoll beépítése a praxisközösségi működésbe, tesztképzés)	1	30 (27 + 3 oktató)	Budapest	1db 30 fős, 3 db 10 fős

Projektor, laptop	Flipchart, Filcek, papír, tollak, post-it	Jegyzetfüzet, ismertető	Molino	Feedback	Honlap	Jelenléti ív	Certificate
1	3	27	3	27	1	27	27

B. Humánerőforrás-igények

Oktatók (fő)	Technikai személyzet
3	1

C. Oktatásmódszertan^{67, 68, 69, 70, 71, 72, 73}

⁶⁷Berne, E.: Emberi játszmák, 2013, Háttér Kiadó

⁶⁸Brown S.: Arcolvasás. Kulcs az egészség és a kapcsolatok megértéséhez. 2011, Bioenergetic Kiadó

⁶⁹Demarais, A. & White: Első benyomás – Tudd meg, milyennek látnak mások! 2008, HVG Kiadó

⁷⁰Hall E.T.: Rejtett dimenziók. 1980. Gondolat Kiadó

Programtervezet:

9:00–10:45 Bevezető előadás

Áttekintés a praxisközösségről, kompetenciabővítésről, a csapatmunka jellege, különböző szakemberek egy csapatban, népegészségügyi hangsúlyok

10:45–11:00 Szünet

11:00–12:30 Általánosan az ápolói többletcompetenciákról, kompetenciamátrix

12:30–13:15 Szendvicsebéd

13:15–15:00 Kiscsoportos munka a többletcomp. gyakorlati kivitelezéséről. Hipotetikus praxisközösségre kidolgozva, éves munkaterv, rajt cél, első három hó konkrétan kibontva

15:00–15:30 Kávészünet

15:30–16:15 Modellek ismertetése, vita

16:15–17:00 Összegző előadás

2. Kompetenciabővítő képzés

Tervezett időpont: 2019. május, június

Résztevők: 5 szakmacsoport: népegészségügyi koordinátor, dietetikus, gyógytornász, védőnő, mentálhigiénés szakember, 5 féle képzés, alkalmanként 1 szakmacsoportot képzünk.

A. Infrastrukturális és eszközigények

Alkalmak száma	Csoportok száma/alkalom	Tervezett létszám/alkalom	Helyszín	Terem/alkalom
5	1	70	Budapest	1 db 70 fős

Javasoljuk a képzés interaktivitásának fokozása és a képzés hatékonyságának növelése érdekében a kiscsoportos bontást, amely alkalmanként 4 db 20 fős termet feltételez.

⁷¹Kegan, R. & Laskow Lahey, L.: Immunis a változásra. Hogyan ismerjük fel és győzzük le önmagunk és csapatunk ellenállását? 2017, HVG Kiadó

⁷²László E.: Új világkép - A tudatos változás kézikönyve. Új világkép - A tudatos változás kézikönyve. 2009, Nyitott Könyvműhely

⁷³ Medina J.: Agyunk csodás titkai - A munkahelyi, otthoni, iskolai túlélés és tündöklés 12 alapelve. 2014, Alexandra Kiadó

Projektor, laptop	Flipchart	Filcek, papír, tollak, post-it	Jegyzetfüzet, ismertető	Molino	Feedback	Honlap	Jelenléti ív	Certificate
4	4	20	350	5	350	1	350	350

B. Humán erőforrás igények

Oktatók R(fő)	Technikai személyzet
5	1

A szakmacsoportok oktatását a szakdolgozói al munkacsoportba felvett személyek végzik.

C. Oktatásmódszertan ^{74, 75, 76, 77}

Programtervezet:

9:00–10:45 Bevezető előadás

Áttekintés a praxisközösségről, komp. bővítésről, a csapatmunka jellege, különböző szakemberek egy csapatban, népegészségügyi hangsúlyok

10:45–11:00 Szünet

11:00–12:30 Általánosan az ápolói többletcompetenciákról, kompetenciamátrix

12.30–13:15 Szendvicsebéd

13:15–15:00 Kiscsoportos munka a többletcomp. gyakorlati kivitelezéséről. Hipotetikus praxisközösségre kidolgozva, éves munkaterv, rajt cél, első három hó konkrétan kibontva

15:00–15:30 Kávészünet

15:30–16:15 Modellek ismertetése, vita

16:15–17:00 Összegző előadás

⁷⁴Fadem T. J.: A kérdésés művészete. 2009. HVG Könyvek

⁷⁵Medina J.: Agyunk csodás titkai - A munkahelyi, otthoni, iskolai túlélés és tündöklés 12 alapelve. 2014, Alexandra Kiadó

⁷⁶Pease, B. & Pease, A.: A testbeszéd enciklopédiája. 2008. Park Kiadó

⁷⁷Wacha I.: Nem csak szóból ért az ember – A nonverbális kommunikáció eszköztára. 2011. Tinta Könyvkiadó

3. Kompetenciabővítő képzés

Tervezett időpont: 2019. április

Részvevők: orvos + ápoló

A. Infrastrukturális és eszközigények

Alkalmak száma	Csoportok száma/alkalom	Tervezett létszám/alkalom	Helyszín	Terem/alkalom
3	1	150	Budapest + 2 vidéki helyszín	1 db 150 fős és 5 db 30 fős

Projektor, laptop	Flipchart, Filcek, papír, tollak, post-it	Jegyzetfüzet, ismertető	Molino	Feedback	Honlap	Jelenléti ív	Certificate
1	7	450	6	450	1	450	450

B. Humán erőforrás igények

Oktatók (fő)	Technikai személyzet
8	1

Az orvos–ápoló kompetenciabővítő képzést Eörsi Dániel munkacsoportjához tartozó személyek végzik.

C. Oktatásmódszertan^{78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85}

⁷⁸Andreson C.: Így készülnek a TED előadások – Hivatalos TED-útmutató a nyilvános beszédhez. 2012. HVG Könyvek

⁷⁹Benczédi J.: Retorika – gyakorlati útmutató. Az ékesszólás kiskönyvtára. 2010. Tinta Könyvkiadó

⁸⁰Györfly K.: Add elő magad. 2015. Agave Könyvkiadó

⁸¹László E.: Új világgép - A tudatos változás kézikönyve. 2009. Nyitott Könyvműhely

⁸²Léder L.: A gyógyító kommunikáció – Praktikus tanácsok háziorvosoknak. 2012. Betűvirág Kft.

⁸³Montágh I.: Tiszta beszéd. 2011. Holnap Kiadó

Programtervezet:

9:00–10:45 Bevezető előadás

Áttekintés a praxisközösségről, kompetenciabővítésről, a csapatmunka jellege, különböző szakemberek egy csapatban, népegészségügyi hangsúlyok

10:45–11:00 Szünet

11:00–12:30 Általánosan az ápolói többletcompetenciákról, kompetenciamátrix

12:30–13:15 Szendvicsebéd

13:15–15:00 Kiscsoportos munka a többletcompetenciák gyakorlati kivitelezéséről. Hipotetikus praxisközösségre kidolgozva, éves munkaterv, rajt cél, első három hó konkrétan kibontva

15:00–15:30 Kávészünet

15:30–16:15 Modellek ismertetése, vita

16:15–17:00 Összegző előadás

4. Oktatás-módszertani fejlesztés céljai a protokollok és a bővítendő kompetenciák ismeretében.^{86, 87}

- Előadások dinamizálása
- Tréning
- Interaktivitás fokozása
- Videóelemzés
- Írásos anyag
- E-learning tananyagfejlesztés
- A kompetenciabővítés egyik alappillére az önismeret, melynek nincs hatékony, kidolgozott módszertana a felsőoktatásban. Önfeltáró technikák elsajátításával ugrásszerűen növelhető az önképzés, ezáltal a betegellátás hatékonysága.
- Önfeltáró technikák elsajátítása. Johari „ablak” megismerése, egyes részek feltárása,
- Prezentációs technikák elsajátítása interperszonális és nyilvános helyzetekben.
- Terápiás üzenet hatékony átadása verbálisan és/vagy szemléltető eszközökkel.

5. A képzések végén az alábbi dokumentációk elkészítése és átadása szükséges:

Bejelentés

⁸⁴Reynolds G.: A meztelen előadó. Természetes és hatásos prezentáció diákkal vagy azok nélkül. 2009. HVG Kiadó ZRt.

⁸⁵Óhidy A.: Az eredményes tanítási óra jellemzői.2009. Elérhető: <http://www.ofi.hu/tudastar/ohidy-andrea>

⁸⁶Óhidy A.: Az eredményes tanítási óra jellemzői.2009. Elérhető: <http://www.ofi.hu/tudastar/ohidy-andrea>

⁸⁷Györffy K.: Add elő magad. 2015. Agave Könyvkiadó

- Képzés bejelentőlapok

Meghívó

- Meghívó.doc file-ban
- Meghívó aláírva .pdf file-ban
- Meghívottak listája – Excel file-ban (akiknek a meghívókat kiküldtéték)
- Meghívottak – Kiküldött e-mailek

Jelentkezési felület

- Levelezések a kialakításával kapcsolatban
- Felület tartalma
- Felületen jelentkezők Excel file-ban

Catering

- Bejelentő lap
- E-mailek

Előadások

- Előadások ppt-ben
- Előadások pdf formátumban

Értékelő lapok

- Kitöltött értékelőlapok szkennelve
- Összesítő Excel

Szakmai összefoglaló

- A képzés végén egy rövid összefoglaló készítése a kommunikációnak a honlapra

Fotók

- Előadókról, résztvevőkről, a bekészítésekről

Módszertan:

- Irodalomelemzés
- Korábbi graduális és posztgraduális képzésben szerzett tapasztalatok integrálása
- Az EFOP képzések és rendezvények kereteit (helyszín, időpont, létszám, tantermek stb.) vettük figyelembe

X. Felhasznált irodalom

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.313309. Elérés 2018 február 10.
2. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=176686.296135. Elérés 2018 február 10.

3. Tót Éva (2013) Validáció a felsőoktatásban - szakterületi nézőpontból. Kézirat. TAMOP 4.1.3-08/1-2008-0004 felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése című projektje. Budapest, 2013
4. Vámos Á. Tanulási eredmények. TAMOP 4.1.3-08/1-2008-0004 felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése című projektje. Budapest, 2012.
5. Derényi A. A magyar felsőoktatási képesítési keretrendszer átfogó elemzése. TAMOP 4.1.3-08/1-2008-0004 felsőoktatási szolgáltatások rendszerszintű fejlesztése című projektje. Budapest, 2009. pp.3-4.
6. <http://old.ektf.hu/~forgos/hivatkoz/kisokos.htm#42> (Eszterházy Károly Főiskola)
7. Egészségügyi Fogalomtár. ÁEEK-Állami Egészségügyi Ellátó Központ. https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/H%C3%A1ziorvosi_ell%C3%A1t%C3%A1s. Elérés 2018. február 10.
8. 64/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezők folyamatos továbbképzéséről, elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100064.nem>
9. Fazekas, Halász, Molnárné, Németh, Ollé, Sántha, Útóné és Vass, 2012, 211. o.
10. Fazekas és Halász, 2012, 3-4. o.
11. 3/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről
12. <http://old.ektf.hu/~forgos/hivatkoz/kisokos.htm#42> (Eszterházy Károly Főiskola)
13. Egészségügyi Fogalomtár. ÁEEK-Állami Egészségügyi Ellátó Központ. <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Praxis>. Elérés 2018. február 10.
14. 2000. évi II. törvény az önálló orvosi tevékenységről. http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=47816.338456. letöltve 2018 február 10.
15. 2013. évi LXXVII. törvény a felnőttképzésről, elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300077.TV>, letöltve: 05. máj 2018
16. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról. elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500123.TV&searchUrl=/gyorskereso>
17. R. Ádány és M. Papp, Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban, Budapest: Medicina, 2017.
18. K. Dózsa, E. Sinkó, G. Merész és Z. Velkey, „Záró Értékelés verzió 2. WP-08,” SH/8/1. Alapellátás-fejlesztési modellprogram, 2017. június.
19. M. (. Papp, „A praxisközösségek eljárásrendje verzió 5.2,” SH/8/1. Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, 2015.
20. Henter I. Egészséges táplálkozást segítő programok, dietetikai tanácsadás az alapellátás szintjén In: Ádány R, Papp M (szerk.): Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban, Debreceni Egyetem, 2017; pp. 201-224.
21. BDA The Association of UK Dietitians. Dietitians in Primary Care Available from: https://www.bda.uk.com/professional/influencing/dietitians_primary_care [accessed: April 20, 2018].
22. Dietitians of Canada. Primary Health Care Available from: <https://www.dietitians.ca/Dietitians-Views/Health-Care-System/Primary-Health-Care.aspx> [accessed: April 23, 2018].

23. Nicholas LG, Pond CD, Roberts DC. Dietitian-general practitioner interface: a pilot study on what influences the provision of effective nutrition management. *Am J Clin Nutr.* 2003; 77(4 Suppl):1039S-1042S. doi: 10.1093/ajcn/77.4.1039S.
24. Beckingsale L, Fairbairn K, Morris C. Integrating dietitians into primary health care: benefits for patients, dietitians and the general practice team. *J Prim Health Care.* 2016; 8(4): 372-380. doi: 10.1071/HC16018.
25. Academy of Nutrition and Dietetics: Eatright.org (2013): Integrating the Registered Dietitian
26. (RD) into Primary Care: Comprehensive Primary Care Initiative (CPCI) [https://www.eatrightoregon.org/docs/Reimbursement/Integrating%20the%20Registered%20Dietitian%20\(RD\)%20into%20Primary%20Care.pdf](https://www.eatrightoregon.org/docs/Reimbursement/Integrating%20the%20Registered%20Dietitian%20(RD)%20into%20Primary%20Care.pdf)
27. Henter I. Egészséges táplálkozást segítő programok, dietetikai tanácsadás az alapellátás szintjén In: Ádány R, Papp M (szerk.): *Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban*, Debreceni Egyetem, 2017; pp. 201-224.
28. Crustolo AM, Ackerman S, Kates N, Schamehorn S. Integrating nutrition services into primary care: Experience in Hamilton, Ont. *Can Fam Physician.* 2005; 51:1647-53.
29. Beckingsale L, Fairbairn K, Morris C. Integrating dietitians into primary health care: benefits for patients, dietitians and the general practice team. *J Prim Health Care.* 2016; 8(4): 372-380. doi: 10.1071/HC16018.
30. The State of Queensland (Queensland Health). An Evidenced-Based Demand Management Toolkit for Dietetic Services. Framework for Effective & Efficient Dietetic Services. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0032/668066/feeds-full.pdf [accessed: June 12, 2018].
31. Melczer Cs (2015): *Fittségi és egészségügyi állapotfelmérő vizsgálatok*, PTE, Pécs.
32. Carol A. Oatis (2016): *Kinesiology: the mechanics and pathomechanics of human movement*, Lippincott Williams and Wilkins
33. Hoppenfeld S. (2013): *Physical examination of the spine and extremities*, Pearson.
34. Flangan S. (2010): *Biomechanics*, Jones and Bartlett Learning.
35. Chalmers: *Practical evidence-based physiotherapy*, Elsevier 2011
36. Fetters L., Tilson J: *Evidence based physical therapy*, F.A. Davis Company 2012
37. PTE ETK képzés keretében végzettek
38. 28/2013 (IV.05) EMMI R. 1. § hatályos 2015. X. 01
39. Ádány Róza: *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt. 2011. https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001.../adatok.html
40. 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról
41. Dr. Kalabay László (főszerk.): *A családorvostan elmélete és gyakorlata*, Semmelweis Egyetem, Budapest, 2012
42. Döbrössy Lajos: *Daganatok szűrése. Minőségbiztosítási kézikönyv és módszertani útmutató*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest. 2013. https://www.antsz.hu/data/cms75553/Konyv4_20130904.pdf
43. Klausz, M. (2016). *A közösségi média nagykönyve*. Budapest: Atheneum.
44. Bártfai, B. (2016). *Office 2016*. Budapest: BBS-INFO KÖNYVK. ÉS INFORM. KFT.
45. Kovácsy, Z. (2008). *Egészségügyi jog*. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió

46. András Jóri, A. K. (2016). Adatvédelmi Jog - Magyar és európai szabályozás. Kiadó: HVG-ORAC KIADÓ KFT.
47. Gutassy, D. A. (2011). Ellenőrzés és minőségbiztosítás. Műszaki Könyvkiadó Kft.
48. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>
49. Zsuzsanna Antal, M. D. (2016). Vezetés és szervezés. Akadémiai Kiadó.
50. Bakacsi, G. (2004). Szervezeti magatartás és vezetés. Aula Kiadó.
51. International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas. Eight edition. elérhető: <http://www.diabetesatlas.org>, 2018. 05. 13.
52. Kempler, Péter; Putz, Zsuzsanna; Kiss, Zoltán; Wittmann, István; Abonyi-Tóth, Zsolt; Rokszi, György; Jermendy, György: A 2-es típusú diabetes előfordulása és költségterheinek alakulása Magyarországon 2001-2014 között - az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázis-elemzésének eredményei. Diabetologia Hungarica, 2016; 177-188.
53. Szegedi J., Kékes E., Sonkodi S., Kiss I.: A hypertonia epidemiológiája Magyarországon. Hypertonia és Nephrologia, 2014; 134-143
54. World Health Organisation: Chronic respiratory diseases. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), elérhető: <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>, 2018. 05.13
55. Health at a Glance 2017. OECD Indicators, elérhető: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en, 2018. 05.13
56. B.IV. „Szolgáltatások és gondozásfejlesztés” munkacsoport, „Helyzetelemzés a jelenlegi gondozási gyakorlatról a kiválasztott gondozási területeken.” 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, EFOP „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”
57. Berne, E.: Emberi játszmák, 2013, Háttér Kiadó
58. Brown S.: Arcolvasás. Kulcs az egészség és a kapcsolatok megértéséhez. 2011, Bioenergetic Kiadó
59. Demarais, A. & White: Első benyomás – Tudd meg, milyennek látnak mások! 2008, HVG Kiadó
60. Hall E.T.: Rejtett dimenziók. 1980. Gondolat Kiadó
61. Kegan, R. & Laskow Lahey, L.: Immunis a változásra. Hogyan ismerjük fel és győzzük le önmagunk és csapatunk ellenállását? 2017, HVG Kiadó
62. László E.: Új világkép - A tudatos változás kézikönyve. Új világkép - A tudatos változás kézikönyve. 2009, Nyitott Könyvműhely
63. Fadem T.J.: A kérdezés művészete. 2009. HVG Könyvek
64. Medina J.: Agyunk csodás titkai - A munkahelyi, otthoni, iskolai túlélés és tündöklés 12 alapelve. 2014, Alexandra Kiadó
65. Pease, B. & Pease, A.: A testbeszéd enciklopédiája. 2008. Park Kiadó
66. Wacha I.: Nem csak szóból ért az ember – A nonverbális kommunikáció eszköztára. 2011. Tinta Könyvkiadó
67. Andreson C.: Így készülnek a TED előadások – Hivatalos TED-útmutató a nyilvános beszédhez. 2012. HVG Könyvek
68. Benczédi J.: Retorika – gyakorlati útmutató. Az ékesszólás kiskönyvtára. 2010. Tinta Könyvkiadó
69. Györffy K.: Add elő magad. 2015. Agave Könyvkiadó
70. Léder L.: A gyógyító kommunikáció - Praktikus tanácsok házi orvosoknak. 2012. Betűvirág Kft.

71. Montágh I.: Tiszta beszéd. 2011. Holnap Kiadó
72. Reynolds G.: A meztelen előadó. Természetes és hatásos prezentáció diákkal vagy azok nélkül. 2009. HVG Kiadó ZRt.
73. Óhidy A.: Az eredményes tanítási óra jellemzői. 2009. Elérhető:
<http://www.ofi.hu/tudastar/ohidy-andrea>