



SOFT SKILL KÉSZSÉGEK A GYERMEKGYÓGYÁSZATBAN

**GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI FELMÉRÉS ÖT EURÓPAI ORSZÁG -
ROMÁNIA, MAGYARORSZÁG, OLASZORSZÁG, SPANYOLORSZÁG ÉS
NÉMETORSZÁG - RÉSZVÉTELÉVEL**

Az Erasmus+ Stratégiai Partnerség keretében végzett kutatás
Projektcím: *Softis-Ped – Soft skill készségek a gyermekek
egészsége érdekében*

Projektszám: 2016-1-RO01-KA203-024630



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Szerzők:

Oana Marginean, UMF Tirgu Mures, Romania, oana.marginean@gmail.com

Lorena Melit, UMF Tirgu Mures, Romania, lory_chimista89@yahoo.com

Mihaela Chincesan, UMF Tirgu Mures, Romania, mchincesan@yahoo.com

Anisoara Pop, UMF Tirgu Mures, Romania, pop.anisoara@umftgm.ro

Simona Muresan, UMF Tirgu Mures, Romania, muresan.simona@umftgm.ro

Andreea Varga, UMF Tirgu Mures, Romania, dr.andreeavarga@gmail.com

Anca Meda Georgescu, UMF Tirgu Mures, Romania,

ancameda.georgescu@umftgm.ro

Anca Gherasim, Emergency County Hospital Tirgu Mureş, Romania

gherasimcadelia@yahoo.fr

Nicoleta Suci, UMF Tirgu Mures, Romania, nico.suciu03@gmail.com

Leonard Azamfirei, UMF Tirgu Mures, Romania, leonard.azamfirei@gmail.com

Andras Gabor, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, agabor@filab.hu

Barbara Gausz, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, bgausz@filab.hu

Sabrina Grigolo, ASLO TO3, Piemonte, Italy, sgrigolo@aslto3.piemonte.it

Lucia Pagana, ASLO TO3, Piemonte, Italy, lpagana@aslto3.piemonte.it

Emanuele Valenti, Hospital Alcorcon, Universidad Europea de Madrid, Spain

emanuele.valenti@universidadeuropea.es

Lucia Gerstl, Dr. von Hauner Children`s Hospital, Department of Pediatric Neurology,

University Hospital, LMU Munich, Lucia.Gerstl@med.uni-muenchen.de

Daniel Tolks, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich,

Germany, Daniel.Tolks@med.uni-muenchen.de

Martin Fischer, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich,

Germany, Martin.Fischer@med.uni-muenchen.de

Szerkesztők:

1. Oana Marginean
2. Anișoara Pop
3. Lorenzo Martellini

Előszó

A **Soft Skill készségek a Gyermekgyógyászatban** egy gyermekgyógyászati egészségügyi felmérés eredménye, melyet 5 európai ország: Románia, Magyarország, Olaszország, Spanyolország és Németország hajtott végre az Európai Bizottság által finanszírozott Erasmus+ Stratégiai Partnerségi Projekt: Softis-Ped - Softskills for Children's Health projekt keretében, projekt száma: 2016-1-RO01-KA203-02463.

A jelenlegi projekt célja a gyermekgyógyászok legfontosabb soft skill készségeinek azonosítása, ezek összeegyeztetése a legjobb tanítási módszerekkel és stratégiákkal, valamint az oktatók képzéséhez iránymutatások és tananyagok kidolgozása, amelyek a leendő gyermekorvosok soft skill készségeinek fejlesztésére szolgáló módszereket tartalmaznak. A jelenlegi tanulmány bemutatja a projekt céljainak első részét, például azonosítja a soft skill készségeket a partnerországokban a kommunikáció, kórházi környezet, a kommunikáció átláthatósága, az időgazdálkodás és az interkulturális kérdések tekintetében.

A felmérés eredményei a gyermekgyógyászati oktatás és ellátás javítására irányulnak, javítva a gyermekbetegekkel és családtagjaikkal folytatott kommunikációt, az orvosi csoporton belüli kommunikációt és a kultúrák közötti kommunikációt.

TARTALOMJEGYZÉK

1. FEJEZET BEVEZETÉS	5
A gyermekegészségügyi rendszer Romániában	5
A gyermekegészségügyi rendszer Magyarországon	17
A gyermekegészségügyi rendszer Olaszországban	22
A gyermekegészségügyi rendszer Spanyolországban	25
A gyermekegészségügyi rendszer Németországban	32
2. FEJEZET SOFT SKILL KÉSZSÉGEKKEL KAPCSOLATOS KUTATÁS	40
Anyag és módszer	40
Eredmények és megbeszélés	47
Kommunikáció	47
Átláthatóság	65
A kórházi környezet	83
Interkulturális kérdések	92
Időgazdálkodás	103
3. FEJEZET KÖVETKEZTETÉSEK	118

1. FEJEZET

BEVEZETÉS

GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI FELMÉRÉS ÖT EURÓPAI ORSZÁG - ROMÁNIA, MAGYARORSZÁG, OLASZORSZÁG, SPANYOLORSZÁG ÉS NÉMETORSZÁG - RÉSZVÉTELÉVEL

ÖSSZEFOGLALÁS

Ez a fejezet a Soft skill készségek a gyermekek egészsége érdekében c. projektben részt vevő öt európai ország, Románia, Magyarország, Olaszország, Spanyolország és Németország egészségügyi rendszeréről általában, valamint konkrétan ezen országok állami- és magán gyermekegészségügyi rendszeréről nyújt áttekintést az egészségbiztosítás és az oktatás területére vonatkozó, ez utóbbin belül a gyermekgyógyászati alapképzés, mesterképzés és posztgraduális képzés tantervi valmait az előírányzott kompetenciákkal kapcsolatos statisztikai felhasználásával.

I. A GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ROMÁNIÁBAN

1.1. A romániai egészségügyi rendszer

Románia 1999-ben kezdett a bismarcki egészségbiztosítási rendszer megvalósításába, amit, sok más EU tagállamhoz (Németországhoz, Ausztriához, Belgiumhoz, Franciaországhoz, Luxemburghoz, Hollandiához) hasonlóan itt is az egészségbiztosítási díjak egyetlen alapba, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapba (NEA) történő beszedése jellemez. Ennek bevételei a következők:

- kötelező egészségbiztosítási járulékokból származó, állami költségvetés támogatással kiegészített bevételek,
- más forrásokból származó összegek (adományok, szponzorációk, banki kamatok, egészségbiztosító intézmények ingatlanjainak hasznosítása),

- az Egészségügyi Minisztérium bevételeiből átutalt összegek.

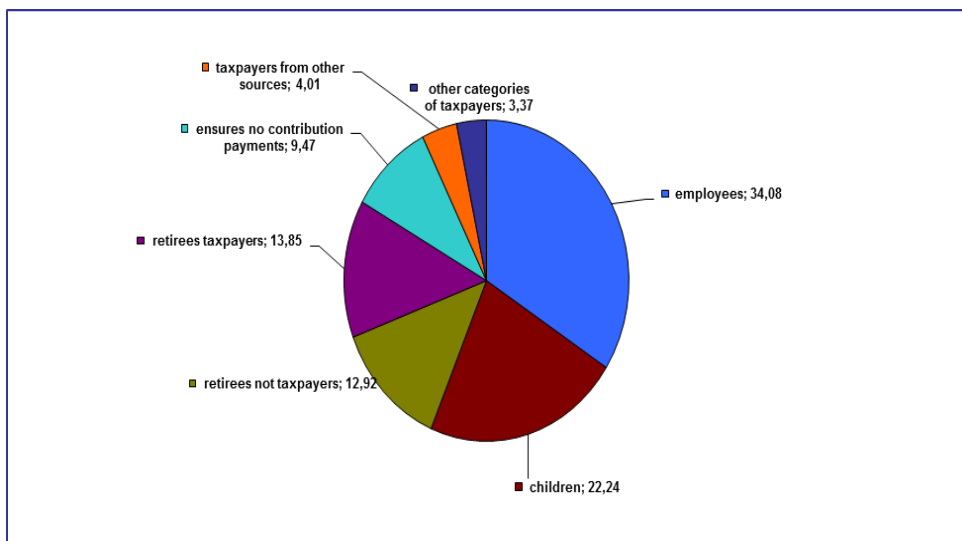
2014. óta bevezették a visszakövetelési rendszert, amely arra kötelezi a gyógyszerpiaci szereplőket, hogy járuljanak hozzá a közegészségügyi rendszerhez egy, a NEA állami finanszírozásával megvalósított forgalom alapján megállapított összeggel, ami lehetővé teszi az egészségbiztosítási testületek számára, hogy egy költség-visszatérítési rendszer segítségével részben megtérüljenek a kifizetett összegek.

A romániai egészségbiztosítási rendszer meghatározó elemei a következők:

- a Nemzeti Egészségbiztosítási Intézet felelős a NEA igazgatásáért;
- a biztosítottak vállalják, hogy adóköteles jövedelmük alapján járulékot fizetnek;
- az egészségbiztosítási járulékot a jövedelem százalékaként állapítják meg, nem függ a biztosított személyek egyéni kockázatától;
- minden biztosított személy, szerződéses alapon hasonló alapszolgáltatásokat tartalmazó csomag kedvezményezettje;
- a NEA nem zárja ki magán egészségbiztosítás kötését.

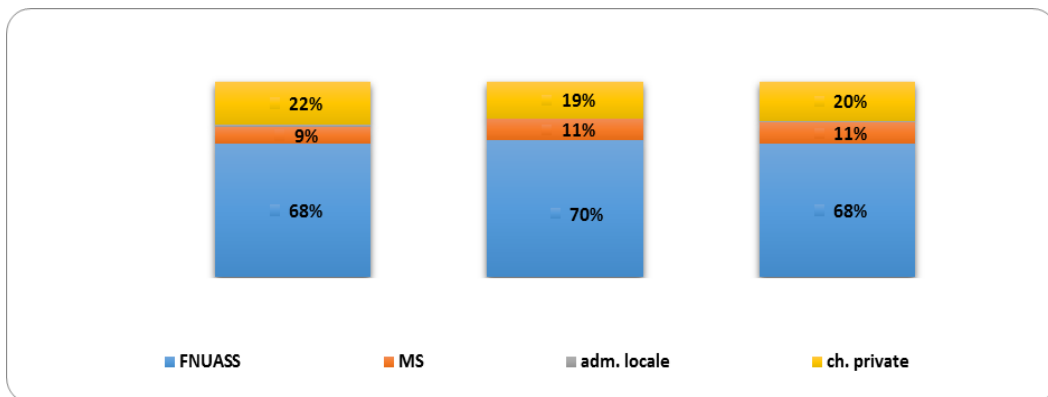
2015-ben az egészségbiztosítási rendszer a lakosság 87%-át biztosította, ami Románia összlakosságából - a Nemzeti Statisztikai Intézet 2015. december 31-én publikált adatai szerint ez 19.759.96 bejegyzett lakost jelent - 17.191.563, családi orvosi jegyzékben nyilvántartásba vett személynek felel meg.

A biztosítottak legnagyobb csoportját, 34,04%-át a munkavállalók teszik ki, őket követik a nyugdíjasok és a gyerekek 26,82% illetve 22,24% százalékkal (1. ábra).



1. ábra A romániai biztosítottak – beleértve a gyerekeket – kategóriái

Ami a költségeket illeti, az egészségügyi szolgáltatások költségeinek mintegy 68%-át a NEA, 11%-át az Egészségügyi Minisztérium, a fennmaradó hányadát pedig a betegek finanszírozták (2. ábra).



2. ábra Egészségügyi kiadások források szerint (összkiadás százaléka)

Forrás: CNAS, M.F.P., Mind Research & Rating

A 2015. évi, jóváhagyott költségvetési hozzájárulást és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap befizetéseit veti össze a következő, 1. számú táblázat:

1. Táblázat 2015. évi költségvetési kiadások

	Költségvetés (ezer EURO)	Befizetések (ezer EURO)	Teljesítés
Összkiadások megoszlása:	5.211.440	5.196.873	99,72%
1. Egészségügyi kiadások:	4.884.720	4.870.203	99,70%
Gyógyszerészeti termékek, higiéniai termékek és orvosi készülékek	2.056.135	2.053.905	99,89%
Járóbeteg egészségügyi szolgáltatások	660.370	657.578	99,58%
Kórházi kezelést megelőző sürgősségi ellátás és egészségügyi szállítás	7.908	7.866	99,47%
Kórházi orvosi szolgáltatások (fekvőbeteg ellátás)	1.997.890	1.996.484	99,93%
Otthonápolás	12.803	12.736	99,48%
Nemzetközi okmányok szerinti egészségügyi szolgáltatások	92.106	92.106	100,00%
Korábbi éveknek az aktuális évre visszajuttatott befizetései	0	5.443	-

	Költségvetés (ezer EURO)	Befizetések (ezer EURO)	Teljesítés
Az alappal kapcsolatos adminisztrációs költségek	57.507	54.926	95,51%
2. Társadalombiztosítási költségek	326.720	326.670	99,98%

A fenti adatok a **kórházi ápolás** dominanciáját tükrözik: ez képezi az egészségbiztosítási rendszer egészségügyi kiadásainak egyik legnagyobb tételét (40,99%). A járóbeteg szolgáltatások ezzel ellentétben az egészségügyi kiadások csupán 13,50%-át teszik ki, amelynek 50%-a (1.503.342 ezer RON) az elsődleges orvosi ellátás költsége, a többi pedig klinikai, laboratóriumi, fogászati járóbeteg ellátási és rehabilitációs költség.

Az egyensúlyhiány optimalizálása érdekében sürgős intézkedésekre van szükség ahhoz, hogy a lakosság egészségügyi szükségleteinek nagyobb hányadát lehessen fedezni az alaprendszer szolgáltatásaival: közösségi támogató szolgáltatásokkal valamint a családi orvos és a járóbeteg rendelők által nyújtott támogató szolgáltatásokkal. Ezeket a szolgáltatásokat kell képessé tenni arra, hogy reagálni tudjanak az akut betegség-epizódokkal kapcsolatos legfőbb szükségletekre és a krónikus betegségekben (cukorbetegség, magas vérnyomás, krónikus obstruktív tüdőbetegség) szenvedők állapotának nyomon követésére, hogy a kórházak ily módon csak az összetettebb szolgáltatásokat igénylő esetek számára legyenek fenntartva.

Ez a célkitűzés - amit 2014. óta egy új egészségügyi csomag megvalósítása is támogat, melynek célja bizonyíték-alapú orvoslással kapcsolatos feltételek alkalmazása valamint költséghatékony szolgáltatások nyújtása a rendszer alapszintjén - jelenti a legnagyobb kihívást a romániai egészségbiztosítási rendszer számára.

1.1.1. Állami gyermekegészségügyi szolgáltatások

Romániában az **állami gyermekegészségügyi szolgáltatások** ingyenesek. Ennél fogva a gyerekek és azok a 26 év alatti fiatalok, akik az oktatási rendszer bejegyzett tagjai (iskolai tanulók, diákok, hallgatók vagy gyakornokok) és nincs jövedelmük, ingyen kórházi ellátást és kezelést kapnak. Azok a 26 év alatti fiatalok, akik a gyermekvédelmi rendszerből kerülnek ki, nincs munkavállalásból származó jövedelmük és nem részesülnek társadalombiztosítási ellátásban, mentesülnek az egészségbiztosítási járulékfizetés alól.

A legfeljebb 2 éves korú gyereket vagy legfeljebb 3 éves, sérült gyereket nevelő, biztosított anyák, valamint a 3-7 éves sérült gyermeket nevelő anyák az államkasszából vagy a társadalombiztosítási kasszából biztosított fizetett szabadságot kapnak.

Vannak közvetlenül az Egészségügyi Minisztérium által koordinált **nemzeti egészségügyi programok** is. Némelyek kifejezetten az *Anyáknak és gyermekeknek*

szentelt programok, amelyek külön forrásokat biztosítanak olyan betegségek szűrésére és gyógyszeres vagy diétás kezelésére, mint a fenilketonuria vagy a hipotireózis, valamint olyan betegségek megelőzésére, diagnosztizálására és kezelésére, mint a malabszorpciós szindróma, a krónikus hepatitisz, cisztás fibrózis, asztma, kongenitális vagy szerzett immunhiány, továbbá a disztrófia kezelésére, surfactant terápiára, stb. Léteznek ezen kívül a Nemzeti Egészségügyi Intézet által koordinált programok, amelyek profilaktikus kezelést biztosítanak a gyermekkori hemofília és rosszindulatú betegségek legyőzésére (beleértve a gyermekkori akut leukémia diagnosztizálása céljából végzett immunfenotipizálást, stb.).

1.1.2. Romániai demográfiai adatok

2015-ben az élve születések száma 187.372 volt (185.006 romániai lakcímmel és 2.366 külföldön), 2014-ben pedig 185.322, ami nagy visszaesést mutatott az 1989. évi 369.544 élve születéshez képest. 2015-ben 260.997 (2014-ben pedig 254.791) volt az **elhalálozások száma**, ami markáns emelkedést jelentett 1989-hez képest (247.306). A **főbb halálokok** 2015-ben a kardiovaszkuláris betegségek (153.849 haláleset), a rák (51.288 haláleset), légzőszervi betegségek (14.992 haláleset), emésztőrendszeri betegségek (14.374 haláleset) és a balesetek (9.730 haláleset) voltak.

Az **1 évesnél fiatalabb páciensek elhalálozásának** száma 2015-ben 1.493-ra esett vissza a 2014-es 1.634-ről. 1989-ben 9.940 1 évesnél fiatalabb beteg halálozott el.

Az **abortuszok** száma 1.000 élve születésre 378,3 volt, összehasonlítva a 2014-es 400,6 abortusszal 1.000 élve születésre, ami egy élve születésre 0,4 abortuszt jelentett. 1989-ben még 0,5 abortusz esett egy élve születésre (522,5% élve születés).

Az **anyai halálozások száma** terhességi vagy szülési komplikációk következtében illetve szülés után 2015-ben 28, 2014-ben 24 volt, míg a beteg gyerekek ápolása céljából kivett betegszabadság 24.802 nap volt 2015-ben.

1.2. Gyermekgyógyászati képzés – Marosvásárhelyi Egyetem

A Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetemnek összesen 5.500 nappali alapképzős és mesterképzős, valamint doktori képzős hallgatója és rezidense van, akik közül mintegy 50 gyermekgyógyászati rezidens (egy ötéves rotációs programban évfolyamonként 10), és körülbelül 500 oktatója, akik közül 51 PhD koordinátor, többek között a gyermekgyógyászat területén. Minden évben több mint 60 posztgraduális kurzust tartanak, ezek közül (2016-ban) 4-et a gyermekgyógyászat és neonatológia területén. Az egyetem együttműködik a (több mint 3.500 férőhelyes) Marosvásárhelyi Klinikai Sürgősségi Kórházzal, és legtöbb orvos mind az oktatásban, mind a gyógyászatban tevékenykedik. Ez a kettős, gyógyászati-oktatási tevékenység segíti a gyakorlati készségek hallgatók általi elsajátítását a gyakorlati képzésben és a klinikai gyakorlatban egyaránt, egyúttal biztosítva és megalapozva az orvostudományi kutatásokat is.

Az egyetem nemzetközi dimenzióját az általános orvosi és fogorvosi képzési program angol nyelvű nappali kurzusa adja európai (Olaszország, Belgium,

Németország, Franciaország, Anglia és Görögország) és Európán kívüli (Afrika, Ázsia, USA) országokból származó hallgatók számára.

Gyermekgyógyászatot [6] minden alapképzős orvos- és fogorvostan-hallgató tanul képzésének 5. (utolsó előtti) évében, a gyermekgondozás tantárgyra pedig a formális orvosi képzés 4. évfolyamán kerül sor a nemzetközi tantervekhez igazított tanterv alapján. E hallgatók számára választható tárgy a neonatológia, az ápoló szakos hallgatók pedig a gyermekgyógyászathoz kapcsolódó anya- és újszülött-ápolás nevű tantárgyat tanulják. Minden évben mintegy 70, orvosi tanulmányainak különböző fázisánál tartó hallgató tölti nyári gyakorlatát a Marosvásárhelyi Klinikai Kórház I. számú Gyermekgyógyászati Klinikáján. **Ezek az egyetemi hallgatók képezik a jelen projekt célcsoportjának egy részét.**

A Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem M4 Osztályán (klinikai orvostudományok) 4 gyermekgyógyászati diszciplína működik összesen **24 oktatóval** – ez adja a projekt célcsoportjának egy részét: Gyermekgyógyászat I. (7 oktató: 1 egyetemi tanár, 3 adjunktus, 3 tanársegéd); Gyermekgyógyászat II. (7 oktató: 1 docens, 3 adjunktus, 3 tanársegéd); Gyermekgyógyászat III (6 oktató: 1 egyetemi tanár, 1 docens, 2 adjunktus, 2 tanársegéd); Gyermekgyógyászat IV (4 oktató: 1 docens, 1 adjunktus, 2 tanársegéd). Az oktatók a gyermekgyógyászat tárgyában tartanak előadásokat, gyakorlati foglalkozásokat és klinikai diagnosztizálást, továbbá tankönyveket, munkafüzeteket és online forrásanyagokat jelentetnek meg, amelyek az egyetem virtuális oktatófálán állnak rendelkezésre.

Körülbelül 10 új végzős hallgató vesz részt gyermekgyógyászati rezidens képzésben és összesen mintegy 50 rezidens (szintén projekt célcsoport) fordul meg a gyermekgyógyászati programban. Az oktatói gárda alapvégzettséggel, PhD fokozattal, poszt-doktori tanulmányokkal valamint szakmai készségekkel és kompetenciával rendelkezik a pediátria terén, szakkönyvek, tankönyvek és kutatási tanulmányok szerzői, nemzetközi és országos tudományos események előadói. Ezen kívül nemzeti és nemzetközi pediátriai társaságok tagjai, műhelymunkák és nemzetközi szimpóziumok szervezői (pl. 11. Nemzeti Pediátriai Kongresszus nemzetközi részvétellel, 2013. szept. 25-28.).

Az alapképzős és a rezidens hallgatók egyaránt átfogó elméleti, ugyanakkor gyakorlati, betegorientált orvosi képzésben részesülnek. Ebben a kontextusban a projekt által javasolt élethosszig tartó soft skill-fejlesztés jelentené a hozzáadott értéket a kiváló gyermekgyógyászati gondozás, a szülőkkel való produktív kapcsolattartás valamint a beteg- és orvos-elégedettség növelése érdekében.

1.2.1. Alapképzős gyermekgyógyászati oktatás – a Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem esete

Gyermekgyógyászatot a 4.-6. évfolyamon tanítanak, három főtárgy keretében:

Gyermekápolás – 4. év (14 órás kurzus + 15 órás gyakornokság)

Tanmenet:

- Bevezetés a gyermekgondozásba. Növekedés és fejlődés

- Az újszülött: Az időre született újszülött. A túlhordott újszülött. A kis születési súlyú újszülött (SGA – a gesztációs korhoz képest alacsony születési súly).
- A nagy születési súlyú újszülött (LGA – a gesztációs korhoz képest nagy súlyú – macrosom újszülött). A koraszülött újszülött
- Immunizációk. A romániai gyerekek immunizációs menetrendje. Táplálási elvek.
- A csecsemők és kisgyermekek táplálása
- Tejes tápszerrel való táplálás. A koraszülött csecsemő táplálása.
- Kisgyermekek, óvodáskorúak és tinédzserek táplálása. Heves hasmenéses megbetegedés (ADD) csecsemőknél és kisgyermekeknél.
- **Elsajátított specifikus készségek**
 - a kórtörténet felvétele, az újszülött és a gyermek teljes klinikai vizsgálata
 - csecsemő- és gyermekgondozási műveletek elvégzése (fürdetés, pólyázás, immunizációk, stb.)
 - életkornak megfelelő étrend kialakítása
 - étrend bővítési menetrend kialakítása
 - a gyermek pszichomotoros fejlődési fázisainak megállapítása
 - antropometrikus paraméterek kiszámítása
- **Transzverzális kompetenciák:**
 - mind az anyával, mint a gyermek pácienssel folytatandó, szóbeli és írásbeli kommunikációhoz szükséges készségek elsajátítása
 - projekt lefolytatása csapatszerep-specifikus feladatok elvégzésével
 - specifikus gyermekgyógyászati problémák megoldását célzó, koordinált projektek végrehajtása a munka mennyiségének, a feladat elvégzéséhez rendelkezésre álló forrásoknak és időnek, valamint az azzal járó kockázatoknak helyes felmérésével, a szakterület viselkedési kódexének és szakmai etikájának, valamint a biztonsági és munkaegészségügyi szabályoknak betartásával.

Gyermekgyógyászat – 5. év (42 órás kurzus + 105 órás gyakornokság)

Tanmenet

- Gyermekkori láz. Szepszis. Csecsemőkori légzőrendszeri patológia: a felső légutak betegségei;
- Légzőrendszeri patológia: gyermekkori köhögés; csecsemőkori otomastoiditis; gyermekkori epiglottitis és laryngeális krupp; akut bronchiolitis;
- Legzőrendszeri patológia: bakteriális tüdőgyulladás; interstitialis tüdőgyulladás; pneumopathia kezelése; asztma;
- Kardiovaszkuláris patológia: congenitalis szívbetegség; endocardialis myopathia; pericarditis; szívelégtelenség;
- Az emésztőtraktus megbetegedései: A gyermekkori akut fertőző hasmenéses megbetegedés specifikus vonatkozásai. Nem-fertőző akut hasmenéses megbetegedés, akut dehidratációs szindróma, visszatérő hasi fájdalom, malabszorpciós szindróma (celiac betegség, cisztás fibrózis, étel intoleranciák), gastrooesophagealis reflux, gyermekkori gastritis és gyomorfekély;
- Hiánybetegségek: rachitis, vashiányos anémia; fehérje-energia alultápláltság;
- Collagen-vascularis betegségek: fiatalkori rheumatoid arthritis; gyermekkori Kawasaki betegség;

- Vese- és húgyúti zavarok: a húgyúti traktus fertőzései, akut diffúz glomerulonephritis; nefrotikus szindróma;
- Vérzéses diathesis: Schönlein-Henoch purpura; immunthrombocytopeniás purpura; hemofília;
- Gyermekgyógyászati onkológia: leukémia; abdominális masszák (Wilms tumor, neuroblastoma); Hodgkin és non-Hodgkin lymphoma;
- Az idegrendszer patológiája: konvulziók; gyermekkori epilepszia, gyermekkori intracranialis hipertenziós szindróma;
- Anyagcsere és táplálkozási betegségek: diabetes mellitus. Gyermekkori fejfájás.

Elsajátítandó készségek:

- a kórtörténet felvétele, a gyermekgyógyászati páciens teljeskörű klinikai vizsgálata;
- alapvető műveletek elvégzése a gyermekgyógyászati diagnózis felállítására érdekében;
- pozitív és differenciált gyermekgyógyászati diagnózis megfogalmazása;
- individualizált gyermekgyógyászati terápia kialakítása;
- gyermekgyógyászati esetbemutatás;
- megfelelő kiegészítő vizsgálatok tervezése a gyermekgyógyászati patológiában
- mind az anyával, mint a gyermek pácienssel folytatandó, szóbeli és írásbeli kommunikációs készségek elsajátítása;
- projekt lefolytatása csapatszerep-specifikus feladatok elvégzésével;
- specifikus gyermekgyógyászati problémák megoldását célzó projektek koordinált módon történő végrehajtása a munka mennyiségének, a feladat elvégzéséhez rendelkezésre álló forrásoknak és időnek, valamint az azzal járó kockázatoknak helyes felméréssel, a szakterület viselkedési kódexének és szakmai etikájának, valamint a biztonsági és munkaegészségügyi szabályoknak betartásával.

Neonatalógia – 6. év (14 órás kurzus + 15 órás gyakornokság)

Tanmenet

- A neonatológia története. A neonatológia fontossága a modern orvostudományban. A technológia szerepe a neonatológiában. Neonatális szűrés.
- Fiziológiai adaptáció a méhen kívüli élethez. Az újszülött újraélesztés algoritmusai. Az újszülött újraélesztés kezdeti lépései. Pozitív nyomású ventiláció. Mellkasi kompressziók. Intubáció. Medikáció. Különleges helyzetek. Etikai kérdések. Poszt-reszuscitációs megfigyelés.
- Perinatális aszfixia és magzati distressz. Hipoxiás-iszkémiás encefalopátia, stadializálás, terápiás elvek. Obszetrikus trauma. Intracranialis vérzés. Neonatális rohamok.
- Légzőrendszeri distressz a neonatális időszakban. Légzőrendszeri distressz szindróma (RDS), neonatális tranzienstachypnoe (TTN), meconium aspirációs szindróma (MAS). Congenitalis pneumonia.

- Újszülöttkori sárgaság. Fiziológiás és patológiás sárgaság. Izoimmunizáció, hemolitikus sárgaság Rh és ABO vércsoportrendszerben. Az újszülöttkori sárgaság terápiás elvei.
- Perinatális fertőzések. TORCH szindróma. Újszülöttkori streptococcus B fertőzés. Septicemia és meningitis.
- Oxigén – gyógyszer vagy mérge? Megfigyelés. Az oxigénadás módjai. Krónikus tüdőbetegség. Koraszülött retinopathia.

Elsajátítandó képességek és kompetenciák:

- Az újszülött újraélesztés kezdeményezése szükségességének megállapítása.
- Az újszülött értékelését követően megfelelő terápiás terv megtervezése és megvalósítása.
- A betegségkockázat és a betegség megjelenése kontextusának pontos értékelése magas kockázatú újszülöttek esetében, majd a megfelelő profilaxis kiválasztása és megvalósítása.
- A koraszülöttség jellegzetességeivel felmerülő egészség/betegség problematika kezelése, közvetlenül e speciális állapotokhoz kapcsolódóan.
- Neonatológiai témájú tudományos kutatás és/vagy képzés kezdeményezése és megvalósítása.
- Az intenzív újszülöttápolás szervezéséhez szükséges vezetői feladatok hatékony ellátása.

Gyermekgyógyászati szemiológia – 4., 5.,6. év (14 órás kurzus)

Tanmenet

- köhögés, nehézlégzés; ziháló légzés, cianózis; stridor; hemoptysis;
- anorexia; hányás; hasmenés; hepatomegalia; splenomegalia; sárgaság; konstipáció;
- Dysuria; hematuria; proteinuria; gyakori vizelet; anuria;
- anémiás szindróma; limfoproliferatív szindróma; haemorrhagiás szindróma;
- akut láz; elhúzódó lázas állapot; láz és bőrkiütés;
- fájdalom értékelése gyermekeknél; myalgia; arthralgia; mellkasi fájdalom; visszatérő hasfájás; hátfájás; fejfájás; síró csecsemő;
- tumoros masszák gyerekeknél.

A hallgatónak az egészségügyi szolgáltatásokba való beilleszkedésének elősegítése érdekében egyetemünk nagyszabású, hallgató-központú és kompetencia-alapú tantervi reformfolyamatba kezdett. E célt szem előtt tartva az oktatást integráló kurzusokra, eset-alapú tanulásra (CBL, case based learning), csoport-alapú tanulásra (TBL, team based learning) és a kommunikációs készségeket fejlesztő kurzusokra helyezzük a hangsúlyt. Az értékelés egyszerre szummatív és formatív.

1.2.2. Gyermekgyógyászati rezidensi képzés

A gyermekgyógyászati rezidensi program célja nagy szakértelemmel rendelkező gyermekgyógyászok képzése gyermek páciensek széles spektrumával (csecsemőktől tinédzserekig) valamint a legkülönbözőbb orvosi, pszichológiai és sebészeti állapotokkal való szembesítés útján, a rezidensek kognitív és technikai készségeinek fejlesztése és az egyre függetlenebb gyermekgyógyászati praxisuk elősegítése érdekében.

A tanterv évi 200 tanórán (előadások, szemináriumok, esetbemutatók) továbbá 40-50 órányi egyéni tanuláson alapul. A képzést kreditekben (CFU) határozzák meg, 1 kredit = 25 képzési óra. Az összes képzési idő 20-30%-át teszi ki a tanítás, a többi 70-80%-ot gyakorlati tevékenységeknek és egyéni tanuláshoz szentelik. A képzés a képzési napló segítségével követhető nyomon; a hallgatók a stádiumértékelésekért, kutatási programokban való tevékenységért, tudományos tanácskozásokon és posztgraduális képzéseken való részvételért kreditpontokat kapnak.

Program nyomonvonalak:

1. Általános gyermekgyógyászat: 2 év és 1 hónap – Gyermek és serdülő pszichiátria: 3 hónap, Diabétesz: 2 hónap, Pulmonológia: 2 hónap, Gyermekneuroológia: 3 hónap, Gyermek onkológia-hematológia: 3 hónap, Általános ultrahang: 3 hónap, Genetika: 2 hónap és 2 hét, Dermatológia: 2 hónap
2. Neonatológia – 6 hónap, fertőző betegségek: 6 hónap, Gyermeksebészet és ortopédia: 2 hónap
3. Bioetika : ½ hónap (20 óra) gyakorlati tevékenységekhez és egyéni tanuláshoz [7].

1.2.3 Orvostudományi továbbképzés

Az orvostudományi továbbképzés posztgraduális kurzusokon, műhelymunkákban, országos és nemzetközi konferenciákon, valamint a Romániai Pediátriai Társaság védnökségével szervezett nyári egyetemi kurzusokon (évente 2 alkalommal, egy hét, illetve 40 órányi előadás és gyakorlati foglalkozások időtartamban, váltakozó patológiai témákban) való részvételt foglal magába, amelyekről a résztvevő orvosok az orvostudományi továbbképzésen való részvételt igazoló oklevelet kapnak.

Az Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem a következő posztgraduális kurzusokat indította a gyermekgyógyászat területén az elmúlt 3 évben:

1. Gyermekkori szindrómák – Nefrológiai, hematológiai és neonatális patológia;
2. Gyermekkori szindrómák – Emésztőrendszeri és légzőszervi patológia;
3. Újdonságok a gyermekkori patológia terén;
4. Újdonságok a gyermekkori táplálkozás terén;
5. Sürgősségi esetek a gyermekgyógyászatban.

1.3. Gyermekgyógyászati szolgáltatások

A rendelkezésre álló statisztikák szerint a következő egészségügyi egységek álltak rendelkezésre Romániában a 2014. év végén:

- 367 állami kórház,
- 10 poliklinika,
- 187 rendelőintézet,
- 330 kórházi járóbeteg klinika
- 2 TB szanatórium
- 2 preventórium
- 7.758 állami és magán gyógyszerár

2015 végén a kórházi ágyak száma: 125,482 volt, a következő megoszlással

- 7.491 kórházi ágy gyermekgyógyászatán,
- 366 gyermek TBC pulmonológián,
- 1.077 gyermeksebészen,
- 279 gyermek rehabilitáción,
- 45 krónikus gyermekgyógyászatán,
- 3.230 újszülött osztályon
- 879 koraszülött osztályon [5].

1.3.1 Magán gyermekgyógyászati szolgáltatások

Romániában, különösen a 2000. év után kezdtek fejlődésnek indulni a magán gyermekgyógyászati szolgáltatások. Magánpraxisokat, gyermekgyógyászati klinikákat és magánkórházakat alapítottak, főként olyan egyetemi központokban, mint Bukarest (nagyságát tekintve a legjelentősebb), Kolozsvár, Temesvár, Craiova, Iasi és Marosvásárhely, de egyéb városokban is (Brassó, Nagyszeben, Constanta, stb.). Nem áll rendelkezésünkre egyértelmű, frissített, hivatalos adat a romániai magán-gyermekgyógyászati egységek, férőhelyek számát, vagy a konzultációk számát és eredményeiket illetően.

Végezetül leszögezzük, hogy az egészségügyi szolgáltatók elsődleges célja az egészségügy minőségének javítása – amit a betegeknek az egészségügyi szolgáltatásokkal való növekvő elégedettsége tükröz vissza – a betegek szükségleteinek, igényeinek és az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos elvárásaiknak azonosítása és kielégítése mellett. A minőségi orvosi oktatás-képzés, amely valószínűsíthetően optimalizálja a gyermekgyógyászati egészségügyi gyakorlatot, csak egy azon aspektusok közül, amelyektől e célkitűzések elérését várjuk.

Bibliográfia

1. Titlul VIII Asigurări sociale de sănătate - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
2. Hotărârea Guvernului nr. 1028 / 2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014 - 2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014 - 2020 pentru

implementarea Strategiei naționale - <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>

3. Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anul 2015 - <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20ACTIVITATE%202015.pdf>;

4. Sinteza rapoartelor de audit financiar asupra contului de execuție a bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru anul 2014 la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2015 – http://www.curteadeconturi.ro/Publicatii/SINTEZA_cont_gen_exec_bug_2014.pdf

5. UNITĂȚI – PATURI, Ministerul Sănătății, Administrația Locală și Academia Română 2015, Institutul Național de Sănătate Publică - Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică, 2016

6. <https://www.umftgm.ro/facultatea-de-medicina/departamente-si-discipline/m4-clinice-medicale/pediatrie-i/colectivul-disciplinei.html>

7. <http://www.emedic.ro/Rezidentiat/CURRICULUM-DE-PREGATIRE-IN-SPECIALITATEA-PEDIATRIE.htm>

II. A GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER MAGYARORSZÁGON

2.1. A nemzeti egészségügyi rendszer

Magyarországon a XIX. századig nyúlik vissza az egészségügyi szolgáltatások hagyománya. Az első közegészségügyi törvényt 1876-ban fogadták el, és a társadalombiztosítási rendszerek nagy múltra tekintenek vissza az országban. 1948-tól kezdődően a vegyes gazdaság egészségügyi rendszerét, a gazdaság más ágazataihoz hasonlóan, központi állami rendszerré alakították át. Az 1972-ben elfogadott egészségügyi törvény megerősítette, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés az állampolgársághoz kapcsolódó jog, továbbá teljes és ingyenes ellátást ígért a hozzáférési pontokon. A rendszer ugyanakkor, alulfinanszírozottsága miatt, nem tudott megfelelni a kereslet támasztotta igényeknek. [1]

A magyarországi egészségügyi rendszert a múlt században a kórházak dominanciája, ezáltal pedig túlfejlett kórházi struktúra jellemezte. Az elsődleges egészségügyi ellátás presztízse alacsony volt, és hiányzott az egységes képzési rendszer. A szakmán belüli és azon kívüli erős érdekek miatt az egészségügyi politika azóta sem mert jelentősen változtatni ezen a helyzeten. Az egészségügyi rendszer reformját pedig az alulfinanszírozottsága is akadályozza.

A 60-as évek rendkívül rossz csecsemőhalandósági mutatói (46‰!) miatt dinamikus ütemben nyíltak meg a 14 éves kor alatti lakosság egészségügyi ellátására szakosodó gyermekgyógyászati rendelők. A 90-es évekre a városokban teljes mértékben, vidéken részlegesen került kialakításra ez a rendelői hálózat. E minőségi rendszert egy Holland PHARE tanulmány szükségtelen mértékben túlfejlettnak minősítette. A csecsemőhalandóság ugyanakkor 2008-ra 5,62‰-ra csökkent. [2] Az elsődleges gyermekegészségügyi ellátási rendszer azóta a felnőttekével párhuzamosan működik.

A modern elsődleges ellátási rendszer és háttérintézményeinek fejlesztésére csupán a 90-es évek elején került sor. Ugyanakkor, a felnőtt háziiorvosi ellátásban tapasztalt súlyos hiányosságok miatt, a fejlesztés szinte kizárólag a felnőtt háziiorvosi ellátást érintette, miközben az elsődleges gyermekgyógyászati ellátást és annak eredményeit kielégítőnek találták. A páciensek korábban a lakóhelyük szerinti, helyi körzeti orvosi (háziiorvosi) rendelőhöz tartoztak és csak ehhez a hivatalos körzeti orvoshoz fordulhattak, akit az önkormányzat vagy a helyi (állami) kórház foglalkoztatott. Az 1992-ben bevezetett új szabályozás óta a betegek maguk választhatják családorvosukat és elsődleges ellátásbeli gyermekorvosukat, a körzeti orvosok pedig az alkalmazotti státusz helyett választhatnak saját vállalkozási formát. Ma, Magyarországon mintegy 6.700 háziorvos működik a körülbelül 10 milliós lakosság elsődleges ellátásában. Az 1.498 gyermekorvos főleg nagyvárosokban, csak gyermekek ellátásában dolgozik, 1.600 háziorvos vegyes praxisban, vegyes korosztályt lát el, míg a többi háziorvos csak felnőttorvosként működik. Egy elsődleges ellátásban dolgozó gyermekorvoshoz átlagosan 800 gyermek tartozik. Kisebb körzetekben 4-500 gyermeket lát el egy-egy gyermekorvos, míg a legsűrűbben lakottakban akár 1.500-at is.

A 14 év alatt gyermekek 74%-át és a 19 évnél fiatalabb serdülők 46%-át látja el gyermekorvos, a többi gyermek és serdülő családorvosi "vegyes" praxisban részesül ellátásban, elsősorban vidéki, ritkán lakott területeken. Ez azt jelenti, hogy

Magyarországon – más európai országokhoz hasonlóan – gyermekorvosok és családorvosok végzik a gyermekek és serdülők orvosi ellátását. A Nemzeti Egészségbiztosító nem finanszírozza a 14 év alatti gyermekek körzeti orvos általi ellátását olyan körzetben, ahol működik gyermekorvosi rendelő is.

A fentieknek megfelelően, 14 év alatti városi gyermekek 100%-a gyermekorvosi ellátásban részesül. A 15-18 évesek az egész országban szabadon választhatnak a gyermekorvosi és a felnőtt körzeti orvosi ellátás között.

Az elsődleges ellátásbeli gyermekorvosi szakma a megszűnés szélén áll: amikor bezár egy gyermekorvosi rendelő, a területen lakó gyermekek vegyes praxisokba, családorvosi ellátásba kerülnek. 2016-ban a magyarországi elsődleges ellátásbeli gyermekorvosok átlagéletkora 59 év volt, 46 százalékuk elmúlt már 60, 140 közülük pedig betöltötte a 70. életévét is. Kilenc gyermekorvos 80 évesnél is idősebb volt. Nem volt azonban másik orvos, aki átvette volna helyüket a rendelőben. Az 1498 magyarországi gyermekorvos közül, akik az elsődleges ellátásban tartanak fenn praxist, 500-an 50 és 60 éves között vannak. Az utánpótlás hiánya a gyermekgyógyászatban a szakma eltűnéséhez vezethet.

Az elmúlt években legalább 100 gyermekgyógyászati praxist szüntettek meg. 2012-ben még 1.527 praxis volt, amelyek száma 2016-ra 1.498-ra csökkent. A fővárosban sokkal jobb a helyzet, és olyan sok aktív gyermekgyógyász van itt, hogy még egy 10%-os csökkenés sem okozna különösebb fennakadást a gyermekek egészségügyi ellátásában. Olyan területeken, amelyek helyi gyermekgyógyász nélkül maradtak, a szülők választhatnak a között, hogy máshová viszik gyerekeiket gyermekgyógyászhoz, vagy elfogadják a helyi körzeti orvos által nyújtott ellátást.

Az elmúlt évtized elején felmerült a kormányzat részéről az a szándék, hogy megszüntetik a gyermekorvosi rendszert. Bár a szándék alábbhagyott, továbbra is nagy gondot okoz, hogy a minőségi fejlesztés hiánya az elsődleges gyermekgyógyászati ellátás elsovadásához vezet.

A gyermekorvosok 5 évig tanulnak gyermekgyógyászatot. A családorvosok ezzel ellentétben négyhónapos gyermekgyógyászati képzésben részesülnek, pontosabban két hónapos elméleti képzésben, amit hathetes gyermekgyógyászati gyakorlat egészít ki. Ez egyértelműen túl kevés ahhoz, hogy ugyanolyan színvonalú gyermekgyógyászati ellátást tudjanak nyújtani, mint a gyermekgyógyászok. Egy Bunuel Alvarez által végzett kutatás [3] szerint a szakorvosok magasabb színvonalú megelőző egészségügyi szolgáltatást tudnak nyújtani. Szerepük elsődleges fontosságú a gyermekek kezelésében, ezért fontos fenntartani a gyermekorvosi rendelőket.

A gyermekgyógyászati szolgáltatások alapfinanszírozását számos szorzó befolyásolja: először is függ a lélekszámtól, azaz a gyermekorvos működési körzetében lakó páciensek számától (alacsonyabb lélekszám esetén magasabb a szorzó). Másodsorban, a településtípustól függően is létezik egy szorzó (amely nagyvárosokban alacsonyabb, kiesőbb területeken magasabb). A további szorzók a gyermekgyógyász szakmai képzettségétől, illetve a páciensek korától függenek (minél fiatalabb a páciens, annál magasabb a szorzó). Sok, az elsődleges ellátásban működő gyermekorvos rész munkaidőben üzemorvosként vagy egyéb orvosi szolgáltatóként is dolgozik alacsony fizetésének kiegészítése céljából. Az alapidíjazáson felül a gyermekorvosok teljesítményalapú díjazásban is részesülnek. Ez utóbbinak összege azon betegek számától függ, akik az adott gyermekorvos körzetén kívül laknak, mégis az adott gyermekorvost választották a helyi egészségügyi szolgáltatójuk helyett.

2007-ben az akkori koalíciós pártok kierolettették egy egészségügyi reform megtervezését és kezdeményezését. A reformot rosszul kommunikálták mind a lakosság, mind az egészségügyi társadalom felé, és az akkori ellenzék is megtámadta.

2007 februárjától a betegeknek szimbolikus összeggel, a vizitdíjjal (amely HUF 300, kb. EUR 1 volt) részt kellett vállalniuk a finanszírozásból, amit közvetlenül az egészségügyi szolgáltatóknak kellett befizetniük minden konzultáció alkalmával, valamint minden kórházban töltött nap után. Egy hosszú politikai kampányt követően, amelyben a parlamenti ellenzék civil mozgalmak is támogatták, egy országos népszavazás után, 2008 áprilisában eltörölték a betegek általi társfinanszírozást. A magán egészségbiztosítási pénztárak korábban tervezett megalapítására pedig nem került sor.

2012. januárjától kezdve, új törvények és rendeletek értelmében a kormány az összes kórházat átvette a helyi és megyei önkormányzatoktól. A szóban forgó reformokkal, a kormányzati kommunikáció szerint a következő célokat kívánták elérni:

- az egészségügyi rendszer finanszírozásának racionalizálását;
- a kormányzati kiadások csökkentését;
- a nagyvárosokban a kórházak és a szakrendelések közötti átfedések csökkentését;
- egy központosítottabb irányítási rendszer kialakítását, mivel gyakorlatilag lehetetlen volt összehangolni az önkormányzatok különféle érdekeit.

A szerkezetváltás folyamata során meg kell birkózni az orvosok és a tapasztalt ápolók, asszisztensek hiányával. Az elmúlt évek során az adminisztratív feladatok rendkívüli mértékű megnövekedésén kívül szinte semmi sem történt az elsődleges ellátás terén. Az orvosoknak, különösen a fiatal rezidenseknek, kismértékű fizetésemelést ígértek. Amennyiben a kezdő fizetés változatlan (havi nettó 300-400 euró) marad, sokan fenyegettek az ország elhagyásával.

2.2. Gyermekgyógyászati oktatás

2.2.1. Egyetemi gyermekgyógyászati oktatás, orvosi doktori (MD) fokozat

A magyarországi orvosi egyetemi oktatás megfelel az európai szabványoknak és igen magas színvonalú. A viszonylag kényelmes felvételi követelmények és az elfogadható tandíj sok külföldi diákot vonz.

Magyarországon négy orvosi egyetem fogadja a külföldi hallgatókat orvosi, gyógyszerészeti és fogorvosi tanulmányokra: a Semmelweis Egyetem, a Debreceni Egyetem, a Szegedi Tudományegyetem és a Pécsi Tudományegyetem. A magyarországi orvosi egyetemek diplomáit az Európai Unióban és az Egyesült Államokban is elismerik, ennek köszönhetően pedig sok külföldi hallgató választja a magyarországi orvosi képzést.

Az orvosi fakultásokra felvehető hallgatók számát az Emberi Erőforrások Minisztériuma határozza meg minden évben. Mivel 2-4-szer több a jelentkezők, mint a rendelkezésre álló férőhelyek száma, a kiválasztási folyamat a hallgatók előzetes tanulmányi eredményein alapul.

A 12-szemeszteres képzési időszak legalább 6.000 órás oktatást foglal magába, két részre bontva. Az első rész kétéves preklinikai tanulmányokat jelent az alapvető természettudományok területén, a második rész pedig a klinikai tanulmányokra összpontosít, négyéves időtartamban. A gyakornoki időszak a 11. és 12. szemeszter alatt zajlik le, általában egyetemi klinikákon vagy kórházakban.

A hatéves képzési program befejeztével a hallgatóknak írásbeli szakdolgozatot kell beadniuk és megvédeniük, írásbeli záróvizsgát, valamint vizsgabizottság előtt szóbeli záróvizsgát kell tenniük. Az összes vizsga sikeres letétele után a hallgatók megkapják diplomájukat és orvosdoktor (MD) címet kapnak. [4]

2.2.2. Orvosi továbbképzés

A magyarországi orvosdoktorok számára kötelező az orvosi továbbképzésben való részvétel: ahhoz, hogy a Magyar Orvosi Kamara orvosi praxis-nyilvántartásában megújíthassák végzettségüket, ötévente, kötelezően részt kell venniük orvosi továbbképzési programban.

A fakultások kurzusok és programok szervezésével járulnak hozzá a Magyarországon praktizáló orvosdoktorok továbbképzéséhez, amelyek elméleti és gyakorlati tevékenységeket egyaránt magukba foglalnak. Az ötéves képzési időszak alatt összesen 250 kreditpontot kell gyűjteni.

2.3. Gyermekgyógyászati szolgáltatások

2.3.1. Állami gyermekgyógyászati szolgáltatások

Magyarországon a gyermekgyógyászati praxisok állami fenntartásúak és mindenki számára ingyenesen hozzáférhetők. A törvény szerint minden gyermek ingyenesen jogosult gyermekgyógyászati ellátásra. Ezzel együtt léteznek magánpraxisok is, amelyek mindenki előtt nyitva állnak, aki hajlandó kifizetni szolgáltatásukat. Amennyiben van lehetőség arra, hogy az adott gyermekorvost elsődleges ellátásbeli gyermekorvosnak válassza valaki, kötelező megtennie ezt a választást.

Amennyiben egy gyermek jogosult magyar állami biztosításra, az általános gyakorlat az, hogy a körzeti gyermekorvos gyermekorvosi szolgáltatásait veszi igénybe ingyenesen. Minden körzetben több gyermekorvosi rendelő is található, gyakran a helyi védőnővel (aki képzett ápoló) egy épületben. (Magyarországon a védőnő egy olyan szociális munkás és képzett ápoló kombinációja, akinek elsődleges szerepe a páciensek tájékoztatása és a gyerekek általános egészségének nyomon követéséhez kapcsolódó adminisztrációs munka elvégzése.) A gyermekek bejegyzett lakcímük alapján kerülnek egy adott gyermekorvoshoz, de, míg a védőnőt nem választhatják a családok, a szülők választhatnak gyermeküknek másik gyermekorvost. A körzeti gyermekorvos választásának az az előnye, hogy közel van a rendelő, megszabott rendelési idő van és az orvos ingyenesen hívható házhoz is. [5]

Magyarországon öt egyetemi gyermekgyógyászati klinika működik, továbbá minden megyei kórházban működik gyermekgyógyászati osztály. Ezekon kívül két független, kizárólag gyermekek ellátása szakosodott kórház is létezik: az egyik Budapesten, a másik egy gyermekgyógyászati központban, Miskolcon (az ország második legnagyobb városában). Néhány szakosodott intézményben is van gyermekgyógyászati osztály. A gyógyászat különböző alterületein nyújtott járóbeteg szolgáltatásokat főként a szolgáltatások kórházakon belüli beosztása alapján szervezik a gyermekek számára.

2.3.2. Magán gyermekgyógyászati szolgáltatások

Számos olyan magánrendelő van Budapest-szerte, amely az itt élő külföldieknek nyújt ellátást. Mindegyiknek vannak gyermekgyógyászati szolgáltatásai is. A magán járóbeteg rendelők elfogadják a magán egészségbiztosítást, sőt némelyikük maga intézi a számlázást is, közvetlenül a biztosítótársasággal.

A magán gyermekorvosi járóbeteg rendelők orvosi szolgáltatások széles skáláját nyújtják az összetettebb problémák ellátása érdekében. Van olyan rendelő, ahol a nap 24 órájában áll rendelkezésre (akár házhoz menő) gyermekorvos, és általánosan bevett a forródrót szolgálat, amely éjjel-nappal fogad hívásokat, hétköznapi és ünnepnapokon egyaránt. A magán gyermekorvosi járóbeteg rendelők újszülött kortól 18 éves korig nyújtanak kezelési, szűrési és oltási szolgáltatásokat.

III. A GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER OLASZORSZÁGBAN

3.1. A Nemzeti Egészségügyi Rendszer

Az olasz Nemzeti Egészségügyi Szolgálatot (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) a 833. számú törvénnyel hívta életre a parlament 1978 decemberében [1]. Az SSN magába foglal minden olyan funkciót, struktúrát, szolgáltatást és tevékenységet, amit az olasz állam valamennyi olasz állampolgárnak garantál. Célja a fizikai és lelki egészség fenntartása és ápolása, valamint az egészségügyi rendszerek népszerűsítése Olaszország Alkotmányának 32. paragrafusával összhangban. Az olasz Nemzeti Egészségügyi Szolgálat legfőbb funkcionális szerve az Egészségügyi Minisztérium, amelynek feladata a közegészség védelme.

Az olasz Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (SSN) a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) által kidolgozott Beveridge modellhez (Beveridge 1942; Musgrove 2000) hasonló modellt követ. A brit NHS-hez hasonlóan az olasz kormány is adók segítségével biztosítja és nyújtja a fedezetet Olaszország lakosságának egészségügyi ellátásához. Az egyetemes fedezet egységes egészségügyi hozzáférést biztosít az állampolgárok számára, és általában az adóbevételekből finanszírozott jóléti rendszer hozzáadott értékéként tartják számon. Ugyanakkor, az 1990-es évek eleje óta tartó erős decentralizációs politika következtében a hatáskörök az államtól fokozatosan a 21 olaszországi régióhoz kerültek át. Ennek következtében az állam már csak korlátozott felügyeleti ellenőrzéssel bír, de továbbra is teljes felelősséget visel az SSN-ért annak érdekében, hogy az egész országban egységesen lehessen biztosítani az egészségügyi szolgáltatások nélkülözhetetlen szintjét. Ennek érdekében mind a minisztérium, mind a régiók számára szükségessé vált egy közös teljesítményértékelési rendszer (TÉR) elfogadása.

A **Nemzeti Egészségügyi Tervezetet (Piano Sanitario Nazionale)** a minisztérium dolgozza ki és a parlament hagyja jóvá. A tervezet meghatározza az általános közegészségügyi célokat, a költségvetést, valamint a forrásoknak a regionális egészségügyi tevékenységért felelős régiók közötti elosztását. A legfőbb helyi egészségügyi szervek a Helyi Egészségügyi Szolgálatok (Azienda Sanitaria Locale, ASL). Ezek koordinálják és szervezik valamennyi megelőzéssel, felvétellel, gondozással és rehabilitációval foglalkozó hozzáférési pont, rendelő és helyi szolgálat (ASL) munkáját.

Az Egészségügyi Minisztérium szabja meg e szolgáltatások működtetésének általános szabályait, továbbá az egészségügyi személyzet és az ellenőrzési rendszer kialakításával és frissítésével, valamint az eredmények ellenőrzésével kapcsolatos irányelveket.

3.2. Gyermekgyógyászati képzés

Az egyetemi évek alatt a gyermekgyógyászatot főtárgyként hallgatják és úgy vizsgáznak le belőle az orvostanhallgatók, míg legtöbbjüknek választható tárgyként szerepel – a gyermekorvosnak készülőknek azonban gyakran kötelező vagy melegen

ajánlott – a gyermeksebészet, a gyermekápolás és az alkalmazott genetika. Sokuknak kötelező a gyermekosztályon való gyakorlat is.

A diploma megszerzése után a gyermekorvosi munka előfeltétele egy ötéves, specializált gyermekorvosi képzés elvégzése, valamint öt évnyi gyermekórházi vagy egyetemi munka, amiért általában rendes fizetés is jár. E képzés elvégzése után lehet elhelyezkedni gyermekorvosként. Országsszerte indítanak mesterképzéseket és hosszabb kurzusokat különböző alterületeken is (neonatólógia, serdülő gyógyászat, reumatológia, stb.), lehetővé téve a munkaterület szerinti specializáció vagy valamely fejlesztendő területen való további fejlődést.

A specializáció elvégzése után három lehetőség közül lehet választani:

1. magántevékenység,
2. kórházi tevékenység,
3. gyermekgyógyászati konzulensi tevékenység a helyi egészségügyi szolgálatnál (ASL).

Az orvosi továbbképzés teszi lehetővé az egészségügyi szakemberek számára, hogy naprakészek legyenek, így jobban tudjanak reagálni betegeik és az egészségügy szükségleteire, valamint saját szakmai fejlődésüket is szolgálják.

Az orvosi továbbképzés a kompetens és szakértő gyakorlat szempontjából hasznos új tudás, készségek és attitűdök befogadását célozza. Az egészségügyi szakemberek etikai kötelessége, hogy új tudást és kompetenciát ültessenek a gyakorlatba a minőségileg hasznos segítségnyújtás érdekében, azaz alapvetően korszerű készségekkel, morális konfliktusok nélkül gondozzák betegeiket és ezáltal jó egészségügyi szakemberek lehessenek.

A 229/1999. törvényerejű rendelettel bevezetett 502/1992. törvényerejű rendeleten alapuló nemzeti orvosi továbbképzési program – amely kötelezővé tette az egészségügyi szakemberek számára a folyamatos továbbképzést – elindítása 2002-ben markáns üzenet volt az egészségügyi szakma számára.

Az orvosi továbbképzés új korszaka sok újdonságot tartalmaz és az egyéni készségek fejlesztésének és követésének modern megközelítéséhez szolgál eszközzül. Az orvosi továbbképzés szorosan kapcsolódik a klinikai környezetben végzett kutatáshoz.

3.3. Gyermekgyógyászati szolgáltatások

Az Állami Gyermekgyógyászati Szolgáltatások a gyermekgyógyászat szakterületének koncepciójába tartoznak, amely a területek, szolgáltatások és a páciensek ellátásának új megközelítését jelenti az ehhez kialakított struktúrákkal és folyamatokkal. A koncepció olyan struktúrákat foglal magába, mint a gyermekórházak és az általános kórházakban található gyermekosztályok, ahová kizárólag gyermekgyógyászokat és szakápolókat vesznek fel. A legtöbb helyi egészségügyi szolgálat (ASL) területén elszórva található olyan családorvosi rendelők, ahol úgynevezett "consultori", azaz gyermekrészleg is működik, vannak egyidejűleg több óvodában illetve iskolában működő gyermekorvosok, valamint megjelenőben van egy új szereplő, az úgynevezett "közösségi gyermekorvos" is. Mindezen szakembereknek állandó kapcsolatban kell állniuk a legfőbb, valamennyi gyermek gondozásáért felelős gyermekgyógyással: a családi gyermekgyógyással (Pediatria di Famiglia).

A családi gyermekgyógyász az az orvos, aki a születéstől kezdve a serdülőkorig figyelemmel kíséri a fizikai és lelki fejlődés minden aspektusát. Ismernie kell a páciens

és családjának teljes történetét, rendszeres, szervezett konzultációk és vizsgálatok keretében gondoskodnia kell páciensei szükségleteiről, valamint igény szerinti konzultációkhoz és vizsgálatokhoz, telefonos konzultációhoz, védőoltások beadásához is rendelkezésre kell állnia. Ő felelős továbbá az igazolásokért, és ő jelenti az összekötő kapcsot a családok és az ellátás második szintje között.

A gyermekorvosi jegyzékek a rendelkezésre álló szabad helyek és az állampolgárok választásának függvényében állnak össze.

A gyermekorvosok csoportos vagy hálózati szintű gyógyászati projekteken is részt vehetnek. A gyógyszerreceptek és/vagy a vizsgálatok felírásához szükséges új folyamatok számítástechnikai eszközök használatát teszik szükségessé.

Együttműködnek a helyi egészségügyi hatóság körzeti igazgatójával. A gyermekgyógyászok 6 éves korukig követik a gyerekek fejlődését rendszeres felmérő vizsgálatokat végezve, amelyek közül az utolsót a gyerekek körzeti orvoshoz való átkerülése előtt végzik el. [1] Lásd az 1978. december 23-i, 833. számú törvényerejű rendeletet (Hivatalos Közlöny 360.sz., 1978.12.18.): "A nemzeti egészségügyi szolgálatok intézményei".

A gyermek neuropszichiáterek tevékenysége 0-18 éves korú gyermekeket és tinédzsereket céloz. A szolgáltatás gyermekpszichiáterek, a területi struktúrákban és/vagy kórházakban működő orvosok, valamint a terület további intézményei (szociális szolgálatok, iskola) együttműködésével valósul meg.

A gyermekneurológia a gyermek és serdülőkorú fejlődés zavarainak megelőzésével, kezelésével és rehabilitációjával foglalkozik: neuromotoros károsodással, születési és szerzett neurológiai betegségekkel, epilepsziával, pszichiátriai és viselkedési problémákkal, kommunikációs és nyelvi zavarokkal. Szintén a feladatai közé tartozik a nemzeti törvények szerint fogyatékkal élőknek számító tanulók kiszűrése és igazolvánnyal való ellátása (az ún. leíró profil működtetése: második modell, funkcióképességi besorolás (ICF)), ez alapján kerülnek az adott gyerekek az iskolai gyógypedagógus gondozásába és ez alapján indulnak be a kiskorúak fogyatékkal élő státuszának elismerését célzó folyamatok.

IV. A SPANYOLORSZÁGI GYERMEKGYÓGYÁSZATI RENDSZER

4.1. A nemzeti egészségügyi rendszer

A spanyolországi egészségügyi rendszer magja egy, az egészségügyi szolgáltatásokat átfogó köztestület, amit 1908-ban *Instituto Nacional de Previsión* (Nemzeti Jóléti Intézet) néven alapítottak és amelynek hatáskörét fokozatosan, az egész ország lakosságára kiterjesztették. Az egyetemessé tétel e folyamatát az 1942-ben nemzeti törvénybe – *Ley de Seguro Obligatorio* – iktatott bismarcki modell megvalósítása vezérelte, amely a magánvállalatok számára kötelezővé tette az egészségbiztosítást és más biztosítási kedvezményezetteknek is kínált egészségügyi szolgáltatást. A gazdasági növekedés 1963-ban lehetővé tette, hogy a magánbiztosítási társaságok állami irányítás alá kerüljenek, amely folyamat 1986-ban zárult le a *Ley 14/1986 General de Sanidad* (Általános Egészségügyi Törvény) elfogadásával. Ez a törvény tartatja be az állampolgárok egészségének védelmével kapcsolatos, a spanyol Alkotmányban lefektetett kötelezettségeket, és ismeri el minden spanyol állampolgár, valamint minden Spanyolországban élő külföldi állampolgár egészségügyi szolgáltatásokhoz való jogát.

A 90-es évek óta, miután az Alkotmány VIII. cikkelye autonóm közösségek irányítása alá helyezte át a közszolgáltatások területi felügyeletét az egyes területek szükségleteinek kielégítése érdekében, az egészségügyi igazgatás felelőssége is helyhatóságok felügyelete alá került; az egészségügyi rendszer a helyi önkormányzatok kompetenciájának részévé vált. Az egészségügyi szolgálatok jelenleg a *Comunidades Autonomas* (Autonóm Közösségek) nevű regionális intézmények felelősségi körébe tartoznak; ezek az intézmények felelősek a regionális közszolgáltatásokért.

Az egészségügyi rendszer számos területen nyújt szolgáltatásokat, úgy, mint: prevenció, diagnosztika, terápia, rehabilitáció, valamint a közegészség népszerűsítése és megvalósítása. Az egészségügy a spanyolok redisztributív jövedelmi politikájának egyik fő eszköze: mindenki gazdasági kapacitásának megfelelően járul hozzá adók formájában, de egészségi szükségleteinek megfelelően részesül az egészségügyi szolgáltatásokból. Spanyolországban a gyakori betegségekkel és nem-munkahelyi balesetekkel kapcsolatos egészségügyi ellátás független az anyagi hozzájárulástól és a regionális hatóságok által finanszírozott.

2003-ban, a mai spanyol társadalmat befolyásoló kulturális, technológiai és szocioökonómiai változásokkal és a társadalom kórképeivel való szembenézés érdekében az Általános Egészségügyi Törvényt kiegészítették a *Ley 16/2003 de Cohesion y Calidad del Sistema Nacional de Salud* (Kohézió és Minőség) Törvénnyel. A törvény meghatározza azon funkciók összességét, amelyekkel valamennyi autonóm közösségnek rendelkeznie kell az egészségügy terén: úgy, mint juttatások, gyógyszertárak, egészségügyi szakemberek, kutatások, egészséginformációs rendszerek, valamint az egészségügyi rendszer általános minősége. Számos országos intézményt hoztak létre a szolgáltatások minőségének nemzeti szinten történő emelése, valamint a regionális egészségügyi szolgálatok értékelhetősége érdekében.

2012-ben, a *Real Decreto 16/2012* (Királyi Dekrétum) Törvény megjelenésével következetes módosításokat vezettek be a nemzeti közegészségügyi politikába a

közegészségügyi szolgáltatások gazdasági fenntarthatóságával kapcsolatban. Ez a törvény jelentős módosítást vezetett be a spanyol közegészségügyi rendszer hagyományosan egyetemes jellegét illetően: az egészségügyi szolgáltatások nem ingyenesek minden állampolgár számára, de ingyenesek lehetnek a családok bevételeitől függően, és a nem regisztrált külföldiek számára nem biztosított a közegészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés. Napjainkban ugyanakkor nem alkalmazza mindegyik autonóm közösség ezt a törvényt.

Az Egészségügyi és Szociálpolitikai Minisztérium az állampolgároknak az egészségügyi szolgáltatásokhoz való, alkotmányos jogainak tiszteletét szem előtt tartva alakítja ki az egészségügyi nemzeti politikákat és szabályozza a *Sistema Nacional de Salud* (SNS, Nemzeti Egészségügyi Rendszer) működését. Az Alkotmány által előmozdított és az Általános Egészségügyi Törvénnyel törvénybe iktatott decentralizációs folyamat eredményeként minden autonóm közösség felállította a saját, megfelelő és független igazgatású Egészségügyi Szolgálatát. A 2003-as Kohéziós Törvénnyel megalapították továbbá a *Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud* (CISNS, Spanyol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat Tanácsa) intézményét, amely általános koordinációs feladatokat lát el egészségügyi kérdésekben a központi állam és az autonóm közösségek között és garantálja az SNS koordinálását.

Az autonóm közösségek a *Consejería de Sanidad* (Egészségügyi Tanácsok) segítségével igazgatják a helyi egészségügyi szolgáltatásokat, amelyeknek feladata az autonóm kormány egészségpolitikájának koordinálása és megvalósítása a társadalombiztosítás, a lakosság egészségügyi szükségleteinek kielégítése, az egészségügyi rendszer igazgatása, a mentális egészség, a gyógyszerészeti szolgáltatások, az egészségügyi szakemberképzés, a kutatás-fejlesztés, a közegészségügy, az élelmiszerbiztonság és az addiktív zavarok területén.

Az autonóm egészségügyi rendszer ún. egészségügyi területekre (*Áreas de Salud*) van felosztva: ezen adminisztratív körzetek feladata az elsődleges ellátás megszervezése. Az *Atención primaria* (elsődleges ellátás) teljes körű és folyamatos ellátási szintet biztosít a páciens egész élete során, és ebből a szempontból, a *medico de familia* (családorvos) szerepének köszönhetően, minden páciens az egészségügyi ellátási terv egyénre szabott koordinációjára és szabályozására számíthat.

A családorvos koordinációs szerepet játszik az egészségügyi oktatás, megelőzés, ápolás, rehabilitáció és szociális egészségügy biztosítása érdekében. Az elsődleges ellátás magába foglalja az otthoni szolgáltatásokat, sürgősségi szolgáltatásokat, illetve az ütemezett vagy igény szerinti szolgáltatásokat. Az *atención especializada* (specializált ellátás) az elsődleges ellátásbeli családorvos kérésére nyújt szakorvosi szolgáltatásokat. Ez utóbbi szolgáltatás általában kórházban – fekvőbeteg vagy járóbeteg ellátás keretében – szakellátó központokban vagy ambuláns kórházban érhető el.

A szakellátás szervesen kapcsolódik az elsődleges ellátáshoz és a páciens olyan szükségleteit érinti, amelyeket az elsődleges ellátás nem fedez. Amennyiben a páciens klinikai körülményei lehetővé teszik, a szakellátás általában járóbeteg konzultáció és ambuláns kórházi ellátás keretében érhető el. Az *Atención socio-sanitaria* (szociális egészségügy) olyan krónikus betegek számára nyújtott szolgáltatás, akik egyidejűleg szorulnak rá arra, hogy az egészségügyi szolgálatok enyhítsenek krónikus állapotukon és a szociális szolgálatok elősegítsék társadalmi beilleszkedésüket.

4.2. Gyermekgyógyászati képzés

Spanyolország az Európai Parlament 2004-ben törvénybe iktatott 2021/12/2004 EK irányelve alapján szabályozza az orvosi képzést. A Bolognai Megállapodás értelmében az orvosi egyetemek átvették az Európai Kredit Transzfer Rendszert (ECTS) az oktatásnak az Európai Unión belüli harmonizálási stratégiája megvalósításának érdekében. Spanyolországban az alapképzős orvostanhallgatók tanulmányaik 5. évében találkoznak a gyermekgyógyászat tantárggyal. Egyetemről függően eltér a tantárggyért járó kreditpontok (ECTS) száma, amely 12-14 között mozog, míg a diplomáért járó összes kreditpont 360 ECTS. Állami egyetemeken, ahol a gyermekgyógyászati kurzusok 12 ECTS kreditpontot érnek, 75 órás elméleti tanulmányi programot és 84 órás gyakorlati képzést kell teljesíteniük a hallgatóknak, amely 36 órás irányított és 48 órás nem-irányított tevékenységre osztható, és 137 órás egyéni tanulási programhoz integrálódik. A gyakorlati képzés általában 1 hónapi gyakorlatnak felel meg egy kórház gyermekgyógyászati osztályán, rotációs rendszerben: az orvostanhallgatók 1 hetet töltenek újszülött osztályon, 1 hetet klinikai konzultáción, 1 hetet gyermek sürgősségi osztályon és 1 hetet általános gyermekgyógyászaton.

Spanyolországban az államvizsga letétele után az orvostanhallgatók megkezdhetik posztgraduális, szakorvosi tanulmányaikat. Eredményeiktől függően nyernek felvételt egy kiválasztott specializációra és kezdenek 4 éves posztgraduális képzést, amelynek végére *Medico Interno Residente* (MIR), azaz rezidens orvosi végzettséget szereznek. A rezidens képzés általában 5, a gyermekgyógyászati specializáció esetén 4 éves, ami gyakori vitatéma a spanyol gyermekgyógyászati szakirodalomban.

A rezidens orvosok nemzeti szabályozáson alapuló szerződéssel rendelkező, fizetett orvosok; az orvosok pedig éppúgy hozzájárulnak az adórendszerhez, mint bármely más foglalkozásúak. A gyermekgyógyászati rezidensség háromféle képzést foglal magába: elsődleges ellátásbeli és járóbeteg klinikai konzultációt, amely utóbbi végezhető kórházban vagy elsődleges ellátási központban. A rezidensség ideje alatt a gyermekgyógyászok a pediátria részterületeivel – neonatológia, gyermek sürgősség, gyermek ortopédia, gyermeksebészet és gyermek intenzív ápolás – rotációs rendszerben ismerkednek meg. A kórház tanulmányi testülete határozza meg a minden rezidens számára kötelező szakterületek közös, alapvető képzési kurzusait.

A gyermekgyógyászati rezidenseknek rezidensségük 1. évében a következő szakterületekhez kapcsolódó kötelező képzési programot kell követniük: bevezetés a gyermekgyógyászatba, gyermekgyógyászati radiológia, gyermekgyógyászati kardiológia (az EKG olvasásra összpontosítva), kommunikációs készségek és klinikai interjú gyakorlati foglalkozás, gyermekgyógyászati sürgősség.

A rezidensség 2. évének képzési programjában kötelező tárgy a kardiopulmonáris reszuszcitáció, a bioetika és a laktáció, és vannak a kutatási készséget fejlesztő választható tárgyak, mint a biostatisztika, a bibliográfiai kutatás és más specifikus, tudományos gyakorlati tárgyak. Bár azok az alapvető kompetenciák, amelyek a rezidensi képzés befejezéséhez szükségesek, mindenhol ugyanazok, a képzési programok eltérhetnek egymástól az egyedi szabályozás és az egészségügyi szolgáltatások iránti igény függvényében megszervezett területi szolgálatoktól vagy kórházaktól függően. A rezidensség első 3 évében minden rezidensnek, rotációs rendszerben, kötelezően el kell töltenie két-három hónapot valamennyi gyermekgyógyászati szakterületen és alterületen, az utolsó évben pedig egy, a választásuknak megfelelő területen vesznek részt 6 hónapos képzésben. Minden rezidens rotációs ciklusát egy oktató és egy tanszékvezető irányítja. Valamennyi rezidens rotációs ciklusai a sürgősségi ellátás, a perinatális terület, a gyermekgyógyászati és újszülött intenzív ellátás, a gyermek onkológia és hematológia,

valamint az elsődleges ellátás területeit érintik. A rotációs rendszerben választható alterületek pedig a következők: kardiológia, endokrinológia, nefrológia, neurológia, pneumológia, gasztroenterológia és allergia. Az Egészségügyi Minisztérium irányelve szerint a rezidensek, a szolgáltatások szükségességének függvényében, havonta 4-6 alkalommal cserélődhetnek a sürgősségi ellátásban.

A spanyol orvosi oktatásban a soft skill-ek fejlesztése a *habilidades de comunicación* (kommunikációs készségek) és a *humanidades médicas* (orvosi bölcsészettudományok) nevű tantárgyak keretén belül történik. A spanyol orvosi egyetemek oktatási modellje kimenet-alapú tanterv alapján szerveződik. Az *Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación* (Nemzeti Tudományértékelési és Akkreditációs Iroda, ANECA) ajánlása szerinti orvosi egyetemi kimenetek két csoportba oszthatók: a transzverzális kompetenciák által lehetővé tett általános kimenetek, valamint a specifikus kimenetek, köztük a soft skill-ek.

Az orvostanhallgatók specifikus kompetenciái a következők: 1) klinikai készségek, 2) az orvostudomány tudományos alapjai, 3) népegészségügy 4), szakmai értékek és attitűdök, 5) kommunikációs készségek, 6) lakosság és egészségügyi rendszerek, 7) vezetési információk. Ezt a tantárgyat taníthatja pszichológus, az orvosi pszichológia kurzus keretén belül, vagy etika tanár az orvosi bölcsészettudományok kurzus részeként, vagy mindkettő. Az első esetben a soft skill-ek a kommunikáció módjára összpontosítanak: arra, hogyan beszélnek az orvosok a páciensekkel, a második esetben pedig a kommunikáció tartalmára, ill. az orvosnak az orvos-beteg kapcsolaton belüli hozzáállására.

Az első és a második aspektus között lényeges különbségek vannak. Egy pszichológus tud ajánlani konkrét testtartást is a kommunikációs folyamathoz, valamint egy sor olyan, előre megfogalmazott kérdést, amivel az empátia kialakítható. A második esetben az etika a szakmai hozzáállást alakítja: a kommunikációs folyamat során tanúsítandó proaktivitást annak érdekében, hogy a páciens be lehessen vonni a döntéshozatalba. Mindkettő nélkülözhetetlen a soft skill-ek fejlesztési szempontjából, ezért elengedhetetlen, hogy a pszichológiai és az etikai megközelítést egyaránt beépítsék a kurzusba.

Bizonyos spanyolországi magánegyetemeken a soft skill-ek egy *Humanidades Médicas y Habilidades de Comunicación* (orvosi bölcsészettudomány és kommunikációs készségek) elnevezésű kurzus keretén belül kerülnek terítékre, amit az orvosi egyetem első évfolyamán tanítanak. Ebben a kurzusban a soft skill-ek egy 5 előadásból álló modul részei, és mindegyik előadás heti 2 órában tartandó: 1) bevezetés, 2) kommunikációs folyamat, 3) aktív figyelem 4) asszertivitás, 5) rossz hírek közlése. Minden előadáshoz tartozik egy 1 órás gyakorlat, valamint egy szimulációs kórházban tartott objektív strukturált klinikai vizsgálat (OSCE). Bár bizonyos formai eltérések lehetnek, a kurzust mindegyik spanyolországi egyetem felvette a tantervébe, és az strukturált megközelítést nyújt a soft skill-ekhez alapképzős orvostanhallgatók számára.

Az orvostudományi továbbképzést Spanyolországban a *Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* (az Egészségügyi szakmákat szabályozó törvény) szabályozza, amely egy átfogó, a témára vonatkozó összes korábbi törvényi rendelkezést integráló törvény. Az orvostudományi továbbképzést olyan képzési folyamatként határozza meg, amely az alapképzést végzett egészségügyi szakemberek aktív és folytatódó tanulását célozza az ismeretek, készségek és attitűdök növelése, javítása érdekében, az orvostudomány technológiai fejlődése támasztotta kihívásoknak való megfelelést és az állampolgárok egészségügyi szükségleteire való reagálást tűzve ki céljául. Az orvostudományi továbbképzést az

Egészségügyi Minisztérium tanúsítványi rendszere szabályozza, és minden egészségügyi szakember számára követelmény.

A spanyolországi kórházakban az *Unidad de calidad* (Minőség Részleg) irányítja az orvostudományi továbbtanulást. Az pedig a szakmai szervezetek felelősségébe tartozik, hogy külső vagy online tevékenységeket szervezzenek egészségügyi szakembereik számára. A szakmai szervezetek és a Minőség Részlegek gyakran koordinálják tevékenységüket a képzési programok szervezésében. A kórházakban olyan folyamatos oktatási tevékenységeket foglal magába az orvostudományi továbbképzés, mint a klinikai ülések és a képzési kurzusok, valamint országos és nemzetközi konferenciákon elhangzó szóbeli prezentációkat, kutatási tevékenységeket és dolgozat publikációkat. Ahhoz, hogy hivatalos kreditet kaphasson egy képzési program, előzetesen értékelteni kell a *Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias* (Egészségügyi szakemberek továbbképzési bizottsága) nevű testülettel, amely a közigazgatást képviselve jár el az egészségügyi szakemberek tanúsítványaival kapcsolatosan.

Az *Asociación Española de Pediatría* – (AEP, Spanyol Gyermekgyógyászati Társaság) nevű szervezetnek fontos szerepe van a gyermekgyógyászok továbbképzési programjában. A soft skill-ek fejlesztését célzó szakmai képzés megvalósításáról szóló viták általában két téma körül forognak Spanyolországban: a gyermekgyógyász-páciens-család kapcsolat és a bioetika körül. Az utóbbi évtizedekben a spanyol szakirodalom is gyakran érintette a témát, főként a gyermekgyógyászati kompetenciákat illetően. Gyakran olvashatunk a gyermekgyógyász rezidensi képzés javításának szükségességéről, a kommunikációs készségek, a kulturális különbségek felismerése és kezelése, valamint a családok bevonásának és a közös döntéshozatal elősegítésének, mint értékeknek azonosítása és népszerűsítése terén.

A fenti témát illetően olyan szaklapokban, mint az *Educación Médica* vagy az *Anales de Pediatría* megjelentek szerint a nyilvános vitákban részt vevő gyermekgyógyászok általános véleménye az, hogy a rezidensek számára jelenleg elérhető képzési programok nem tudnak megfelelően reagálni az egészségügyi helyzet szükségleteire, valamint az orvostudományi képzésben alkalmazott kimenet-alapú tanterv követelményeire. A spanyolországi AEP által népszerűsített érdekes kezdeményezés a *Continuum* project, amely egy, a gyermekgyógyászati továbbképzés javítását célzó online platform. A project 2003-ban kezdődött és a Gyermekgyógyászati Oktatás Globális Tantervén alapul: ez a Nemzetközi Orvostudományi Oktatási Intézet (IIME) által ajánlott kiemenet-alapú oktatási modell gyermekgyógyászati verziója, amit Spanyolországban az ANECA népszerűsít. A *Continuum* kompetencia-alapú képzést népszerűsít alapképzős, végzős és gyakorló orvosok számára, valamint képzési kurzusokat és tanulási tevékenységeket kínál.

4.3. Gyermekgyógyászati szolgáltatások

Spanyolországban 5 féle szolgáltatásba szerveződik a gyermekgyógyászati ellátás: kórházi, sürgősségi, nappali kórházi vagy otthoni ellátás, valamint külső konzultáció, amely utóbbit a *Centro de Salud* (Egészség gondozási Központ) központból vagy más kórházból biztosítják azoknak a kórházaknak, ahol az adott szolgáltatást nyújtják. A szolgáltatásokat a páciensek szükségleteinek és életkorának megfelelően biztosítják. Ez a modell az egészségügyi rendszer általánosabb szervezési módját – az elsődleges ellátásba, szakellátásba és szociális egészségügybe való felosztását – tükrözi. A gyermekgyógyászati páciensek ily módon integrált ellátásban részesülnek, amely a betegek fizikai, pszichológiai és szociális szükségleteit egyaránt figyelembe veszi.

A gyermekgyógyászati osztályok, a gyermeksebészet és a neonatológia gyakran egymással koordinált egységek és a gyermekgyógyászati páciensek teljes kórtanát lefedik, minden korosztályt tekintve. Egy spanyolországi gyermekgyógyászati kiválósági model a következő szolgáltatásokat tartalmazhatja:

- 1) perinatológia részleg, a szülészeti osztállyal együttműködve;
- 2) neonatológia részleg, külön intenzívápolási területtel (*Unidad de cuidados intensivos neonatológicos*);
- 3) laktációs részleg;
- 4) gyermekgyógyászati intenzívápolási részleg (*Unidad de cuidados intensivos pediátricos*);
- 5) onkológiai és hematológiai részleg;
- 6) gyermekgyógyászati részleg az előző részlegekből kimaradt, 2-17 éves korú páciensek számára;
- 7) gyermeksebészet;
- 8) gyermekgyógyászati otthonápolás;
- 9) gyermeksürgősség;
- 10) nappali kórház;
- 11) külső konzultáció egészségügyi központokkal.

Bármely más, ezen szolgáltatások között fel nem sorolt kórkép felnőtt részlegekhez tartozik, ahol vannak a gyermekpáciensekhez szükséges specifikus kompetenciákkal rendelkező egészségügyi szakemberek is: szemész szakorvos, ortopédus, pszichiáter és fül-orr-gégész.

A jelenlegi spanyolországi egészségügyi model az 1986-os *Ley General de Sanidad* általános egészségügyi törvényen alapul és olyan nemzeti egészségügyi rendszert jelent, amely univerzális ellátást nyújt az állampolgároknak a spanyol alkotmány garantálta, egészséghez való joga alapján. Ez a modell adta Spanyolország uralkodó közegészségügyi ellátási rendszerét még akkor is, ha a 90-es évek óta egy lassú módosulási folyamat révén néhány autonóm közösségben vegyes egészségügyi rendszerre nyílt lehetőség, ami fokozatosan nemzeti szabvánnyá válik.

Az egészségügyi rendszer e helyi szintű módosulásával összhangban kezdeményezte az első nemzeti szintű beavatkozást az *Informe Abril* (Áprilisi Jelentés) 1991-ben, amelyben javaslat formájában szerepel minden, később elfogadott intézkedés, úgy, mint a társfinanszírozás, az egészségügyi szolgáltatások ellátásához szükséges bizonyos magán kritériumok, a magán piac megvalósítása az egészségügyi szolgáltatások számára, a biztosítás szerepének és a magán egészségügyi szolgáltatások nyújtásának támogatása, az egészségügyi szakemberek szerződési feltételeinek megváltoztatása. Mindezen intézkedések társadalmi elutasítást váltottak ki az egészségügyi szakemberek, betegek és politikai döntéshozók körében, aminek következtében legtöbbjüket átmenetileg felfüggesztették.

1992 óta számos közkórházat hoztak létre a magánvállalatok irányítási kritériumai alapján, de más jogi státusszal, azaz az 1994-es *Ley de Fundaciones* (Alapítványi Törvény) rendelkezéseiben előírt, új kritériumok alapján, amelyeket regionális parlament hatáskörébe tartozó autonóm közösségek iktattak törvénybe. 1994-ben olyan új megközelítés vette kezdetét, amely kompetenciákkal ruházott fel magánvállalatokat magánkórházak alapítása céljából, bizonyos közszükségleteket szolgáló, konkrét egészségügyi szolgáltatási területeken, amelyek esetében mind az irányítás, mint az egészségügyi szolgáltatás teljesen magánkézben van, ugyanakkor az adott magánvállalat közfinanszírozásban részesül. 1999-ben a kormány konkrét jogalkotással adta meg az autonóm közösségeknek annak lehetőségét, hogy a a hagyományos közkórházi modellről a Közalapítványi Modellre váltsanak. Ez az új

törvényi keret heves vitát váltott ki az érintettek körében, és jelenleg sem teljes a megvalósítása minden régióban, ugyanakkor nemzeti szinten megvan rá a jogi lehetőség.

Annak lehetősége, hogy kizárólag magántókéből alapítsanak egészségügyi szolgáltatást és tisztán privátszolgáltatást nyújtsanak, Spanyolországban 2007-től nyílt meg, Madridban, és fokozatosan más autonóm közösségekben is elterjedt. A pénzügyi válság idején egy új törvény, a *Real Decreto Ley 16/2012* vezetett be sürgősségi intézkedéseket a közegészségügyi rendszer fenntarthatóságával kapcsolatosan. Az intervenciók között új kritériumokat vezettek be a magánfinanszírozásra és a magánbiztosítások népszerűsítésére az autonóm közösségek többségében, egy magánegészségügyi rendszer jövőbeni bevezetése céljából.

A fenti törvény egyik legfontosabb aspektusa, hogy első alkalommal kerül sor annak megbeszélésére, mit jelent az egészségügy egyetemessége elve: kizárólag a bejegyzett lakcímmel rendelkező külföldieknek van hozzáférésük a közegészségügyi rendszerhez, a többi külföldi számára kizárólag privát alapon működnek a közegészségügyi szolgáltatások, és feltétel számukra az egészségbiztosítás megléte.

Végezetül megjegyzendő, hogy a gyermekgyógyászat a magánegészségügyi rendszerben is ugyanazokat a kritériumokat és struktúrát követi, mint a közegészségügyi rendszerben, és minden körülmények között ugyanazok a törvényi feltételek érvényesek.

Bibliográfia

- 1) Farrerons Noguera L. Historia del Sistema Sanitario Español, Ed. Diaz de Santos, Madrid: 2013
- 2) Ley 14/1986 General de Sanidad. Organización del Sistema Sanitario Público
- 3) Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- 4) Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones
- 5) Crespo Hernaández M. Formación del Especialista de Pediatría: Viejos Problemas, Nuevos Tiempos. Anales de Pediatría 2009; 70:409-12
- 6) Crespo Hernández M. Bases Fundamentales del Programa MIR. Anales de Pediatría 2003; 58(4): 385-394
- 7) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro Blanco Título de grado en Medicina
- 8) Core Committee, Institute for international Medical Education, Global minimum essential requirements in medical education. Medical Teacher 2002; 24(2): 130-135
- 9) Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitaria
- 10) Cruz-Hernandez M. A Renewed challenge in Paediatric Education: Patient-Paediatrician and Family Relationship. Educación Médica 2004; 7(4):119-124
- 11) Hernández González A, Rodríguez Nuñez FJ et al. Conocimientos sobre ética asistencial de los residents de pediatría. Anales de Pediatría 2014; 80:106-113
- 12) Continuum: The Power of e-learning and Web 2.0 in medical training in paediatrics. Three years of experience. Educación Médica 2017; doi.org/10.1016/j.edumed.2017.02.002
- 13) Sanchez Bayle M. La privatización de la asistencia sanitaria en España. Fundación Alternativas, 2014

V. A GYERMEKEGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER NÉMETORSZÁGBAN

5.1. A német egészségügyi rendszer

A német egészségügyi rendszer legfontosabb aspektusa a munkavállalók kötelező, törvény által előírt egészségbiztosítása, amit "bismarcki modell" néven ismerünk.

Az egészségügyi rendszer eredete a középkori kézműves céhektől nyúlik vissza, ahol a szolidaritás elvén alapuló egészségbiztosítás korai formáját találjuk meg. A céhtagok egy közös alapba fizettek be, amiből más céhtagokat támogattak egészségügyi problémák esetén. 1883-ban Bismarck olyan társadalombiztosítási rendszert valósított meg, amely kötelezett bizonyos munkáltatókat és munkavállalókat már fennálló, önkéntes betegpénztárakba való befizetésre, ahonnan a fedezett alkalmazottak orvosi ellátását tudták fizetni. A modern Kötelező Egészségbiztosítás (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) rendszere, amely abból a korai kezdeményből nőtte ki magát, alapvetően ugyanaz maradt az évek során és a német állampolgárok mintegy 90%-át biztosítja kötelező egészségpénztárak („betegpénztárak”) révén. A GKV alapvetően a teljes orvosi ellátás költségeit fedezi, és minden törvényes lakosra univerzálisan kiterjed. A németországi egészségügyi rendszer négy alapelven nyugszik:

1. Kötelező biztosítás
2. Díjfizetésből történő finanszírozás
3. A szolidaritás elve
4. Az önkormányzatiság elve

1. Táblázat A német egészségügyi rendszer válogatott egészségügyi rendszer-indikátorai

Lakosság		Év
Összlakosság (millió)	80,646	2013
65 év felettek, százalékban	21,1%	2013
0-14 év közöttiek	13%	
Kiadás		
Egészségügyi kiadás, GDP százalék	11,3%	2015
Fejenkénti egészségügyi kiadás	\$4.920	2013
Fejenkénti egészségügyi reálkiadás átlagos éves növekedése, 2009–2013	1,95%	2013
Fejenkénti zsebből fizetett egészségügyi kiadás	\$649	2013
Fejenkénti kórházi kiadás	\$1.423	2013
Összkiadás kórházi ellátásra (milliárd)	84,2	2015
Fejenkénti gyógyszerekre történő kiadás	\$678	2013
Orvosok		
1.000 lakosra jutó praktizáló orvosok száma	411	2014

Lakosság		Év
Fejenkénti éves orvoshoz menetek átlagos száma	9,9	2013
Kórházi kiadás, kihasználtság és kapacitás		
Összes kórház száma	1956	2015
1.000 lakosra jutó sürgősségi kórházi ágyak száma	5,34	2013
Elbocsátott páciensenkénti kórházi kiadás	\$5.641	2015
1.000 lakosonkénti kórházi elbocsátások száma	252	2013
100.000 lakosonkénti kórházi ágyak száma	823	2014
Átlagos kórházi tartózkodás gyógykezelés céljából (napokban)	7,7	2013
Egészség		
Becsült élettartam	81 év	2015
Becsült csecsemőhaladóság 1.000 élve születésre	3	2015
Csecsemőhalál 1.000 élve születésre	3%	2014

Forrás: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016.

<http://www.euro.who.int/en/countries/germany/data-and-statistics>;

<https://www.destatis.de>; <https://de.statista.com>

A németországi egészségügyi rendszer három részre: a szereplők, a befizetők és a szolgáltatók szektoraiba tagolható.

5.2. Szereplők

A német egészségügyi rendszer alapja egy decentralizált, önirányító rendszer, amit különféle szereplők működtetnek. A döntéshozó hatalom hagyományosan a nemzeti (szövetségi) és az állami (tartományi) szint között oszlik meg, miközben jelentős hatalom kerül autonóm testületekhez is.

Nemzeti szinten a Szövetségi Gyűlés, a Szövetségi Tanács és a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium a kulcsszereplő. Szövetségi szinten a szövetségi Egészségügyi Minisztérium (*Bundesministerium für Gesundheit, BMG*) felelős a politika kialakításáért. Az állam felel a törvényi keret kialakításáért, amit a Szociális Törvénykönyv (*Sozialgesetzbuch*) V. könyve testesít meg: ez az egészségbiztosítási pénztárak és a szolgáltatók számára egyaránt betartandó. Az Egészségügyi Minisztérium irányít számos olyan intézményt és ügynökséget, amelyek felelősségi körébe tartozik a közegészségügy magasabb szintű kérdéseivel való foglalatzkodás: ilyenek a Szövetségi Gyógyszer és Orvostechnikai Eszközök Intézete (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM*) és a Paul Ehrlich Intézet (*PEI*). A Szövetségi Gyógyszer és Orvostechnikai Eszközök Intézete a döntéshozó a gyógyszerek jóváhagyását illetően; a Paul Ehrlich Intézet felelős az oltóanyagok jóváhagyásáért.

Az autonóm egészségügyi rendszer legfontosabb testülete a Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsame Budesausschuss, GBA*): ez a szövetségi szint legmagasabb döntéshozó testülete. A GBA az egészségpénztárak szövetségi egyesületeinek és a szolgáltatói csoportok (orvosok, fogorvosok és kórházak) szövetségi egyesületeinek közös fóruma. Ennek a felelősségébe tartozik a szolgáltatások közfinanszírozott

csomagjának, valamint az ambuláns, fekvőbeteg és interszektorális egészségügy minőségi szabványainak meghatározása. (Nolte et al. 2008). A Kötelező Egészségbiztosítók Csúcsszövetsége (GKV-Spitzenverband) valamennyi kötelező biztosítótársaság szövetségi szintű egyesülete. Tevékenysége törvényi felügyelet alatt áll. A magánbiztosítótársaságok képviselőjét a Magánbiztosítók Egyesülete (PKV-Verband) látja el.

A közegészségügy elsődlegesen a 16 szövetségi állam kompetenciájába tartozik. A szövetségi államok felelősek a fekvőbeteg kapacitások tervezéséért és a kórházi befektetések finanszírozásáért is.

Mind az öt biztosítótársaságot a szövetségi kormány felügyeli a Szociális Törvénykönyv néven ismert szövetségi rendelkezések alapján. A németországi szociális jóléti rendszer öt pillére a következő: munkanélküli biztosítás, nyugdíjbiztosítás, egészségbiztosítás, balesetbiztosítás és hosszú távú gondoskodás-biztosítás.

5.3. Befizetők

Olyan decentralizált rendszerről van szó, amelyben a tartományi szintű kormányok és a non-profit egészségpénztárak megtartották autonómiájukat. Az egészségpénztárak szigorúan szabályozott, non-profit, versengő, not-for-profit és nem kormányzati intézmények (számuk 2017-ben 113) (GKV-Csúcsszövetség 2017). A pénztáraknak juttatások széles skáláját kell fedezniük, beleértve kórházi és orvosi szolgáltatásokat, vényes gyógyszereket, fogorvosi, megelőző és anyasági ellátást. A kötelező egészségbiztosítási rendszerben ingyenes szolgáltatásokat nyújtanak a hozzáférési pontokon.

A kötelező egészségbiztosítási hozzájárulás szintje nem egyéni kockázatvállalás-, hanem jövedelemfüggő, és a jövedelemszerző foglalkozásból (vagy nyugdíjból) származó bevétel hányadaként állapítják meg. A juttatások nem kereső családtagokra is kiterjednek, többletdíj felszámítása nélkül. Ugyanannak az egészségpénztárnak ugyanolyan fizetési szinten lévő tagjai ugyanazt az összeget fizetik.

A német egészségügyi rendszerben a kötelező egészségbiztosítás tagjai betegség esetén közösen viselik a fizetékiesésből és az orvosi költségekből eredő egyéni kockázatokat. A kötelező biztosítás valamennyi fedezettje egyformán jogosult az ellátásra. A biztosítási díjak nagysága kizárólag a jövedelemtől függ. Ez azt jelenti, hogy a gazdagok segíteni tudnak a szegényeken, és az egészségesek segíteni tudnak a betegeken. A biztosítási díjak összegének megállapításához ugyanakkor csak egy bizonyos jövedelemszintig (*hozzájárulási mérésküszöb*) veszik figyelembe a jövedelem százalékát. A küszöb fölött keresők is mind ugyanazt a maximális díjat fizetik.

A hozzájárulási ráta a bruttó fizetés 14.60%-a (Szövetségi Egészségügyi Minisztérium). A pénztárak nem zárhatnak ki tagot betegség miatt, és nem emelhetik a biztosítási díjat az életkor vagy az egészségi állapot függvényében. A kötelező egészségbiztosítók kötelesek minden jogosult jelentkezővel szerződni. Minden állampolgár szabadon választhat a betegpénztárak közül. A hozzájárulások a kötelező egészségbiztosítással rendelkező alkalmazottak és alkalmazói között oszlanak meg (~ 53% ill. 47% százalékos arányban). A lakosság 90%-a tartozik a kötelező egészségbiztosítási rendszerbe, 8% magánbiztosítást választ, 2% a fegyveres erők vagy a rendőrség tagjaként részesül egészségügyi ellátásban, és 0,2% alatti a nem biztosítottak aránya.

5.3.1. Magánbiztosítás

Az évente legalább 48.000 euró keresettel rendelkező alkalmazottak beléphetnek az egyik kötelező egészségpénztárba, vagy lemondhatnak erről és köthetnek magánbiztosítást. Nem kötelező befizetniük a Kötelező Egészségbiztosítási Rendszerbe – választhatnak sok magánbiztosítási társaság széles kínálatából. Ez utóbbi rendszerben a kezelés költségeit először a betegnek kell állnia, a biztosító később téríti. A térítés szintje az adott biztosítótársaság egyéni politikájától függ.

5.3.2. Egészségügyi kiadások

A fejenkénti egészségügyi kiadások 2.911 euróra, a GDP 10,7 százalékára rúgnak, ami a legmagasabb arány az Európai Unióban. Az összes egészségügyi kiadás 57%-át fedezték kötelező egészségbiztosításból. 14%-át magánháztartások fizették közvetlen befizetések és társfinanszírozások formájában, 9%-ot a magánbiztosítási szektor; 5,7%-ot kormányzati forrásokból finanszíroztak, 7,5%-ot pedig hosszú távú biztosításokból. A magánháztartások (a közvetlen befizetéseket és a társfinanszírozást is beleértve) az egészségügyi összkiadások 14%-át fedezik. A fekvőbeteg-ellátás napi költsége 10 euró (max. 28 nap) (Parsi & Fischer 2009).

5.4. Szolgáltatók

A németországi egészségügy szigorúan elkülöníti a járóbeteg-ellátásban dolgozó és a kórházi orvosokat. A járóbeteg ellátásban dolgozó legtöbb orvosnak tilos kórházi beteget kezelnie, legtöbb kórházi orvosnak pedig nincs járóbeteg rendelője. Az orvosi szakmában dolgozók száma 2,8 millió (Destatis).

Az ún. "Összehangolt Fellépés" keretén belül évente két alkalommal iránymutatásokat adnak ki az orvosi és kórházi díjakat, valamint a gyógyszerárakat illetően. Ezen iránymutatások alapján, állami, regionális és helyi szinten, tárgyalásos úton egyeztetnek egy-egy régió egészségpénztárai, a regionális orvosszövetségek és a kórházak az orvosi és kórházi díjakkal kapcsolatban.

5.4.1. Fekvőbeteg ellátás

Az akut fekvőbeteg ellátást közszolgáltatók, nonprofit köz/magánszolgáltatók és profit-orientált magánszolgáltatók látják el vegyesen (34%, 38%, 28% százalékos arányban), a Németországban működő 1956 kórházban. A kórházak elsősorban fizetett orvosokat alkalmaznak. A járóbeteg ellátást egy globális költségvetési rendszerből térítik meg diagnosízisalapú betegcsoportok (DRG) szerint, a kórházi felvételek száma után. A fekvőbeteg ellátás megtérítését közvetlenül az egészségbiztosítók intézik.

5.4.2. Járóbeteg ellátás

Ambuláns ellátást főként egyszemélyes praxisban dolgozó, fizetős magánszolgáltatók nyújtanak. A betegek szabadon választhatnak orvost. A kötelező biztosítás kedvezményezettjeinek ingyenes hozzáférésük van az ambuláns orvosok 96%-ához (4%-uk nincs kapcsolatban a kötelező biztosítási rendszerrel és kizárólag magánbiztosított vagy zsebből fizető betegeket szolgál ki). Az ambuláns ellátás a szövetségi tartományok (Länder) szintjén szerveződik, 17 regionális orvosi egyesületen keresztül. Ezek felelősek a kötelező biztosítási rendszer orvosai engedélyének

kiadásáért és az ambuláns szektorban nyújtott szolgáltatások díjainak megtérítéséért. Az ambuláns ellátásban dolgozó orvosoknak kötelező a regionális orvosi egyesületbeli tagság. A betegségpénztárak minden évben egy globális összeget fizetnek be régiójuk orvosi egyesületébe, amely részletes fizetési kimutatás szerint fizeti ki a régióbeli orvosokat.

5.5. Gyermekgyógyászati képzés

A gyermekgyógyászat része a németországi orvosi oktatásnak, de az egyetemi program felépítése egyetemenként eltérő.

Példaként a müncheni Ludwig-Maximilians-Egyetem gyermekgyógyászati oktatását mutatjuk be:

Az orvosi oktatás összesen 6 modulból áll, a gyermekgyógyászat az 5. modul része. A gyermekgyógyászati modul előadást, szemináriumokat, online szemináriumokat, oktatóanyagokat, gyakorlati képzést tartalmaz. Ezen kötelező kurzusokon kívül önkéntes online szemináriumokkal és gyakorlati képzéssel mélyíthetik el tudásukat. A gyermekgyógyászati program végén a hallgatóknak két vizsgát kell letenniük.

Előadások

- Fontos alapokat adni
- 28 előadás (időtartam:45 perc)
- Témák: pulmonológia, neonatológia, endokrinológia, anyagcserezavarok, infektológia, onkológia, hematológia, gasztroenterológia, kardiológia, gyermekgyógyászati neurológia, hemostaseológia, nephrológia, táplálkozás

Szemináriumok

- 6 szeminárium
- Témák: fejlődési neurológia, gyermek vészhelyzetben, gasztroenterológia, védőoltások, rossz hírek közlése, az újszülöttek és csecsemők vizsgálata

Online-szemináriumok

- Esettanulmányok

Oktatóanyagok

- Csoport mérete: 8-10
- 4 esetet 8 oktatóanyagban beszélnek meg (időtartam:90 perc)

Gyakorló képzés

- 3 fős csoportok
- A diákok 4 napot az osztályon "dolgoznak"
- Témák: gyakorlati oktatás (betegágy mellett), kórelőzmény felvétele, klinikai vizsgálat, orvosi jelentés megírása

Önkéntes gyakorlati képzés

- Képzések: neurológiai vizsgálat, gyermekorvosi műtét, beszélgetési készségek fejlesztése, újszülöttek kezdeti gondozása

6 évvel az egyetemi tanulmányok és a záróvizsga után a hallgatók MD, általános orvosként dolgozhatnak. Ahhoz, hogy valaki gyermekorvos legyen, legalább öt évet kell dolgozni rezidensként egy gyermekkórházban, vagy - részben - szakosodott járóbeteg-ellátásban. Ez alatt az idő alatt általános gyermekgyógyászattal, neonatológiával, intenzív ápolással és ultrahanggal foglalkoznak. Öt év elteltével végleges vizsgát kell tenniük és ezután gyermekgyógyászatra specializálódhatnak.

A gyermekgyógyászok számos területre szakosodhatnak, hároméves képzés keretében a következő területek közül választhatnak:

- Neonatológia
- Tüdőgyógyászat
- Gyermekgyógyászati Neurológia
- Kardiológia
- Hemato-onkológia
- Endokrinológia és diabétológia

Van még néhány szakterület, aminek a képzési ideje rövidebb idő tart, ilyen például a reumatológia, hemostaseológia, gasztroenterológia, palliatív ellátás stb.

5.6. Gyermekgyógyászati ellátások

Németországban a gyermekek és a serdülők orvosi ellátása

- gyermekgyógyászati rendeléseken,
- egyetemi és nem egyetemi gyermekkórházakban,
- az általános kórházak gyermekosztályain (2013-ban n = 364),
- társadalmi gyermekgyógyászati központokban (Sozialpädiatrische Zentrum) (2017-ben n = 153) és
- rehabilitációs klinikákon történnek

Az utóbbi három évtizedben a gyermekgyógyászok közreműködésével (Német Társadalmi Gyermekgyógyászati és Gyermekorvosi Társaság - DGSPJ) társadalmi gyermekgyógyászati központokat alakítottak ki a német egészségügyi rendszerben. Ezek kiváló platformot biztosítanak a fejlődési rendellenességek korai felismeréséhez és a különleges ellátást igénylő gyermekek és serdülők, illetve fogyatékosággal érintett vagy arra hajlamos betegek speciális igényeinek kielégítésére. Fontos megjegyezni, hogy a központok által nyújtott szolgáltatások egyértelműen a német szociális törvényben (Sozialgesetzbuch, 119. cikk) vannak rögzítve.

A szociális gyermekgyógyászati központokban a gyermekek és serdülők kezelésével foglalkozó orvoscsoportok általában professzionális és transzdiszciplináris szolgáltatást nyújtanak az egész kezelés során. Ez a folyamatos ellátási igényekre és a megelőző intézkedésekre is vonatkozik.

A DGSPJ 2017-ben bejelentette az ellátási rendszer kibővítését krónikus betegségek kezelésére is.

2016.12.31-én Németországban 14.466 (8.412 női) orvos dolgozott szakosodott gyermekorvosként, ebből 5984 gyermekorvos gyermekkórházban vagy általános kórház gyermekosztályán.

Ez az összefoglaló a fejezet végén felsorolt források alapján készült.

Források

- Armstrong EG, Fischer MR, Parsi-Parsi RW, Wetzel MS. The health care dilemma. A comparison of health care systems in three European countries and the US. Singapore: World Scientific Publishing UK; 2011.
- Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy: A clinical approach. McGraw Hill Book Co; 2008.
- Bundesärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/>. (18.01.2018)
- Bundesgesundheitsministerium. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.
- Commonwealth Fund. International Survey Date. Online verfügbar unter: <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=643&ch=570>
- DGKJ-Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (18.01.2018) [http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet die Kinderstation/Zahlen - Daten - Finanzierung - Kinderkliniken_DGKJ_GKinD.pdf](http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet_die_Kinderstation/Zahlen_-_Daten_-_Finanzierung_-_Kinderkliniken_DGKJ_GKinD.pdf)
- DGSPJ-Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. <http://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/>
- Federal Statistical Office (Destatis). Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/FactsFigures.html>
- Gesundheitsinformation.de. Online verfügbar unter: <https://www.informedhealth.org/>
- GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Health Data Navigator. Online verfügbar unter: <http://www.healthdatanavigator.eu/national/germany>
- Informed Health Online. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/>
- International Commonwealth Fund. Online verfügbar unter: <http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>
- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016
- Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries. WHO Regional Office Europe; 2008.
- Parsi-Parsi RW, Fischer MR. The German Healthcare System and Recent Healthcare Reforms in Germany. Impulsvortrag gehalten auf der: Teaching health care system comparison; 2009; Witten.
- Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Huber, Bern; 2009.

- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization; 2009.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. Online verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/en/countries/germany>

2. FEJEZET

A GYERMEKGYÓGYÁSZAT SOFT SKILL SZÜKSÉGLETEIVEL KAPCSOLATOS KUTATÁS

ROMÁNIÁBAN, MAGYARORSZÁGON, OLASZORSZÁGBAN, SPANYOLOSZÁGBAN ÉS NÉMETORSZÁGBAN

ÖSSZEFOGLALÓ

A jelen fejezet a gyermekgyógyászat soft skill szükségleteivel kapcsolatos, öt, a 2016-1-RO01-KA203-024630 számú, Soft skill készségek a gyermekek egészsége érdekében című, az Erasmus+ Stratégiai Partnerség keretében végzett projektben részt vevő ország – Románia, Magyarország, Olaszország, Spanyolország és Németország – négy lakossági kategóriájában – gyermekgyógyászati páciensek, a páciensek szülei, gyermekgyógyászok, valamint egészségügyi személyzet – a kommunikáció, átláthatóság, a kórházi környezet, interkulturális kérdések, valamint időgazdálkodás tekintetében folytatott kutatás empirikus eredményeit mutatja be.

1. ANYAG ÉS MÓDSZER

A jelen empirikus kutatás a Softisped projekt része, amelynek célja a gyermekgyógyász hallgatók soft skill készségeinek fejlesztése a gyermekgyógyászati szolgáltatások teljesítményének és a gyermekgyógyászat – a gyermekek és családjaik elvárásai szerinti – alkalmazkodóképességének növelése, valamint az oktatók arra való képességének fejlesztése céljából, hogy ezeket a készségeket innovatív módszerek és stratégiák segítségével építsék ki.

A soft skill-ek nem kerülnek előtérbe az orvosképzés tantervi keretei között. A szakirodalom szerint az orvosképzésben résztvevő oktatóknak nincs tapasztalatuk a soft skill készségeknek a gyermekgyógyászati munkavégzés előtti illetve a rezidens képzés során történő fejlesztését illetően. Ily módon „a soft skill-ek képezhetik a legnagyobb kihívást az orvosképzésben” (Dwyer, Canadian Journal of Surgery, 2014).

A jelen projekt célja a gyermekgyógyászok számára legfontosabb soft skill-ek azonosítása, ezekhez a legjobb tanítási módszerek és stratégiák kiválasztása, valamint olyan iránymutatások és képzési anyagok kidolgozása, amelyek segítségével az oktatókat ki lehet képezni ezeknek a módszereknek a használatára és a jövő gyermekgyógyászati soft skill készségeinek fejlesztésére. A tanulmány, mint olyan a projektcélok első részét – a projektországok soft skill-szükségleteinek azonosítását – valósítja meg.

A felmérés megállapításai végső soron – a gyermek páciensekkel és családjaikkal való kommunikáció javítása, valamint különböző felvillanyozó, játékos-mesés módon

interaktív, figyelemelterelő és nyugtató, az orvosoktól való félelem enyhítésének és a kórházi tartózkodással kapcsolatos fájdalom, stressz és aggodalom kezelésének elősegítését célzó tevékenységeknek a gyermekekkel való együttes megvalósítása révén – a gyermekgyógyászati oktatás és szolgáltatások javításához vezetnek.

A soft skill-ek terén elért eredmények a kognitív készségek és a gyakorlati soft skill képességek tekintetében fejlesztik az orvosi oktatást, ezáltal pedig, hosszú távon hatással lesznek a gyermekgyógyászati szakemberek megfelelő képzésének kialakítására. (Soft Skills May Be the Biggest Challenge in Medical Education („A soft skill-ek képezhetik a legnagyobb kihívást az orvosképzésben”), Dwyer, Canadian Journal of Surgery, 2014).

1.1. Kutatói háttér

A kutatói csoportban gyermekgyógyász, kommunikáció/etika szakértő/oktató és gyermekgyógyász rezidens vett részt. Megfelelő tapasztalattal és szakértelemmel, valamint kommunikációs készségekkel rendelkeztek ahhoz, hogy a gyermekgyógyászati páciensek és szüleik igen érzékeny területéhez alkalmazkodva, a legmegfelelőbb, legmondosabb, a traumatizálást leginkább kerülő, mégis releváns kérdésfeltevéssel juthassanak válaszokhoz.

A következő kutatók vállalták, hogy az egyes országok kutatói csoportjainak élére állnak és felelősséget vállalnak a nemzeti adatgyűjtésért. Minden országban a szupervízor felelősségébe tartozott a felmérés résztvevőinek – a gyermekgyógyászoknak, szülőknek/tanároknak/rokonoknak, a gyerekeknek és a gyerekeket ápoló egészségügyi személyzetnek – a kiválasztása:

- Prof. Oana Marginean, PhD, 2-es számú Gyermekgyógyászati Klinika, Marosvásárhelyi Egyetemi Sürgősségi Kórház, Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, **Románia**
- Prof. Martin Fischer, PhD, Ludwig-Maximilian Universität, München, **Németország**
- Sabrina Grigolo, pedagógia szakos egészségügyi koordinátor, a Betegápolási Képzési Program klinikai oktatója, Azienda Sanitaria Locale, TO3, Torino, **Olaszország**
- Benjamín Herreros Ruiz Valdepeñas, kutatásvezető és Emanuele Valenti, projektmenedzser, intézetigazgató-helyettes, Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, **Spanyolország**
- Dr. Gábor András, Filab, egyetemi docens, Informatika Tanszék, Budapesti Corvinus Egyetem, **Magyarország**

A gyermekgyógyászati egészségügyi szolgáltatások legfőbb szereplői – az orvosok, a gyermekgyógyászati páciensek és szüleik, valamint az egészségügyi alkalmazottak – elvárásainak elemezhetősége érdekében prospektív kutatást végeztünk ad hoc kérdőíves felmérés segítségével, interjúfelvétellel kapcsolatos iránymutatásokat követve. Összesen 25 kérdőív kitöltésére került sor, majd valamennyi sorra került terület elemzését elvégeztük.

Az alábbiakban közétett adatok és paraméterek a gyermekgyógyászokkal, gyermekpáciensekkel és szüleikkel/rokonaikkal, valamint az ápoló személyzettel felvett kérdőívekből származnak.

1.2. Módszer

A tanulmány során **kérdőíveket** használtunk a következő célcsoportok hozzáállásának és elvárásainak, valamint azoknak a főbb kihívásoknak és problémáknak feltérképezése érdekében, amelyekkel ezek a célcsoportok – gyermekgyógyászok, szülők (hozzátartozók), egészségügyi személyzet és gyermekgyógyászati páciensek – a különböző európai országokban (Romániában, Magyarországon, Olaszországban, Németországban és Spanyolországban), szembesülhetnek, az alábbi területeken:

1. Kommunikáció, interakció és empátia, a gyermek betegségéről való felvilágosítás képessége, kezelés, kölcsönös bizalom és tisztelet kiépítése
2. Átláthatóság a betegséggel és a terápiával kapcsolatos információk átadásában
3. A kórházi környezet elrendezése (a kórtermek mérete, magánszféra, televízió, játékok, képek) és a kórházi tartózkodás alatt nyújtott szolgáltatások
4. Időgazdálkodás
5. Interkulturális kérdések (nyelvi akadályok, a különböző meggyőződések és értékek kezelése)

A kérdőíveket lefordítottuk, felvételük és feldolgozásuk az egyes nemzeti nyelveken történt.

1.3. Résztvevők

Minden országban a következő résztvevőkhöz juttattuk el a kérdőíveket:

- 25 gyermekgyógyászhoz,
- 25 szülőhöz/tanárhoz/hozzátartozóhoz,
- 25 egészségügyi alkalmazotthoz,
- 25 pácienshez.

Mindegyik csoport egy, a következő 5 terület felmérését célzó kérdőívet töltött ki: kommunikáció, átláthatóság, kórházi környezet, interkulturális kérdések, időgazdálkodás.

Részvételi kritériumok:

- Gyermekgyógyászok: kórházi gyermekgyógyászok vagy (intenzív ápolásban, pszichiátrián, neurológián, gyermekfogászatban dolgozó) gyermek szakorvosok,
- A felmérésben részt vevő páciensek szülei/tanárai/hozzátartozói,
- Egészségügyi személyzet: gyermekosztályon dolgozó ápolók,
- Gyermekgyógyászati páciensek: 5-14 éves, akut vagy krónikus állapotú betegek.

Folyamat. A tanulmány résztvevőit a kiválasztási kritériumok alapján választották ki és szólították meg a kutatók, írásbeli beleegyezésüket kérve a részvételhez. A kérdőíveket benyújtották az egyes résztvevő országok megfelelő etikai bizottságának; a kutatások lefolytatásával kapcsolatos szabályokat a megfelelő és megkívánt módon betartották.

Valamennyi adat begyűjtése és értelmezése során szigorú anonimitást

biztosítottunk a felmérés résztvevőinek. Az átláthatóság és a résztvevőknek való visszajelzés érdekében, valamint a soft skill készségek oktatásának és gyakorlati megvalósításának javítása céljából – amely utóbbi a projekt végső célja – a felmérés eredményeit e-könyv formában, a projekt összes (spanyol, olasz, német, román és magyar) nyelvén közzétesszük.

Azok a gyermekek, akiknek felajánlottuk a klinikai kutatásban való részvétel lehetőségét, véleményezési lehetőséget kaptak a folyamat lefolytatását illetően, és beleegyezésüket adták a folyamathoz.

1.4. Változók

A kutatás változói a következők voltak:

- Az egészségügyi személyzetnél: nem, életkor, születési hely, lakóhely (település), a tapasztalat hosszúsága években, valamint a kórházi szerep;
- A gyermekgyógyászoknál: nem, életkor, születési hely, lakóhely (település), a tapasztalat hosszúsága években, valamint a 2016-ban végzett kurzusok. A gyermekgyógyászoknak arra a kérdésre is válaszolniuk kellett, hogy mindig kórházban és hasonló munkakörben dolgoztak-e.
- A páciensek és szülők esetében: nem, életkor, születési hely, lakóhely (település), a betegség fennállása években.

Romániában a felmérésben részt vett **gyermekpáciensek** többsége fiú volt (57%), a lányok aránya csupán 43% volt, az életkor szerinti megoszlás pedig a következőképpen alakult: 12-14 éves (47%), 5-7 éves (33%) és 8-11 éves (20%).

A betegség fennállásának hosszúsága az esetek 47%-ában 1 és 3 hónap között, az esetek 33%-ában 4 és 8 hónap között volt, és csupán az esetek 7%-ában állt fent ennél hosszabb hospitalizáció.

A kérdőíveket kitöltő mindegyik **gyermekorvos** nő volt, akik életkorukat tekintve 45 év fölöttiek (63%) vagy 36-45 közöttiek (37%) voltak; munkatapasztalatuk az esetek 63%-ában meghaladta a 15 évet, míg 37%-uknak 5-10 éves munkatapasztalata volt. Valamennyi gyermekorvos hasonló munkakörben dolgozott a korábbi években is és vett részt továbbképző tanfolyamokon.

A tanulmányban részt vevő **egészségügyi személyzet** életkora általában 45 év felett volt (67%) és 67%-uk több mint 15 éves munkatapasztalattal rendelkezett.

A tanulmányban részt vevő **szülők és hozzátartozók** többsége nő volt (81%), legtöbben (53%) 36-45 év közöttiek. A páciensek betegségének fennállása az esetek 47%-ban 1-3 hónapos, 33%-ában 4-8 hónapos hospitalizációt jelentett.

Magyarországon a felmérésben részt vett két csoport 25 budapesti, XIII. kerületi képzett ápolóból és 23 itteni gyermekgyógyászból állt. A kérdőíveket kitöltő valamennyi ápoló nő volt. A felmérésben résztvevő egészségügyi alkalmazottak 56%-a 45 év feletti volt, 32%-uk 36-45 év közötti és mindössze 12%-uk volt 26 és 35 év között. Munkatapasztalatukat tekintve a többségük – 72% - több mint 15 éve dolgozott ápolóként, 24%-uk 10-15 éves tapasztalattal rendelkezett, a maradék 4%-nak pedig 5-10 éves tapasztalata volt.

A gyermekgyógyászok csoportjának létszáma 23 volt, 58%-uk nő, 42%-uk férfi. Minden résztvevő 36 évesnél idősebb volt, 39%-uk 35-45 közötti, 61% 45 feletti. 61% több mint 15 éves munkatapasztalattal rendelkezett orvosként, 17% 10-15 éves munkatapasztalattal, míg 22% 50-10 éve dolgozott orvosként.

A XIII. kerület Budapest negyedik legnagyobb lélekszámú kerülete; lakosainak száma 110 000 és folyamatosan emelkedik. A kerületben 5 gyermekorvosi rendelő van, amelyek mindegyike kb. 600-1500 gyermek orvosi ellátásáért felel.

Minden, a felmérésben részt vevő orvos elsődleges ellátásbeli gyermekgyógyász volt (nem második ellátásbeli vagy sürgősségi orvos). Az elsődleges ellátásbeli orvosok a gyermekorvosi ellátás első állomását jelentik, a gyógykezelést saját rendelőjükben végzik. A páciensek rutinellenőrzés miatt vagy nem sürgősségi ellátásért keresik fel az elsődleges ellátásbeli gyermekgyógyászt. Szükség esetén az orvos beutalhatja a gyermeket és a kísérő szülőt egy megbízható szakorvoshoz. Hirtelen vagy súlyos esetekben a szülőknek sürgősségi osztályra kell vinniük gyermeküket. Az elsődleges ellátásban dolgozó gyermekorvosok egyik legfontosabb feladata a gyermekek betegségektől való megóvása. Ezt megelőző (preventív) ellátás néven ismerjük. A másodlagos ellátásban dolgozó orvosokkal ellentétben az elsődleges ellátásbeli gyermekgyógyászok folyamatosan felelősek a gyermekek általános egészségéért. Az elsődleges ellátás ennél fogva az egész embert kezeli, míg a sürgősségi ellátásbeli orvosok általában egy konkrét esetre, konkrét betegségre koncentrálnak. Az elsődleges ellátásbeli orvosoknak általában nagyobb autonómiájuk van, mint a sürgősségi ellátásban dolgozóknak.

Olaszországban a felmérésben résztvevő **egészségügyi dolgozók** 100%-a nő volt. A Rivoli és Pinerolo Kórházak egészségügyi koordinátorai által végzett felmérésben 41 egészségügyi alkalmazott vett részt, akik:

- ápolók
- gyermekgyógyászati ápolók
- szociális és egészségügyi munkások és
- szülésznők voltak.

A 41 egészségügyi alkalmazott a Rivoli és Pinerolo Kórházban dolgozott. Legtöbbjük (86%) 45 év fölött volt és 95%-uk több mint 15 éve dolgozott a kórházban.

30 **gyermekgyógyászt és gyermekgondozási szakembert** az ASLTO3 kórházi részleg Anya- és Gyermekgondozási Osztályának igazgatója vont be a vizsgálatba. Többségük (63%) nő volt, 37%-uk férfi. 64%-uk 45 év feletti volt, és csupán 7%-uk esett a 26-35 éves kategóriába. 62%-uk már több mint 15 éve volt a kórház alkalmazottja, 21%-uk pedig 10-15 éve. A gyermekgyógyászok és szakemberek 57%-a dolgozik az ASLTO3 részleg **kórházi** (és nem az oktatási) egységében. A gyermekgyógyászati szakemberek 48%-a legalább egy képzésen részt vett az előző évben, míg 52%-uk nem járt képzésre.

A felmérésben részt vevő orvosok a következő szakterületeket képviselték:

- gyermekorvosok
- gyermek neuropszichiáter szakorvosok
- neonatológusok
- sürgősségi szakorvosok.

Az ASLTO3 Gyermekgyógyászati és Neuropszichiátriai Szolgálatának 27 **páciense** vett részt a felmérésben. A páciensek 58%-a lány, 42%-a fiú volt. Legtöbbjük (58%) a 12-14 éves közötti kategóriába esett. A betegség fennállásának hosszát tekintve 1-3 év közötti volt a leggyakoribb. Ezt a kategóriát a következőképp értelmeztük: a betegség fennállása a T0-tól (a megerősített diganózistól) a T1-ig (a kérdőív kitöltésének időpontjáig). Ez az értelmezés eltér a Gyermekgyógyászati és Neuropszichiátriai Szolgálat által értelmezéstől, ami a "felelősségbe / kezelésbe vétel ideje óta eltelt időt" jelenti.

A Gyermekgyógyászati és Neuropszichiátriai Szolgálat 27 **hozzátartozót** vont be a vizsgálatba. 48%-uk férfi volt, a legjellemzőbb korcsoport pedig a 35 év alattiak.

Spanyolországban 50 egészségügyi szakember vett részt a felmérésben, három különböző kórházból: 25 gyermekgyógyász és 25 egészségügyi alkalmazott. 20 kérdőívet a Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) kórházban, 10-et a Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HINJ) kórházban és 20-at a Hospital Universitario XII de Octubre (HUXII) kórházban töltötte ki: valamennyi Madridban található. 25 páciens és 25 hozzátartozó vett részt a felmérésben a HUFA Gyermekgyógyászati Részlegéről. A kutatócsoport minden kórházban négy szemközti interjúfelvétel keretében töltötte ki a kérdőíveket.

Az egészségügyi alkalmazottak profilja: Az egészségügyi alkalmazottak 100%-a nő volt. A felmérésben részt vevő egészségügyi alkalmazottak gyermekgyógyászati ápolók, szülésznők és egészségügyi munkások voltak, akik közül 10 a HUFA, 10 a HUXII és 5 a HINJ kórházban dolgozott. Az egészségügyi alkalmazottak többsége (66%) 45 év felett volt, 24% 36 és 45 között, 10% pedig 26 és 35 között. Munkatapasztalatukat tekintve 5%-uknak 0-5 éves, 7%-nak 5-10 éves, 77%-nak pedig több mint 15 éves munkatapasztalata volt.

Gyermekgyógyászok: A felmérésben részt vett gyermekgyógyászok és más, gyermekrészlegesen dolgozó orvosok 75%-a nő, 25%-a férfi volt. Életkorbeli megoszlásuk szerint 4%-uk 26 és 35 év között volt, 37% 36 és 45 között, 59% pedig 45 fölött. A munkatapasztalatukat illetően 1%-uk 0 – 5 éves, 26%-uk 5 – 10 éves, 15%-uk 10 - 15 éves és 58%-uk több mint 15 éves munkatapasztalattal rendelkezett. A felmérésben részt vett orvosok 63%-a korábban is ugyanazon a klinikai szakterületen dolgozott, 37%-uk számos klinikai szakterületen is dolgozott korábban. Az orvos résztvevők 89%-a végzett továbbképzést az előző évben, 11%-uk nem.

Páciensek: A résztvevő páciensek 52%-a fiú, 48%-a lány volt. Az életkorukat tekintve 44% 5-7 éves között, 25% 8 – 11 éves között és 31% 12 -14 éves között volt. A betegségük fennállását tekintve, ami miatt kórházi kezelésben részesültek, 67%-nak maximálisan 1 éve, 33%-nak 1-3 éve állt fenn a betegsége.

Hozzátartozók: A tanulmányban részt vevő hozzátartozók 43%-a férfi volt, 57%-uk nő. Az életkor szerinti megoszlás úgy alakult, hogy 9% volt 35 éves vagy annál fiatalabb, 77% 36 és 45 év között volt, és 14% 45 fölött.

Németországban a megkérdezett egészségügyi szakemberek 100%-a nő volt. 12 gyermekgyógyász ápoló vett részt a felmérésben, akik a Ludwig-Maximilians-Egyetem Gyermek Egyetemi Kórházának osztályán és / vagy egyéb integrált szociális gyermekgyógyászati központban dolgoznak. A 26-35 év közötti (50%) és 45 év feletti (50%) egészségügyi gondozók 50%-a több mint 15 éve dolgozik kórházban.

28 gyermekgyógyász vett részt a felmérésben a müncheni Ludwig-Maximilians-Egyetem Gyermek Egyetemi Kórházából és egyéb integrált gyermekgyógyászati központjából. A nők és (48%) és férfiak (52%) aránya szinte azonos volt. 32%-uk 45 év fölötti, 29%-uk 26-35 év közötti és 39%-uk 36-45 év közötti volt. 41%-uk több mint 15 éve gyermekorvosként dolgozik, 22 %uk 0-5 éve, 18%-uk 5-10 éve és 19%-uk 10-15 éve. A gyermekgyógyász szakemberek 57% -a részt vett legalább egy továbbképzésen az előző évben, míg 43%-uk nem vett részt képzéseken.

A felmérésben részt vett a müncheni Ludwig-Maximilians-Egyetem Gyermek Egyetemi Gyermekkórháza és annak integrált gyermekgyógyászati központjának 26 betege. A betegek 58%-a nő volt, szemben a férfiak 42%-ával. A kórosztály

tekintetében a leggyakoribb kategória a "12-14 év" közötti betegek voltak (54%). A betegségük fennállását tekintve a leggyakoribb kategória > 8 év (40%), majd a 4-8 év közötti (36%), az 1-3 év (16%) és kevesebb, mint 1 év (8%)

27 rokon vett részt a felmérésben, melynek 62% -a nő volt, míg a leggyakoribb életkori kategória a 36-45 év közötti volt (54%)

2. EREDMÉNYEK ÉS MEGBESZÉLÉS

2.1. KOMMUNIKÁCIÓ (c)

A gyermekgyógyászati részleg tevékenységének középpontjában a beteg gyermek áll, a gyermekgyógyászat különböző szereplői (egyfelől a gyermekgyógyászok és az egészségügyi személyzet, másfelől a gyermekgyógyászati páciens és szülei) közötti kommunikáció pedig kulcsfontosságú a gyermek jóléte és bármely orvosi beavatkozás sikere szempontjából.

Ugyanakkor különböző tanulmányok támasztják alá azt a feltételezést, hogy az orvosi kommunikációban eddig kevésbé mérték fel és tanulmányozták a gyermek szerepét. Még akkor is, amikor gyermek páciensről van szó, általában az orvos-szülő van a kutatás középpontjában, nem az orvos-gyermek, és a gyermek kevés figyelmet kap¹. Annak ellenére van ez így, hogy a gyermekgyógyászati páciens interakciók háromszereplős jellege több időt igényelne, és a gyermek preferenciáit és értékeit is figyelembe kellene venni a szülőkéi mellett.

A következő részben a gyermekgyógyászok, az egészségügyi személyzet, a páciensek és a páciensek szülei közötti kommunikáció felméréséről esik szó Romániában, Magyarországon, Olaszországban, Spanyolországban és Németországban, a páciens támogatása, a kórházban tanúsított tisztelet, az orvosi csapat által nyújtott támogatás, a páciens életminősége, az orvos rendelkezésre állása, a kontrollvizsgálatokra történő időpont-előjegyzések és az utánkövetéssel kapcsolatos információk tekintetében.

2.1.1. A páciens orvos általi támogatása

Romániában az orvosok által a gyermekgyógyászati pácienseknek nyújtott támogatást maguk a páciensek 4,9 pontra értékelték, amivel megegyezett a páciensek szüleinek/hozzátartozóinak értékelése (szintén 4,9). Az orvosok véleménye szerint ugyanez a kommunikáció elérte a maximális 5,0 pontot, ami a kommunikáció terén a legmagasabb pontszám, az egészségügyi személyzet azonban csak 4,8 pontot adott, ami visszafogottabb vélemény az orvosok által a betegnek nyújtott támogatást illetően.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,9

gyermekgyógyászok: 5
szülők/hozzátartozók: 4,9

Magyarországon mind a képzett ápolók, mind az orvosok úgy vélik, hogy az orvosok általában vagy teljesen egészsében azt a támogatást nyújtják, amire a pácienseknek szükségük van. A lehető legjobb támogatás biztosításának útjában az a legnagyobb akadály, hogy a gyermekorvosoknak nincs elég idejük a páciensek

¹ Doctor-parent-child communication. *Social Science & Medicine* 52(6):839-51 · April 2001 A (re)view of the literature (PDF ...https://www.researchgate.net/.../12096746_Aug_11,_2016

számára (a gyermekgyógyászok kötelező rendelési ideje 3 óra hossza, amely során egy átlagos nap 15-25 pácienszt kezelnek átlagosan). Amikor az orvosok túl vannak terhelve munkával és adminisztratív feladatokkal, ezt a páciensek gondozása szenved meg. Ennek eredményeként az átlagos orvosi vizsgálat 5-6 perces. A pácienseket általában az orvos tájékoztatja a betegséggel és a kezeléssel kapcsolatban, míg az ápolók általában a higiéniaiával kapcsolatos tájékoztatást nyújtanak.

egészségügyi személyzet: 4,2
páciensek: 4,7

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzá tartozók: 4,2

Olaszországban az egészségügyi alkalmazottak átlagos értékelése 3,7, míg a gyermekgyógyászoké 4,1 a maximális 5 pontból, amelyek a kommunikációnak az egészségügyi személyzet és az orvosok általi megítélését tükrözik. Mindkét szereplő úgy véli, hogy az orvosok általában biztosítják a beteg szükségleteinek megfelelő támogatást annak ellenére, hogy gyakran túl vannak terhelve a sok pácienssel kapcsolatos munkával és adminisztratív feladatokkal.

A páciensek és hozzátartozóik felfogása eltér az egészségügyi alkalmazottak és az orvosok általi értékeléstől. Úgy vélik, hogy a fő probléma az időtényezőhöz kapcsolódik, az ok pedig a teljesítendő feladatokhoz képest az orvosok alacsony számában keresendő.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 3,3

gyermekgyógyászok: 4,1
szülők/hozzá tartozók: 3,2

Spanyolországban az egészségügyi személyzet kissé alacsonyabban értékeli az orvosok által a betegeknek nyújtott támogatást, mint maguk az orvosok. Az orvosok jobb véleménnyel vannak a saját munkájukról, mint az egyéb egészségügyi személyzet. A felhasználók tekintetében a páciensek véleménye kevésbé tér el a hozzátartozókétól, de mindketten alacsonyabban értékelik az orvosok általi támogatást, mint az egészségügyi alkalmazottak.

egészségügyi személyzet: 4,0
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzá tartozók: 3,9

Németországban a betegek és a szülők jobban értékeli az orvosok által a betegeknek nyújtott támogatást (4.3. és 4.4.), mint a gyermekorvosok és az egészségügyi gondozók. Ez az eredmény hangsúlyozza a gyermekorvosok és az egészségügyi dolgozók munkájának kritikáját.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 4,3

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzá tartozók: 4,4

2.1.2. A kórházban tanúsított tisztelet

A kórházi tartózkodás megalázó élmény lehet, ezért, a méltóság megtartása érdekében kulcsfontosságú a tisztelet tanúsítása egyrészt a szenvedő és a rendes életkörülményeitől megfosztott páciens és szülei irányába, másrészt az orvosok és az

egészségügyi személyzet irányába, akik az idő és túlterhelt beosztásuk nyomása alatt azért dolgoznak, hogy életüket megmentse és megfelelő ellátást nyújtsanak.

Romániában rendkívül jó értékelést kapott a betegek iránt tanúsított tisztelet: minden beteg a legmagasabb pontszámot (5) adta erre a kérdésre. A betegek által az orvosok iránt tanúsított tiszteletet 4,2 ponttal értékelték az orvosok, ami alacsonyabb, mint az orvosok által a betegek irányába tanúsított tisztelet pontszáma. A páciensek által az egészségügyi személyzet irányába tanúsított tiszteletet az egészségügyi személyzet 4,6 ponttal, a hozzátartozók 5 ponttal értékelték.

egészségügyi személyzet: 4,6
páciensek: 5,0

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 5,0

Magyarországon érdekes módon az ápolók úgy vélik, hogy az orvosok csak mérsékelten kapják meg a nekik kijáró tiszteletet, miközben maguk az orvosok úgy gondolják, hogy legtöbbször megkapják azt. Az eltérő értékelés hátterében az eltérő visszajelzések állhatnak. Az ápolók általában otthonukban találkoznak a betegekkel, nem a gyermekgyógyászati rendelőben, ami elősegíti a nyílt, személyes beszélgetést, és az ápolók hajlamosabbak azonosulni a szülők látásmódjával. A szülők másképp, közvetlenebb módon kommunikálnak így az ápolókkal, mint az orvos jelenlétében. Többet panaszkodhatnak az orvosokkal kapcsolatos tapasztalataikról is. Az eredményekbeli különbségekhez egy másik tényező, a tiszteletteljes viselkedés szubjektív megítélése is hozzájárulhat. A páciensek viselkedését kritikusabban ítélni meg egy tisztán nőkből (egészségügyi személyzet) álló csoport.

egészségügyi személyzet: 3,2
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzátartozók: 4,3

Olaszországban az egészségügyi személyzet átlagértékelése 3,4, a gyermekgyógyászoké pedig 4,0 az 5,0 pontból. Az eltérő értékelés hátterében az eltérő visszajelzések állhatnak. Más jellegű a páciensek és az egészségügyi személyzet illetve az orvosok közötti kapcsolat. Az egészségügyi személyzet úgy érzi, kevésbé tisztelik őket, mint az orvosokat. A páciensek és hozzátartozók megerősítik, hogy a "kórházban tanúsított tiszteletnek" jó gyakorlata van az ASLTO3-ban.

egészségügyi személyzet: 3,4
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzátartozók: 3,5

Spanyolországban az egészségügyi személyzet átlagértékelése 3,7, a gyermekgyógyászoké pedig 4,0 az 5,0 pontból. Az egészségügyi személyzet és az orvosok közötti eltérés következetesen jelen van, és a kapcsolat jellegében való különbségben keresendő. Az orvos-páciens esetében kulcsfontosságú a bizalom szerepe, mivel fokozhatja az orvos irányában érzett tiszteletet. Érdekes egyezőséget láthatunk az orvosok, páciensek és hozzátartozók értékeléseiben, amely adat alátámasztja ezek és a klinikai kapcsolatok minősége közötti összefüggést.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 4,2

Németországban mind a betegek, mind a szülők nagyon elégedettek az orvosok és az egészségügyi dolgozók által a kórházban nyújtott tisztelettel. Másrészt a betegek/szülők orvosokkal és az egészségügyi dolgozókkal szembeni tiszteletét elégtelennek ítélték meg.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 4,9

gyermekgyógyászok: 3,9
szülők/hozzátartozók: 4,8

2.1.3. Az orvosi csapat nyújtotta támogatás

A támogatásnak különféle módjait határozhatjuk meg. Magába foglalhatja a meleg fogadtatást, a klinikán történő tájékozódásban való segítséget és az ellátás folyamán történő barátságos eligazítást, amelyek csökkenthetik a páciensek és szüleik feszültségét.

Romániában a páciensek nagyon jónak – 5,0 – érzik az orvosi csapat nyújtotta támogatást: hasonlóan jónak, mint a betegek irányába tanúsított tiszteletet. Maguk az orvosok azonban aligha látják ideálisnak az orvosi csapat nyújtotta segítséget, amit az általuk adott 4,4 pontszám tükröz. Az egészségügyi alkalmazottak és a hozzátartozók általi értékelés egyaránt 4,9 pont.

egészségügyi személyzet: 4,9
páciensek: 5,0

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzátartozók: 4,9

Magyarország. Bár a különbség egy kicsit kevésbé éles, az orvosok jobban támogatottnak érzik magukat az orvosi csapat által, mint amennyire az ápolók támogatottnak gondolják az orvosokat. Az orvosok a "legjobban" kategóriát jelölték be a kérdőíven, miközben az ápolók úgy érzik, "mérsékelt" támogatást kapnak az orvosok. Magyarországon nincsenek csoportos praxisok az elsődleges ellátásban; a finanszírozással kapcsolatos szabályozás nem teszi ezt lehetővé. Olyan horizontális együttműködés létezik az orvosi rendelők között, mint a helyettesítési rendszer kiépítése, de csak ugyanabban a rendelőben vagy területen működő praxisok között. Az elsődleges ellátásbeli praxisok egyszemélyes praxisokként működnek, de egymással párhuzamosan; az orvosi rendelőben asszisztens segíti az orvos munkáját, míg körzetileg ápoló (védőnő) felelős a körzetébe tartozó páciensekért. (Az orvos általában azokkal a védőnőkkel is kapcsolatban van, akik körzetéből "vendégpáciensek" járnak az orvos praxisába.). A törvény előírása szerint valamennyi elsődleges ellátásbeli gyermekorvosi rendelőben kellene lennie főorvosnak is, de ezt a szabályt a gyakorlatban nagyon ritkán tartják be.

Általában erős vertikális együttműködés van az elsődleges ellátásbeli gyermekorvos és a másodlagos ellátásbeli szakorvosok között. Bizonyos szakorvos típushoz a beteg közvetlenül is fordulhat, másokhoz kizárólag beutalóval kerülhet (neurológia, reumatológia, radiológia, laboratórium és kórházi felvétel), kivéve a sürgősségi eseteket. A másodlagos ellátásbeli orvosok általában közalkalmazottak, fix fizetésük van, és vagy a helyi önkormányzat egészségügyi szolgálata, vagy a Nemzeti Egészségbiztosító által finanszírozott kórházak alkalmazzák őket, szolgáltatási díjak alapján. A kórházakban ugyanez az alkalmazotti rendszer van érvényben.

egészségügyi személyzet: 3,4
páciensek: 4,4

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 4,1

Olaszország Az egészségügyi személyzet átlagos értékelése 3,7, míg a gyermekorvosoké 4,0 az 5-ből. Az orvosok jobban támogatottnak érzik magukat az orvosi csapat által, mint az egészségügyi alkalmazottak. Az egészségügyi alkalmazottak úgy érzik, nagy munkaterhet visznek. A páciensek és hozzátartozóik pozitívnak ítélik az orvosi csapat támogatását, ami jó gyakorlatot tükröz.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 3,7

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzátartozók: 3,6

Spanyolországban az egészségügyi alkalmazottak átlagos értékelése 4,0 az 5,0 pontból, míg a gyermekgyógyászok 5,0-t adtak. A két mintacsoport között szembetűnő a különbség, hogy az orvosok támogatottabbnak érzik magukat, mint az egészségügyi személyzet. A páciensek és hozzátartozóik felfogása következetesen eltér az egészségügyi alkalmazottakétól, és megfelelést mutatnak, mindössze 0,1 pontos eltéréssel.

egészségügyi személyzet: 4,0
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 5,0
szülők/hozzátartozók: 3,9

Németországban a gyermekorvosok az egészségügyi dolgozók támogatását rosszabbnak ítélik meg, mint az egészségügyi gondozókéét. Németországban az orvosok sok szervezési munkát végeznek, amelyekért nagyrészt valójában nem az orvosnak kellene felelnie; ez a tény hozzájárulhat az alacsony értékeléshez. Éppen ellenkezőleg, a betegek (4.6) és a szülők (4.3) támogatónak érzik az orvosi csapat munkáját.

egészségügyi személyzet: 4,0
páciensek: 4,6

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 4,3

2.1.4. A páciensek életminősége

Egy kórház sokkal több egy olyan helynél, ahol betegségeket diagnosztizálnak és kezelnek. Minden folyamat középpontjában a páciensről való gondoskodás áll, aki fizikailag is és gyakran lelkileg is sérülékeny (először is azért, mert gyerek, másodszer pedig azért, mert beteg), és elválasztották a családjá és mindennapi élete komfortjától. Életminősége ennél fogva kulcsfontosságú a gyors felépülése szempontjából.

Romániában a páciensek 4,4-re értékelték a kórházbeli életminőségüket, ugyanakkora pontszámot adtak, mint a hozzátartozók, és majdnem ugyanakkorát, mint amennyire az orvosok rendelkezésre állását értékelték. Az orvosok ugyanakkor 4,6 pontot adtak a páciensek életminőségére, az egészségügyi dolgozók pedig 4,8-at.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,4

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 4,4

Magyarországon a páciensek és a szülők nagyon hasonlóan értékelték a gyermekek életminőségét. A gyermekgyógyászok értékelése egy kicsit alacsonyabb

volt, és az egészségügyi személyzet adott a legalacsonyabb pontot (3,2-t) erre a változóra.

egészségügyi személyzet: 3,2
páciensek: 4,4

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzátartozók: 4,3

Olaszország Az egészségügyi személyzet átlagos értékelése 4,4, míg a gyermekgyógyászoké 3,7 az 5,0 pontból. Az egészségügyi személyzet jobbnak értékelte a páciensek életminőségét, mint az orvosok. Az orvosok elismerik, hogy a kórházi körülmények messze nem elégítik ki a páciensek, különösen a gyerekek szükségleteit. A hozzátartozók és a páciensek felfogása eltér az egészségügyi személyzetétől és az orvosokétól, eredményeik alacsonyabbak a két másik kategóriához viszonyítva. Ennek oka a páciensek és hozzátartozóik életminősége, hiszen a hozzátartozók átéliük gyerekük betegségét.

egészségügyi személyzet: 4,4
páciensek: 3,3

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 3,3

Spanyolország Az egészségügyi személyzet átlagos értékelése 4,1, az orvosoké 4,6 az 5 pontból. Az orvosok jobbnak értékelik a beteg életminőségét, mint az egészségügyi személyzet, aminek talán az az oka, hogy szerepeik eltérő céljaiból adódóan másképp látják a betegeknek nyújtott kezelés hatékonyságát. Az egészségügyi személyzet közelebb áll a páciensek mindennapjaihoz és érzékeli a figyelem vagy tisztelet hiányát, valamint a páciensek életminőségét azok kórházi tartózkodása alatt, a terápia eredményeitől függetlenül. A páciensek és a hozzátartozók értékelése egyforma, 4,0, ami kissé eltér az egészségügyi szakembereikétől.

egészségügyi személyzet: 4,1
páciensek: 4,0

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 4,0

Németországban az egészségügyi személyzet átlagos értékelése 3,2/5,0 és a gyermekorvosoké 3,6/5,0. A megkérdezett orvosi csapat egy nagy egyetemi kórházban dolgozik, ahol sok beteg súlyos, ritka és krónikus betegségben szenved. Az egészséges gyermekekhez képest e betegek életminősége alacsony. Szerencsére a betegek és a szülők értékelés egy kicsit jobb, ami a gyermekek gondozásával és támogatásával magyarázható az életük minden bio-pszicho-szociális aspektusából nézve.

egészségügyi személyzet: 3,2
páciensek: 4,0

gyermekgyógyászok: 3,6
szülők/hozzátartozók: 4,3

2.1.5. Az orvos rendelkezésre állása

Az ellátáshoz való hozzáférés nehézsége, az időpontra való várakozás vagy az orvos elérhetetlensége lehet a legfrusztrálóbb a páciensek és szüleik számára.

Romániában az orvos rendelkezésre állása kérdésére a gyermekpáciensek csak 4,5 pontot adtak, ami magasabb, mint az Időpontkérés orvosi vizsgálatra kérdés értékeléseként adott pont, de alacsonyabb, mint a páciensek iránti tiszteletet és a

páciensek támogatását értékelő pontszám. Az orvosok saját rendelkezésre állásukat csupán 3,9 pontra értékelték, hiszen tisztában vannak azzal, hogy aligha elegendő az idejük. Az orvos rendelkezésre állását mind az egészségügyi személyzet, mind a gyermekek szülei és hozzátartozói 4,4 pontra értékelték.

egészségügyi személyzet: 4,4
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 3,9
szülők/hozzátartozók: 4,4

Magyarország: Míg az orvosok úgy érzik, hogy a rendelési idő alatt általában könnyen elérhetik őket a betegek, az ápolók nehezebbnek találják az orvosok elérhetőségét, és a kérdőívben a "néha nem könnyű" választ jelölték meg. Az orvos rendelkezésre állása időről-időre és évszaktól függően változik. A nyári időszakban kisebb a munkateher. A legtöbb orvos könnyen elérhető ezekben a hónapokban, míg az év többi részében általában el vannak foglalva a gyermekorvosok a beteg gyerekek gyógyításával és az iskolai igazolások kiadásával. A 3-4 órás rendelési időben nincs maximálva, hány gyereket fogad a gyermekgyógyász. Egy átlagos munkanap 15-25 a páciensek száma, de járványok idején elérheti a 60-80-at is.

egészségügyi személyzet: 3,0
páciensek: 4,1

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 3,9

Olaszország. Az egészségügyi személyzet átlagosan 3,6 pontot adott az 5-ből, a gyermekgyógyászok pedig 4,0 pontot. Az orvosok úgy érzik, általában könnyen eléri őket a betegek rendelési időben, míg az egészségügyi személyzet nehezebbnek találja az elérhetőségüket.

A 4 kategória értékelései közötti különbség oka az orvosoknak az esetekhez viszonyított számában keresendő. Az ASLTo3-ban alacsony az orvosok száma, és a páciensek és hozzátartozók úgy érzik, kevés idő áll rendelkezésre az ellátáshoz.

egészségügyi személyzet: 3,6
páciensek: 3,2

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzátartozók: 3,0

Spanyolország. Az egészségügyi személyzet értékelésének átlaga 3,8, míg a gyermekgyógyászoké 3,9 az 5,0 pontból. A két csoport értékelése között nincs lényeges különbség; mindkettőn egyetértenek abban, hogy a részlegen növelni kell a klinikusok rendelkezésre állását. A páciensek és hozzátartozók másként vélekednek, mint az egészségügyi szakemberek. Érdekes kiemelni, hogy valamennyi értékelés 4,0 pont alatt van.

egészségügyi személyzet: 3,8
páciensek: 3,2

gyermekgyógyászok: 3,9
szülők/hozzátartozók: 3,4

Németországban mind az egészségügyi dolgozók, mind a gyermekorvosok rosszabbra értékelik az orvosok elérhetőségét, mint a betegek és a szülők. A felnőtt orvoshoz képest a gyermekorvosok megpróbálják minél inkább elérhetővé tenni magukat, és ha a gyermek akut megbetegedésben szenved vagy állapotában romlás következik be, akkor igyekeznek az előre megbeszélt időpontokat minél gyorsan átrendezni. A betegek és a szülők nagyra értékelik ezt, míg az orvosi csoport tagjai úgy gondolják, hogy ezt lehetne még jobban is csinálni.

egészségügyi személyzet: 3,5
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 3,4
szülők/hozzátartozók: 4,0

2.1.6. Időpontkérés orvosi vizsgálatra

Romániában az orvosi vizsgálatra való időpontkérést értékelték a legalacsonyabbra, 4,2 pontra, a gyermekgyógyászati páciensek, ami véleményük szerint a gyermekekkel való kommunikáció leggyengébb pontja. Ez az eredmény az orvosok túlterheltségének és munkavállalásának, valamint a romániai bürokratikus rendszernek az eredménye lehet, aminek következtében túl kevés idő áll az orvos rendelkezésére. Ezt a rezidensek és az egészségügyi alkalmazottak kompenzálják, akik átveszik az orvos felelősségébe tartozó dolgokat. Rendkívül hasznos lenne egy elektronikus rendszer, amelyben számítógépen lehetne vezetni a konzultációk és kontrollvizsgálatok időpontját, és amely értékes időt takarítana meg az orvosok számára. Erre az aspektusra 4,2 pontot adtak az egészségügyi alkalmazottak és a gyermekgyógyászati páciensek egyaránt, míg a hozzátartozók 4,4 pontot.

egészségügyi személyzet: 4,2
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 4,4

Magyarországon mind az orvosok, mind az ápolók úgy ítélték meg, hogy az orvosi vizsgálatra való időpontkérés (betegség kivizsgálására, rutinvizsgálatra vagy kontroll esetén) az "időnként elérhető" és az "általában elérhető" kategória közé esik. Rendelési időben az orvos telefonját az asszisztense veszi fel. A többi munkaórában az elsődleges ellátásbeli gyermekorvos hívható telefonon, miközben házhoz megy olyan betegekhez, akik betegségük miatt nem tudnak elmenni a rendelőbe. A gyermekorvosok általános gyakorlata, hogy megadják telefonszámukat és email címüket a szülőknek. Általában a fiatalabb orvosok tartanak ily módon kapcsolatot a páciensekkel.

egészségügyi személyzet: 3,5
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 3,4
szülők/hozzátartozók: 3,7

Olaszország. Az egészségügyi személyzet átlagosan 3,9 pontot adott, a gyermekgyógyászok pedig 3,7-et az 5,0-ból. Mind az orvosok, mind az egyéb egészségügyi alkalmazottak az „általában elérhető” választ jelölték meg, mivel várakozási idő van az orvosi időpontra és az ellátás időnként nehezen hozzáférhető.

A páciensek véleménye jó, hasonló szinten van az egészségügyi alkalmazottakéval és az orvosokéval. A hozzátartozók rosszabb véleményen vannak a többi kategóriához viszonyítva, amit a különböző orvosi időpontok és a napi tevékenységek összehangolásának nehézsége okoz.

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 3,4

Spanyolországban az egészségügyi személyzet átlagos értékelése 3,9 pont, a gyermekgyógyászok pedig 3,7 volt az 5,0-ból. Az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának értékelésében a gyermekgyógyászok véleménye ismét eltér egy

kevésbé az egészségügyi alkalmazottakétól, de mindketten úgy vélik, hogy a várólisták és a páciensek túl nagy száma akadályozza a reakcióidőn belüli minőségi szolgáltatást. A páciensek és hozzátartozóik más szemszögből tekintenek a kérdésre, ugyanakkor mindegyik értékelés 4,0 alatt van a lehetséges 5,0-ból.

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 3,5

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 3,6

Németországban az orvosi csoport kicsit jobbra értékeli az időpontkérést az orvosi ellenőrzésekhez (3.8 / 5.0; 3.7 / 5.0), mint az orvosi elérhetőségét. A betegek és a szülők szerint van még hova fejlődni, de többnyire elégedettek.

egészségügyi személyzet: 3,8
páciensek: 4,1

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 4,2

2.1.7. Utánkövetési tájékoztatás

Románia. Az utánkövetési tájékoztatást az orvosok kritikusan látták és 3,8-ra értékelték; ennél magasabb pontot adtak a páciensek – 4,3 – az egészségügyi személyzet – 4,4 – és a hozzátartozók – 4,5. Ez nagy fejlődési lehetőséget rejt magába, különösen az orvosok szemszögéből nézve.

egészségügyi személyzet: 4,4
páciensek: 4,3

gyermekgyógyászok: 3,8
szülők/hozzátartozók: 4,5

Magyarország. Mindkét csoport egyetért abban, hogy "időnként könnyen" jutnak hozzá a páciensek az utánkövetési információhoz (vizsgálati eredmények, gyógyszerek, ápolási útmutatás) és az ellátáshoz. A szülők többféleképp érhetik el az orvost utánkövetési információért: 1) személyesen a rendelőjében 2) telefonon 3) e-mailen. Az utóbbi időben ösztönzik az elektronikus kommunikációt az ellátás minőségének javítása érdekében. Példa erre a vizsgálati eredményeknek e-mailen történő kiküldése, vagy az e-mailen ápolási tanácsadás, amivel kiválthatók az időbe és pénzbe kerülő, személyes rendelői konzultációk. A nyomás ellenére kevés orvos használja az elektronikus kommunikációs lehetőségeket, aminek két fő oka van. Először is az idősebb orvosok körében még mindig gyakori probléma a számítógépes analfabetizmus. Másodsorban, az elektronikus kommunikáció, előnyei ellenére, növelte is az orvosok munkaterhét, és néhányan úgy érezhetik, hogy soha véget nem érő munkanapot eredményez.

egészségügyi személyzet: 3,4
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 3,4
szülők/hozzátartozók: 3,7

Olaszország. Az egészségügyi alkalmazottak átlagértékelése 4,1, míg a gyermekgyógyászoké 3,7 pont az 5,0-ból. Az egészségügyi alkalmazottak értékelése azt mutatja, hogy könnyebbnek gondolják az utánkövetési információkhoz való hozzáférést, mint az orvosok. Az utánkövetési információ minősége jó, kivéve a hozzátartozók megítélésében. Ennek oka talán az információ típusában keresendő: a

hozzátartozóknak hasznos információra van szükségük ahhoz, hogy napi tevékenységüket és a kezelést jól össze tudják hangolni.

egészségügyi személyzet: 4,1
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 3,3

Spanyolország Az egészségügyi alkalmazottak átlagos értékelése 4,0; a gyermekgyógyászoké 3,8 az 5,0-ból. A mintavételi csoportok közötti különbség nem szignifikáns; hasonló a felfogásuk azt illetően, hogy mennyi információval kellene ellátni a pácienseket a kórházi tartózkodás után. A páciensek és hozzátartozók valamennyivel gyengébb értékelést adtak.

egészségügyi személyzet: 4,0
páciensek: 3,5

gyermekgyógyászok: 3,8
szülők/hozzátartozók: 3,6

Németországban a betegek és a szülők úgy gondolják, hogy az utánkövetési információk és ellátások nagyon jó. A betegeket megkapják a vizsgálati eredményeket, a recepteket, illetve a betegek és szülők többsége e-mailt küldhet az orvosoknak, ha további információkra van szükségük. Az egészségügyi dolgozók és a gyermekorvosok átlagos eredménye egy kicsit alacsonyabb, de nem rossz.

egészségügyi személyzet: 4,1
páciensek: 4,8

gyermekgyógyászok: 4,1
szülők/hozzátartozók: 4,6

2.1.8. Kommunikáció - következtetések

Kommunikációs tanulási szükségletek Romániában

Romániában az orvosok adták a legalacsonyabb átlagpontot, 3,8-at, a kommunikációra: ez alacsonyabb, mint a gyermekpáciensek kommunikációs értékelő pontjainak az átlaga. Ez az eredmény a nehéz krónikus esetekből, az ezekből következő pszichológiai problémákból, valamint abból a tényből fakad, hogy az orvosoknak nincs elég idejük arra, hogy az egyéb kötelezettségeik mellett (hallgatók, kurzusok, sok páciens és adminisztrációs teher) mindezekkel a problémákkal foglalkozzanak.

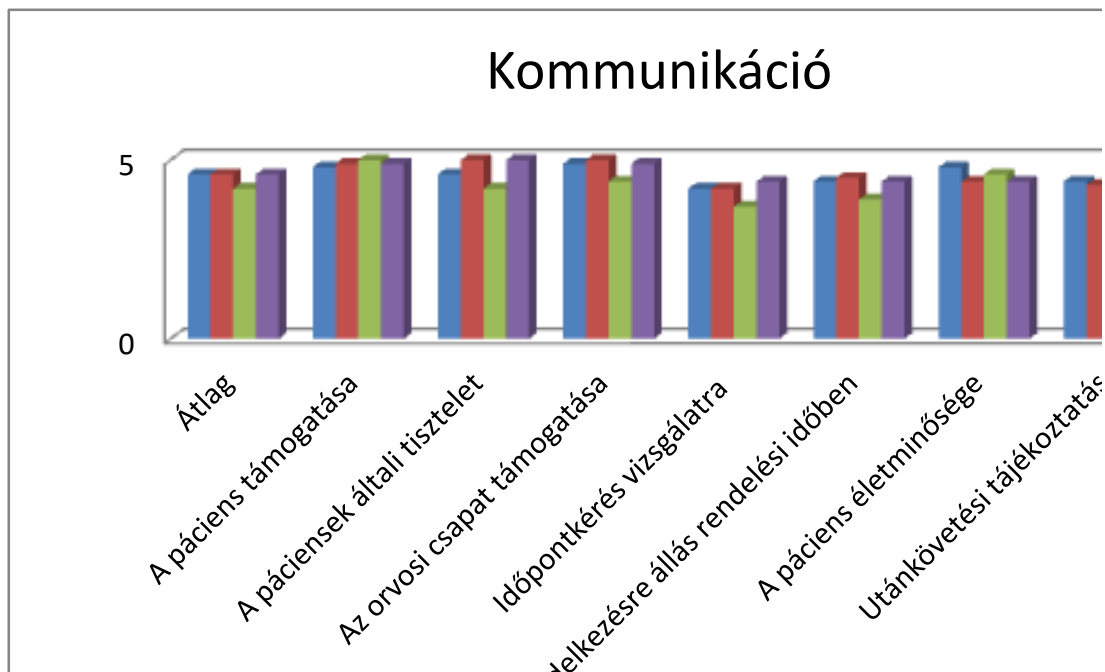
Az egészségügyi személyzet átlagosan 4,6 pontra értékelte a kommunikációt, a hozzátartozók és a páciensek átlagpontjához hasonlóan. A páciensektől, figyelembe véve krónikus állapotukat, hosszú kórházi tartózkodásukat és korlátozó betegségeiket (rosszindulatú megbetegedések, krónikus gyulladós állapotok, malabszorpciós szindrómák, krónikus vesebetegség, reumatikus betegségek), a 4,6 átlagpontszám elfogadható.

Kommunikáció	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekgyógyászok kérdőíve	Hozzá tartozók kérdőíve
Átlag	4,6	4,6	4,2	4,6
A páciens támogatása	4,8	4,9	5,0	4,9
A páciensek általi tisztelet	4,6	5,0	4,2	5,0
Az orvosi csapat támogatása	4,9	5,0	4,4	4,9
Időpontkérés vizsgálatra	4,2	4,2	3,7	4,4
Rendelkezésre állás rendelési időben	4,4	4,5	3,9	4,4
A páciens életminősége	4,8	4,4	4,6	4,4
Utánkövetési tájékoztatás	4,4	4,3	3,8	4,5

1. Táblázat Kommunikációs eredmények Romániában

Mindegyik megfigyelt csoportban az *időpontkérés vizsgálatra* kapta a legalacsonyabb kommunikációs pontszámot, a legmagasabbat pedig a *páciensek támogatása*. A gyermekgyógyászok úgy érzik, javítaniuk kell a vizsgálatokra való időpontkérést, a rendelési idő alatti elérhetőséget és az utánkövetési tájékoztatás nyújtását, továbbá úgy érzik, hogy több tisztelet illeti meg őket a páciensek részéről.

A gyermekgyógyászati páciensek az orvosi vizsgálati időpontok jobb beosztását várják el, valamint világosabb, **testre szabott** utánkövetési tájékoztatást. Ez egy olyan aspektus, amin úgy lehetne javítani, ha a kommunikációs stílust a gyermekek értelmi szintjéhez igazítanák és különféle kommunikációs stratégiákat használnának. A gyerekek is örülnének, ha az orvosi segítség könnyebben elérhető lenne rendelési időben, valamint, ha jobb lenne a kórházi élet minősége.



1. Ábra Kommunikációs eredmények Romániában

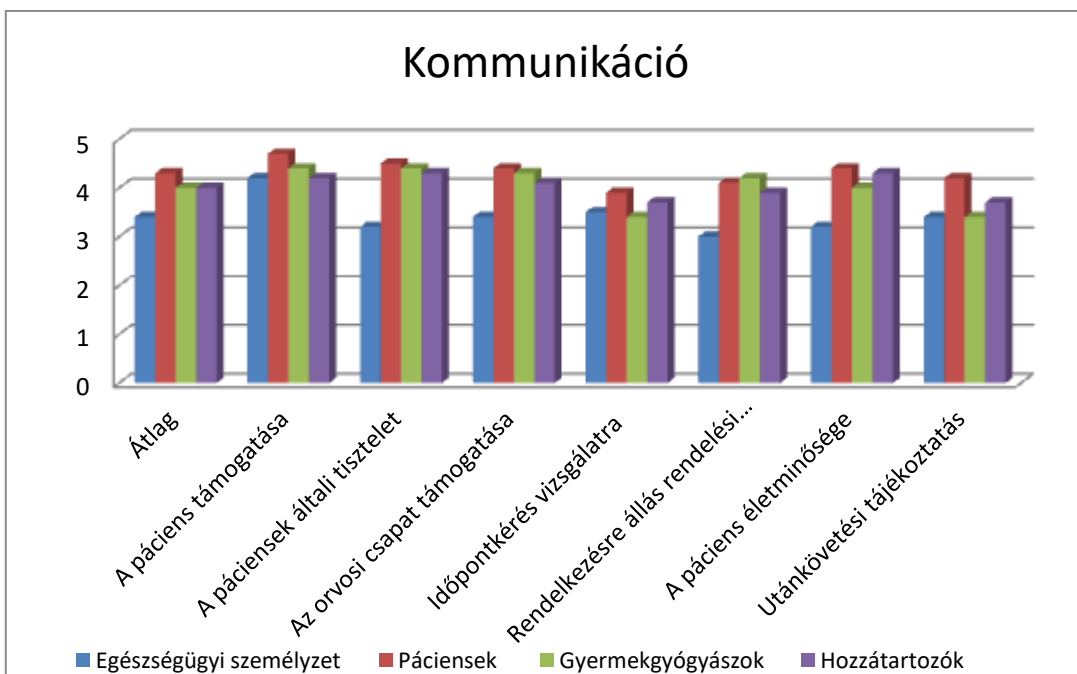
Kommunikációs tanulási szükségletek Magyarországon

Kommunikáció	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekgyógyászok kérdőíve	Hozzá tartozók kérdőíve
Átlag	3,4	4,3	4,0	4,0
A páciens támogatása	4,2	4,7	4,4	4,2
A páciensek általi tisztelet	3,2	4,5	4,4	4,3
Az orvosi csapat támogatása	3,4	4,4	4,3	4,1
Időpontkérés vizsgálatra	3,5	3,9	3,4	3,7
Rendelkezésre állás rendelési időben	3,0	4,1	4,2	3,9
A páciens életminősége	3,2	4,4	4,0	4,3
Utánkövetési tájékoztatás	3,4	4,2	3,4	3,7

2. táblázat Kommunikációs eredmények Magyarországon

Magyarország esetében a legalacsonyabb általános kommunikációs átlagpontot az egészségügyi személyzet adta (3,4). A hozzátartozók és a gyermekorvosok általános kommunikációs átlagpontja 4,0 volt, közel a páciensek 4,3-as átlagához. Ez azt jelenti, hogy ez a három csoport legtöbbször elégedett a kommunikációval.

A romániai eredményekhez hasonlóan a legjobb kommunikációs eredmény itt is a *páciensnek nyújtott támogatás* változójával kapcsolatban született a felmérésben részt vevő valamennyi csoportnál, a legrosszabb pedig a *vizsgálati időpont kérését* és az *utánkövetési tájékoztatást* illetően. A gyermekgyógyászok úgy érzik, javítaniuk kell a vizsgálati időpontkérés gyakorlatán és több utánkövetési tájékoztatást kell nyújtaniuk. A gyermekgyógyászati páciensek a vizsgálati időpontok jobb beosztását várják el, míg a szülők megfogalmazták a világosabb és életkornak megfelelően tált utánkövetési tájékoztatás iránti igényüket is. A felmérésben részt vett egészségügyi személyzet panaszkodott az adminisztratív feladatok egyre növekvő mennyiségéről, ami miatt az orvosok kevésbé tudnak rendelkezésre állni rendelési idő alatt.



2. Ábra Kommunikációs eredmények Magyarországon

Kommunikációs tanulási szükségletek Olaszországban

Olaszország esetében a legalacsonyabb általános kommunikációs pontszámot a hozzátartozók adták. A hozzátartozók és a gyermekorvosok értékelése közötti különbség oka a gyermekorvosok számában és az általuk ellátandó szolgáltatások mennyiségében keresendő. A páciensek és a hozzátartozók úgy érzékelik, hogy kevés idő van az ellátásra, mivel az ASLTo3 részlegben alacsony az orvosok száma.

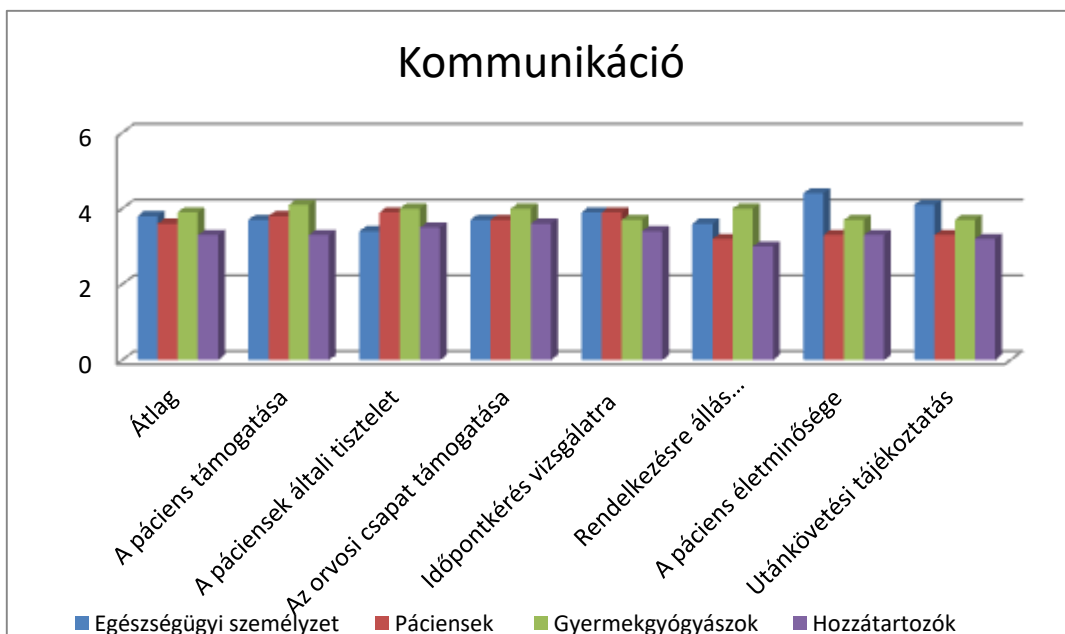
Az egészségügyi személyzet általános kommunikációs átlagpontja 3,8 volt, ami megegyezett a gyermekorvosok által adott pontok átlagával. A páciensek értékelésének átlaga 3,6 volt, ennek oka pedig a *rendelési idő alatti elérhetőség* és a *páciensek életminősége* változók alacsony értékelésében keresendő. Ezek az eredmények ahhoz vezetnek, hogy alacsony az orvosok és az egészségügyi személyzet iránti tisztelet, ami a páciensek és hozzátartozóik – aki utóbbiak végigélik gyermekeikkel azok betegségét – életminőségével függ össze. Az egészségügyi személyzet jobbnak értékelte pácienseik életminőségét, mint az orvosok, míg az orvosok, úgy tűnik, elismerték, hogy a kórházi körülmények messze vannak a páciensek – különösen a gyerekek - szükségleteitől.

Kommunikáció	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekgyógyászok kérdőíve	Hozzátartozók kérdőíve
Átlag	3,8	3,6	3,9	3,3
A páciens támogatása	3,7	3,8	4,1	3,3
A páciensek általi tisztelet	3,4	3,9	4	3,5
Az orvosi csapat támogatása	3,7	3,7	4	3,6
Időpontkérés vizsgálatra	3,9	3,9	3,7	3,4
Rendelkezésre állás rendelési időben	3,6	3,2	4	3
A páciens életminősége	4,4	3,3	3,7	3,3
Utánkövetési tájékoztatás	4,1	3,3	3,7	3,2

3. Kommunikációs eredmények Olaszországban

A hozzátartozók úgy vélik, a gyermekgyógyászoknak javítaniuk kell a *rendelési idő alatti elérhetőségüket*, az *utánkövetési tájékoztatást*, a *páciensek életminőségét* és a *pácienseknek nyújtott támogatást*. Ezek az elvárások megegyeznek a gyermekgyógyászati páciensek elvárásaival. A támogatás és a tájékoztatás olyan aspektusok, amelyek fejleszthetők lennének azáltal, hogy a kommunikációs stílust

érthetővé tennék a gyerekek és hozzátartozók számára és különféle kommunikációs stratégiákat alkalmaznának.



3. Ábra Kommunikációs eredmények Olaszországban

Kommunikációs tanulási szükségletek Spanyolországban

Spanyolország esetében a kommunikáció értékpontjainak átlaga összességében jó; az orvosok jobbnak érzik a többi három csoporthoz viszonyítva. Úgy véljük, hogy ez egyrészt a spanyolországi nemzeti törvényeknek köszönhető, amelyek szabályozzák a beteginformáció feldolgozásának folyamatát, másrészt a klinikusok kommunikációs képzésének, amely az egészségügyi alkalmazottakéval összehasonlítva jobb. A kérdőívben felmért minden aspektus értékelése az előbbit támasztja alá. A klinikusok minden, a klinikai kapcsolatok kommunikációs folyamatához és attitűdjeihez kapcsolódó tényezőt magasabb pontszámra értékelték, mint a többi résztvevő. Kizárólag az *utánkövetési tájékoztatás* terén alacsonyabb az orvosok értékelése, ami szignifikánsan alacsonyabb az egyéb egészségügyi személyzet értékeléséhez képest. Az egészségügyi személyzet egyrészt közvetlenül vesz részt az utánkövetési folyamatban, amelyben szerepét támogatóként éli meg, másrészt a klinikusok, a páciensek és a hozzátartozók vannak tudatában a páciensek valós szükségleteinek.

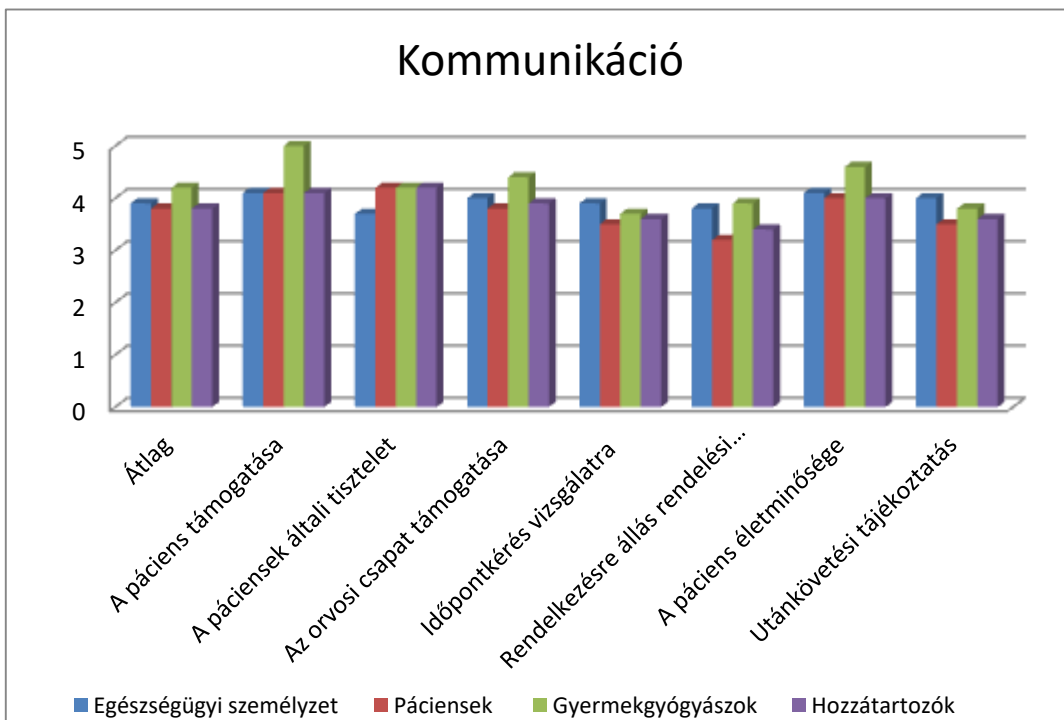
Kommunikáció	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekgyógyászok kérdőíve	Hozzá tartozók kérdőíve
Átlag	3,9	3,8	4,2	3,8
A páciens támogatása	4,1	4,1	5,0	4,1
A páciensek általi tisztelet	3,7	4,2	4,2	4,2
Az orvosi csapat támogatása	4,0	3,8	4,4	3,9
Időpontkérés vizsgálatra	3,9	3,5	3,7	3,6
Rendelkezésre állás rendelési időben	3,8	3,2	3,9	3,4
A páciens életminősége	4,1	4,0	4,6	4,0
Utánkövetési tájékoztatás	4,0	3,5	3,8	3,6

4.ábra Kommunikációs eredmények Spanyolországban

Az egészségügyi személyzet alacsonyabbnak érzékeli a *páciensek általi tiszteletet*, mint a többi mintavételi csoport, aminek talán az az oka, hogy ők vannak kitéve mindenféle olyan kórházbeli működési zavarnak, amit a páciensek és családjaik a kórházi tartózkodásuk során megtapasztalnak. Az egészségügyi dolgozók vállalják fel a közvetítő szerepet a páciensek illetve családjuk és az egészségügyi szolgálatok között, és ez azt feltételezi, hogy szembesülnek minden, az osztályon lezajló konfliktussal. Az emberi erőforrások és szolgáltatások szervezését illetően az egészségügyi szolgáltatások minőségével kapcsolatos összes tétel értékelése valamennyi mintavételi csoport esetében alacsonyabb volt 4,0 pontnál. Ezek az adatok nincsenek összhangban a kórházi osztályon jellemző életminőségnek a mintavételi csoportok általi értékelésével, ami egy újabb olyan tétel, amellyel kapcsolatban pozitív konszenzus alakult ki valamennyi csoport között, és aminek az átlaga az összes csoportot figyelembe véve 4,0 fölött van.

Végezetül megjegyzendő, hogy Spanyolországban a kommunikáció fejlesztésének szükségessége az egészségügyi személyzet közötti – azon belül is az orvosok és az egyéb egészségügyi alkalmazottak közötti – kommunikáció fejlesztésére irányul. Az egészségügyi személyzet szerepe nélkülözhetetlen ahhoz, hogy javítani lehessen a felhasználók gyermekgyógyászati szolgáltatásokkal kapcsolatos elégedettségét. A klinikusoknak be kell vonniuk az ápolókat és más egészségügyi alkalmazottakat a klinikai kapcsolatokba, és a gyermekgyógyászati orvos-páciens viszonyt csapatként kell felfogniuk. Ez az aspektus fejlettebb más olyan gyógyászati szakterületeken, ahol a páciensek különösen sérülékenyek: például a palliatív ellátásban. A **csapatépítés** rendkívül fontos soft skill a gyermekgyógyászatban, és az egészségügyi szakemberek közötti kommunikáció javításának következménye. A

gyermekgyógyászatban a hozzátartozókat is be kell vonni a csapatszintű ellátásba, amiben az egészségügyi személyzet fontos szerepet játszik.



4. Ábra Kommunikációs eredmények Spanyolországban

Kommunikációs tanulási szükségletek Németországban

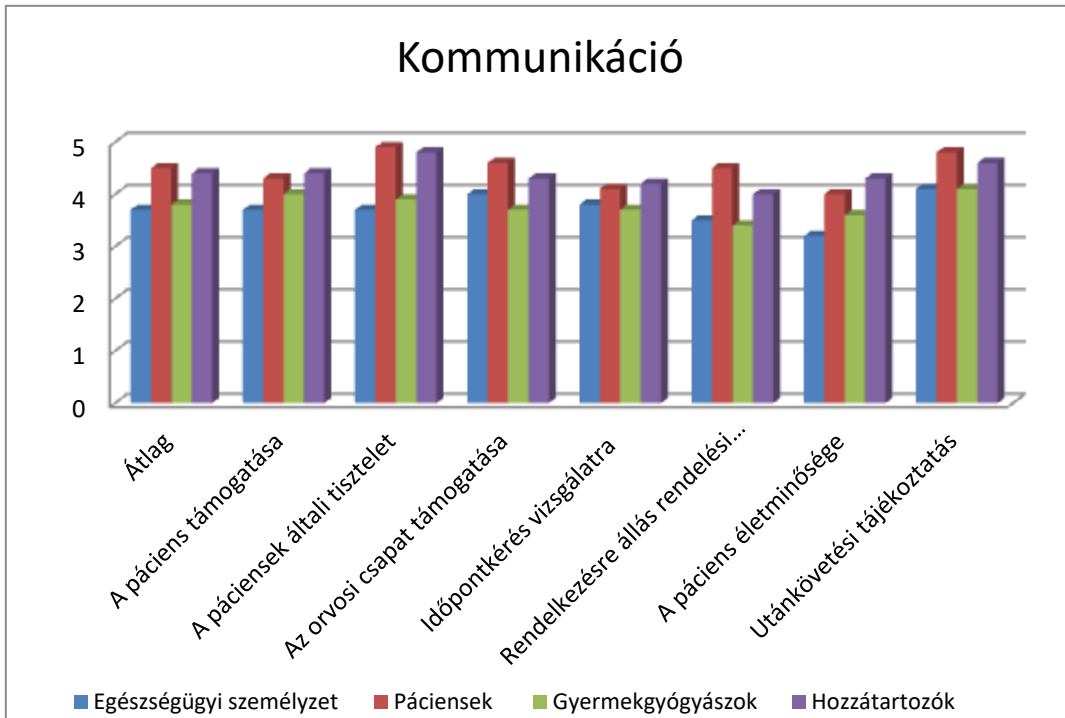
Németországban a kommunikáció területén legalacsonyabb átlagpontot az egészségügyi személyzet (3,7) adta, majd őket követték a gyermekorvosok (3,8). Ezzel szemben a betegek és rokonai nagyrészt elégedettek a kommunikációval (4,5 és 4,4).

A gyermekorvosok a kommunikáció területén a betegek támogatását és az utánkövetésüket értékelték a legmagasabb pontszámmal (4,0 és 4,1), az egészségügyi dolgozók is úgy gondolják, hogy az információkövetés megfelelő (4,1.). Általában az adminisztratív feladatok növekvő száma miatt csökken az orvosok és a betegek, rokonaik közötti beszélgetés ideje.

A betegek és a rokonok az összes kommunikációs szempontot jóra értékelték, de a szülők úgy gondolják, hogy a rendelési idő alatti rendelkezésre álláson még lehetne javítani (4,0).

Kommunikáció	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekegyógyászok kérdőíve	Hozzáértők kérdőíve
Átlag	3,7	4,5	3,8	4,4
A páciens támogatása	3,7	4,3	4,0	4,4
A páciensek általi tisztelet	3,7	4,9	3,9	4,8
Az orvosi csapat támogatása	4,0	4,6	3,7	4,3
Időpontkérés vizsgálatra	3,8	4,1	3,7	4,2
Rendelkezésre állás rendelési időben	3,5	4,5	3,4	4,0
A páciens életminősége	3,2	4,0	3,6	4,3
Utánkövetési tájékoztatás	4,1	4,8	4,1	4,6

5. Táblázat Kommunikációs eredmények Németországban



5. Ábra Kommunikációs eredmények Németországban

2.2. ÁTLÁTHATÓSÁG (T)

Az átláthatóság általánosságban arra vonatkozik, hogy a pácienseknek megfelelő tájékoztatást kell nyújtani az ellátás költségét és minőségét illetően. Ebben a tanulmányban azonban más orvosok részvételét, a betegek panaszainak hatékony és gyors megoldását, a fontos információknak a beteggel való (szóbeli vagy írásbeli) közlését, az ápolással kapcsolatos tájékoztatást, a páciensekkel való udvarias és tiszteletteljes bánásmódot, a diszkréciót, valamint az írásbeli tájékoztatást figyelembe véve értékeljük az átláthatóságot.

Az optimalizált átláthatóság valószínűsíthetően olyan változásokat indukál, amelyek nélkülözhetetlenek a gyermekgyógyászati szolgáltatásokban.

2.2.1. Más orvosok részvétele

Románia – A páciensek és szüleik/hozzártartozók 4,3 pontra értékelték más orvosok részvételét. Az egészségügyi személyzet azonban alacsonyabb pontszámot, 3,3-at adott más orvosok részvételére, míg a gyermekorvosok ítélték a legalacsonyabb pontot, 3,1-et erre a változóra: **ez a legalacsonyabb pontszám az átláthatóság kategóriáján belül.**

egészségügyi személyzet: 3,3

gyermekgyógyászok: 3,1

páciensek: 4,3

szülők/hozzátartozók: 4,3

Magyarország – Egy gyermekorvosi rendelő finanszírozása nagymértékben függ attól, hogy hány esetet utal be a másodlagos ellátásba. Ha egy orvos kevesebb pácienszt küld a vizsgálatok következő szintjére, megváltozik a hivatalos besorolása, mint orvosnak. Ennek eredményeképpen más összeghez jut a praxisa. Az elsődleges vizsgálat után általában nincs szükség további orvosi vizsgálatokra: az esetek 80%-ban a páciensek nem szorulnak másodlagos vagy sürgősségi ellátásra.

A felmérés válaszai alapján az ápolók, a páciensek és a szülők úgy gondolják, hogy az orvosok általában más egészségügyi személyzetet és gondozót is bevonnak a páciensek ápolásába, míg az orvosok úgy látják, csak akkor tesznek így, amikor erre szükség van.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 2,9
szülők/hozzátartozók: 3,8

Olaszország – Az egészségügyi személyzet átlagos értékelése 3,9 pont, a gyermekorvosoké 3,7. Az orvosok úgy érzik, kevésbé vannak bevonva, mint az egyéb egészségügyi személyzet, még akkor is, ha az elsődleges orvosi vizsgálat után további orvosi vizsgálatok válnak szükségessé.

A páciensek és a hozzátartozók úgy érzik, hogy az egészségügy és a gyermekorvosok alacsony megbecsülése szervezési problémában keresendő: a területi szolgálatok logopédusai, pszichológusai és gyermekorvosai nem tartoznak a Neuropszichiátriai Szolgálatokhoz vagy a Gyermekgyógyászati Részleghez. Ennek hatása az egészségügyi projekt, mint csapat felelősségi köréhez kapcsolódik.

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 3,1

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 3,3

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet értékelésének átlaga 3,7, a gyermekgyógyászoké pedig 3,1 az 5,0 pontból. Egyértelmű különbség mutatkozik a személyzet és az orvosok véleménye között; az orvosok felfogását talán a döntési folyamatban betöltött szerepük befolyásolja. A páciensek felelőssége és bizalma olyan aspektusok, amelyek valamilyen módon személyessé teszik a klinikai kapcsolatot; sokkal inkább, mint az egészségügyi személyzet esetében, akiknél gyakori a rotáció. A páciensek és hozzátartozóik mutatnak bizonyos egyezőséget az információs folyamat ezen aspektusának megítélésében; értékelésük kissé eltér az orvosokéitól.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 3,5

gyermekgyógyászok: 3,1
szülők/hozzátartozók: 3,6

Németország - Az egészségügyi személyzet átlagos eredménye 3,7 - a legalacsonyabb eredmény. A gyermekorvosok, a betegek és a szülők jobb értékeli más orvosok részvételér (4.2-4.4)

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 4,4

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 4,2

2.2.2. A páciensek panaszai

Románia – A páciensek különböző okok miatt tehetnek panaszt: ha valami rosszul sikerült, ha fájdalmas élményük volt, ha információhiányban szenvednek vagy, ha nem elégedettek az ápolással². Panaszaik feszültséget okozhatnak az orvosok és az egészségügyi személyzet számára. Ugyanakkor, becslések szerint a panaszok 23%-a megoldható egy őszinte bocsánatkéréssel, további 34% esetében pedig elég a szóban forgó esemény körülményeivel kapcsolatos magyarázat³. A panaszok és sérelmek kezelése a páciensközpontú ellátás fontos aspektusa és lehetőséget kínál a minőségfejlesztésre.

A páciensek panaszaira adott reakciókat a páciensek és az egészségügyi személyzet egyaránt méltányosnak és jónak ítélte (4,8) az orvosok és a hozzátartozók pedig ennél még egy kicsit jobbnak (4,9). Ha a személyzetet arra képezik, hogy **hatékonyan figyeljen, proaktív megközelítést alkalmazzon** és kezelje a gyerekek és családjaik elvárásait, az apróbb problémák megoldhatók, mielőtt eszkalálódnának.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,8

gyermekgyógyászok: 4,9
szülők/hozzátartozók: 4,9

Magyarország – Az első orvosi konzultáció alkalmával általában nincsenek még vérkép vagy egyéb eredmények. Ilyenkor az orvos csak arra tud hagyatkozni, amit a szülő vagy a gyermek mond neki a tünetekről. A vizsgálatban részt vevő mindegyik csoport úgy ítélte meg, hogy az orvosok általában gondosan odafigyelnek arra, hogy mik a páciensek panaszai.

egészségügyi személyzet: 4,4
páciensek: 4,0

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzátartozók: 4,0

Olaszország – Az egészségügyi személyzet értékeléseinek átlaga 5-ből 3,9, míg a gyermekorvosoké 4,0. Mind az egészségügyi személyzet, mind az orvosok úgy érzik, hogy az orvosok legtöbbször gondosan odafigyelnek a páciensek panaszaira. A páciensek és hozzátartozóik értékelése azonban alacsonyabb, mert a kapott válaszokból nem derül ki az általuk óhajtott információ.

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 3,1

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzátartozók: 3,2

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet átlagértékelése 4,3 az 5,0-ból, a gyermekorvosoké pedig 4,9. A két csoport közötti különbség nem állandó, ugyanakkor úgy tűnik, hogy az egészségügyi személyzet kevésbé figyel oda a páciens panaszaira, talán a panaszok típusa miatt, amelyekkel a páciens rendszerint az orvoshoz fordul. Általában az orvost tartják felelősnek a páciensek állapotáért a részlegen. A páciensek és hozzátartozóik úgy vélik, a panaszok nem olyan kommunikációs aspektusok, amelyeket meg kellene osztani az egészségügyi személyzettel.

² <http://www.avant.org.au/uploadedFiles/Content/resources/member/risk-200912-dealing-with-patient-complaints.pdf>

³ Victorian Office of the Health Services Commissioner. Annual Report 2008: 18-9: www.health.vic.gov.au/hsc/downloads/annrep08.pdf.

egészségügyi személyzet: 4,3
páciensek: 4,0

gyermekgyógyászok: 4,9
szülők/hozzátartozók: 4,0

Németország - A betegek úgy gondolják, hogy az orvosi csapat gondosan figyel a panaszaira, és ezt nagyon értékelik (4.7). A gyermekorvosok és a szülők értékelése hasonlóan magas eredményeket mutat (4.4). Ezzel szemben az egészségügyi személyzet nem elégedett a panaszok kezelésével (3.6).

egészségügyi személyzet: 3,6
páciensek: 4,7

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzátartozók: 4,4

2.2.3. A páciensek tájékoztatása (az információ rendelkezésre állása és érthetősége)

Románia – A pácienseknek nyújtott minőségi tájékoztatás mennyiségét 4,8 pontra értékelték a páciensek, az egészségügyi alkalmazottak és a szülők, míg az orvosok úgy vélték, hogy van mit javítani rajta, így kissé alacsonyabb pontszámot, 4,5-öt adtak erre a változóra.

Lehetséges, hogy az orvosok a páciensről és a kezelés folyamatáról nyújtott információn kívül más olyan információra is gondoltak, ami a páciensek rendelkezésére kellene, hogy álljon a kórházi felvételük idején. A betegeket a kórházi tartózkodás idején megillető jogokra, a kórházba, valamely vizsgálatra vagy ambuláns kezelésre magukkal viendő dolgokkal kapcsolatos tájékoztatásra, a látogatási idővel, az egészségügyi nyilvántartáshoz való hozzáféréssel kapcsolatos információkra: mindezeket pedig oly módon találva, hogy könnyen megjegyezhetőek legyenek, pl. szórólap vagy videó formájában, ahelyett, hogy a kórház falára kitett hirdetemnyként legyenek csupán elérhetőek.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,8

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzátartozók: 4,8

Magyarország – Az orvosok azt nyilatkozták magukról, hogy legtöbb esetben könnyen érthető módon tudják elmagyarázni a pácienseknek a szükséges információkat. Az ápolók, hozzátartozók és páciensek alátámasztják ezt, bár a páciensek értékelése nem éri el a többi csoportét.

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 4,0

Olaszország – Az egészségügyi személyzet értékelésének átlaga 4,1 pont volt az 5,0-ból, a gyermekgyógyászoké pedig 4,2. Szervezési szempontból a szülőkkel, hozzátartozókkal és a gyerekekkel való információmegosztás fontos ápolási folyamat. Mind az egészségügyi személyzet, mind a gyermekgyógyászok átlaga magas az ápolás és az esetek kezelése szempontjából. Ez a belső küldetés egyik sarkalatos pontja. A hozzátartozók és a páciensek értékelése alacsonyabb a másik két kategóriánál, ami az általuk fontosnak tartott információ típusának tudható be. Olyan

információkra van szükségük, amelyek hasznosak és hatékonyak a nap tevékenységeikkel való boldogulás és életvitelük szempontjából.

egészségügyi személyzet: 4,1
páciensek: 3,5

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 3,3

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet értékelésének átlaga 4,2 az 5,0 pontból, a gyermekgyógyászoké pedig 4,5. A tájékoztatás megítélése mindkét mintavételi csoportban hasonlóságot mutat, ugyanakkor a páciensek és a hozzátartozók alacsonyabb értékelést adtak.

egészségügyi személyzet: 4,2
páciensek: 4,0

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzátartozók: 4,2

Németország – A betegek és a szülők fontosnak tartják, hogy szakmailag megalapozott és gyógyítást elősegítő módon jussanak hozzá az információkhoz az orvostól. A gyermekgyógyászatban elengedhetetlen, hogy a szülők és rokonok megértsék a gyermekbetegség főbb aspektusait, diagnosztikai lépéseit és kezelési lehetőségeit. Németországban a szülők úgy gondolták, hogy ezt az információt kiválóan nyújtják a gyermekorvosok (4.9). Nem lehet megfelelően magyarázni, hogy az egészségügyi gondozók miért elégedetlenek a kapott információkkal (3.3.).

egészségügyi személyzet: 3,3
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzátartozók: 4,9

2.2.4. Udvariasság és tisztelet

Románia – A felmérést végzők azzal szembesültek, hogy az orvos gyakornokok nem szoktak teljes nevükkel bemutatkozni a kórházban fekvő betegeknek és nem szoktak leülni hozzájuk, hogy személyesen elbeszélgessenek velük, annak ellenére, hogy a kutatások szerint a betegekkel való udvarias viselkedés elősegíti a gyógyulást és fokozza a páciensek elégedettségét is. A kutatásról a *Journal of Hospital Medicine*⁴ c. lapban megjelent írás szerint a gyakornokok kommunikációjában néhány egyszerű változtatás nagymértékben javítaná az egész kórházi tartózkodás élményét.

Az **udvariasság és tisztelet** változóra adott pontszám 4,8 volt az orvosok és az egészségügyi alkalmazottak, 4,9 a gyermekgyógyászati páciensek esetében, a hozzátartozók pedig a maximális 5,0 pontra értékelték.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,9

gyermekgyógyászok: 4,8
szülők/hozzátartozók: 5,0

Magyarország – Mind az orvosok, mind az ápolók úgy érzik, hogy az orvosok majdnem mindig nagy tisztelettel kezelik pácienseiket. Úgy tűnik, hogy a páciensek hasonló mértékűnek érzik a tiszteletet, amit irányukban tanúsítanak, míg a szülők egy

⁴ Common courtesy lacking among doctors in training
http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/common_courtesy_lacking_among_doctors_in_training

kissé kevésbé vannak megelégedve a gyermekeik irányában tanúsított udvariassággal. Az erre a kérdésre adott pontszámok különösen magasak, ami azt mutatja, hogy a felmérésben részt vett egészségügyi szakemberek számára a tisztelet alapérték.

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 4,7

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 4,3

Olaszország – A gyermekgyógyászok pontszáma 4,5. Egy eset kezelése során fontos udvariasságot és tiszteletet biztosítani mind a hozzátartozók és a páciensek, mind a kollégák (az egészségügyi személyzet és az orvosok) irányában. Az udvariasság és tisztelet a gyermekgyógyászok és az egészségügyi alkalmazottak esetében egyaránt a szervezeti viselkedés kulcs eleme.

A páciensek és a hozzátartozók rosszabb értékelést adtak, mint a két másik kategória, aminek az orvosi vizsgálat hossza az oka: egy pár perc nem elég arra, hogy megválaszolják a szülők és páciensek kérdéseit.

egészségügyi személyzet: n/a
páciensek: 3,5

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzátartozók: 3,4

Spanyolország – Az egészségügyi alkalmazottak átlageredménye 4,3 az 5,0 pontból, a gyermekorvosoké pedig 4,8. Az egészségügyi alkalmazottak kissé másképp érzlelik ezt az aspektust, mint az orvosok, még akkor is, ha nem állandósul ez a különbség. A páciensek és hozzátartozóik megerősítik az egészségügyi szolgáltatások jó környezetét.

egészségügyi személyzet: 4,3
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 4,8
szülők/hozzátartozók: 4,5

Németország A betegek és a szülők úgy érzik, hogy az ellátásá során kellő tisztelettel kezelik őket (4.9 és 4.6), és a gyermekorvosok önértékelése is ugyanazt erősíti meg (4.7). Az egészségügyi személyzet kevésbé elégedett (3.9)

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 4,9

gyermekgyógyászok: 4,7
szülők/hozzátartozók: 4,6

2.2.5. Az ápolással kapcsolatos tájékoztatás

Románia – A gyerekek és szülei egyaránt 4,7 pontra értékelték az ápolással kapcsolatos tájékoztatást, míg az egészségügyi alkalmazottak magasabb pontot (4,9) az orvosok pedig a maximális pontot adták. Ez arra utal, hogy a tájékoztatás teljes és megfelelő, összhangban van a páciensek értelmezési képességével és betegségük típusával.

egészségügyi személyzet: 4,9
páciensek: 4,7

gyermekgyógyászok: 5,0
szülők/hozzátartozók: 4,7

Magyarország - Az ápolók szerint az egészségügyi szakemberek általában tájékoztatják a betegeket az ellátásról, az orvosok pedig azt gondolják, hogy szinte

mindig megadják a pácienseknek a tájékoztatást. A páciensek véleménye az orvosokéhoz áll közel, míg a szülők inkább az ápolók nézőpontjával értenek egyet.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzátartozók: 4,0

Olaszország – Az egészségügyi alkalmazottak értékeléseinek átlaga 4,5 az 5,0-ból, míg a gyermekorvosok átlagpontja 4,3. Szervezési szempontból fontos ellátási folyamat a szülőkkel, hozzátartozókkal és gyerekekkel való információ-megosztás. Mind az egészségügyi alkalmazottak, mind a gyermekorvosok esetében magas az átlagértékelés az ellátást és az esetekről való gondoskodást illetően. Ez a belső küldetés egy sarkalatos pontja. A hozzátartozók és a páciensek értékelése alacsonyabb a másik két kategóriánál, ami a vizsgálatok hosszának és az információ típusának tudható be. Egy pár perc nem elég arra, hogy megválaszolják a szülők és páciensek kérdéseit.

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 3,5

gyermekgyógyászok: 4,3
szülők/hozzátartozók: 3,2

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet átlagpontja 4,4 az 5,0-ból, a gyermekorvosoké pedig 5,0. Az egészségügyi személyzet szerint az információs folyamat nem teljes, a gyermekorvosok ugyanakkor meg vannak győződve arról, hogy megteszik a maximális erőfeszítést a páciensek és hozzátartozók tájékoztatására. Az utóbbiak több információt várnak el az ellátást illetően.

egészségügyi személyzet: 4,4
páciensek: 4,3

gyermekgyógyászok: 5,0
szülők/hozzátartozók: 4,1

Németország – A szülők és a betegek teljesen elégedettek az ellátással kapcsolatos információkkal (4.5 és 4.8), míg az egészségügyi dolgozók javulást várnának ezen a téren (3.9).

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 4,4
szülők/hozzátartozók: 4,8

2.2.6. A vizsgálatokkal és azok eredményeivel kapcsolatos tájékoztatás

Románia – Az, hogy a gyermekgyógyászok adták a legmagasabb pontot erre a változóra, azt jelenti, hogy úgy vélik, megfelelő mennyiségű tájékoztatást nyújtottak. Őket követik az egészségügyi alkalmazottak és a hozzátartozók értékelései, míg a betegek szerint javítható lenne a tájékoztatás.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,7

gyermekgyógyászok: 5,0
szülők/hozzátartozók: 4,8

Magyarország – Az elsődleges ellátásbeli gyermekorvosok e-mailben megküldhetik a vérvétel eredményeit, a laboratóriumi és a klinikai bizonyítékokat a pácienseknek, magyarázatokat fűzve azokhoz az értékekhez, amelyek az egészséges tartománynál alacsonyabbak vagy magasabbak, és ezzel megteremtve a pácienseknek azt a lehetőséget, hogy aktívabb szerepet vállaljanak az egészségügyi ellátásban.

egészségügyi személyzet: n/a
páciensek: 4,0

gyermekgyógyászok: 4,3
szülők/hozzátartozók: 4,0

Olaszország – Szervezési szempontból a szülővel, hozzátartozókkal és a gyerekekkel való információmegosztás az ápolás fontos folyamata. Mind az egészségügyi személyzet, mind a gyermekgyógyászok átlaga magas ezt a változót illetően. A probléma a páciensek és a hozzátartozók elvárásához kapcsolódik, akik jobban szeretnék érteni a vizsgálatok eredményeit: egy olyan kritikus helyzetben, amelyet az időbeosztás nehézsége és a túl kevés szakember jellemez, milyen hosszú legyen egy tipikus konzultáció, ahol meg lehet osztani a vizsgálatok eredményeivel kapcsolatos információkat? Az egészségügyi személyzet és a gyermekorvosok szempontjából néhány perces, míg a páciensek és hozzátartozókéból legalább 20-30 perces.

egészségügyi személyzet: 4,4
páciensek: 3,1

gyermekgyógyászok: 4,3
szülők/hozzátartozók: 3,1

Spanyolország – A klinikai lelettel kapcsolatos információmegosztást a klinikusok maximális ponttal értékelték. Az ő perspektívájukból nézve az információ olyan hatékony kiértékeléséről van szó, ami alapján a beteg döntéseket hozhat. A klinikusok abban a helyzetben vannak, hogy kiválaszthatják úgy az információkat, hogy pozitív hatással legyenek a páciens autonómiájára. Teljesen más a páciensek és a hozzátartozók perspektívája, akik az információk orvosok általi kiválasztását a döntéshozatalban való saját részvételük korlátozásának tekinthetik. Ugyanez az egészségügyi alkalmazottak szemszöge is, akik magasabb pontszámot adtak a pácienseknél és alacsonyabbak a klinikusokénál, visszatükrözve az egyes mintavételi csoportok által kezelt információk szintjét.

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 5,0
szülők/hozzátartozók: 4,1

Németország - A vizsgálati eredményekre vonatkozó tájékoztatást hasonlóan értékelték, mint az ellátást. Az egészségügyi gondozók nem elégedettek (3.5), míg a gyermekorvosok, a betegek és a szülők igen (4.2-4.5).

egészségügyi személyzet: 3,5
páciensek: 4,6

gyermekgyógyászok: 4,2
szülők/hozzátartozók: 4,5

2.2.7. Diszkréció

Románia – A diszkréció szorosan összefügg a méltósággal és a tisztelettel, és vonatkozhat a titoktartásra, a higiéniai lehetőségek biztosítására (ágytál- és toalett-

használat), a szagok megszüntetésére. Elengedhetetlenül fontos olyan diszkréciós feltételek – privátszféra – biztosítása, ahol a szülők játszhatnak gyerekeikkel, és a családok csendes körülmények között tölthetnek együtt egy kis időt.

A felmérésben részt vett négy kategória tagjai másképp értékelték a diszkréció mutatóját, ami azt jelenti, hogy a különböző embereknek különböző szokásai lehetnek ezen a téren. A diszkrécióra adott pontok az orvosok 4,5 pontjától a páciensek és egészségügyi alkalmazottak 4,6 pontján át a hozzátartozók 4,7 pontjáig terjedtek.

egészségügyi személyzet: 4,6
páciensek: 4,6

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzátartozók: 4,7

Magyarország - A felmérésben részt vett minden csoport egyetértett abban, hogy a páciensek diszkréciója szinte mindig biztosított az egészséggel kapcsolatos kérdések megvitatása során. Az elsődleges ellátásban csak egy páciens van bent a rendelőben a konzultáció során. A sürgősségi ellátást a diszkréció alacsonyabb szintje jellemzi. A felmérés résztvevőinek csoportjában nem voltak olyan orvosok vagy ápolók, akik a sürgősségi ellátásban dolgoztak volna.

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 4,6

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 4,3

Olaszország – Az egészségügyi személyzet értékeléseinek átlaga 3,8, a gyermekgyógyászoké 4,1 az 5,0 pontból. Az egészségügyi személyzet és az orvosok közötti különbség oka a kórterem és szolgáltatások logisztikai szerkezetéhez kapcsolódik: nincs külön helyiség a privátszféra biztosítására. A kórházi környezet logisztikai aspektusaiból adódóan a páciensek és hozzátartozóik véleménye eltér az orvosokéitól és ápolókéitól. A diszkréció biztosítása szigorúan azokra a helyiségekre korlátozódik, ahol a szakorvosok megbeszélik az ellátást és a kezelést: az ASLTO3 kórházai és területi szolgálatai kinézetre megfelelőek, de az épület nagyon régi és modernizálásra szorul.

egészségügyi személyzet: 3,8
páciensek: 3,6

gyermekgyógyászok: 4,1
szülők/hozzátartozók: 3,2

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet átlaga 4,1, a gyermekorvosoké 4,5 az 5,0-ból. Az egészségügyi személyzet úgy érzi, hogy a részlegen nincs meg a diszkréció, ez a felfogásbeli különbség pedig a személyzetnek a páciens napi életében betöltött szerepéhez kapcsolódhat. Az ápolók jobban és hosszabb ideig vannak kapcsolatban a betegekkel, talán ez az oka annak, hogy több olyan helyzetet észlelnek, amikor nem tartják tiszteletben a diszkréciót. A pácienseknek és családjaiknak hasonló tapasztalatuk van a diszkrécióval kapcsolatban, amit hasonlóan, egységes tendenciaként erősítenek meg.

egészségügyi személyzet: 4,1
páciensek: 4,3

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzátartozók: 4,3

Németország – A betegek és a szülők úgy gondolják, hogy szinte mindig diszkréten kezelik az egészségügyi kérdések megvitatásakor átadott információkat (4.7 és 4.5). Sürgősségi ellátásra várakozók között nem végeztek kérdőíves felmérést a személyes adatok védelmének összetettsége miatt. Az egészségügyi dolgozók és a

gyermekorvosok tisztában vannak fel, hogy vészhelyzetben gyakran hiányzik a megfelelő diszkréció, ezért lehetnek az értékek alacsonyabbak (3,5 és 4,0)

egészségügyi személyzet: 3,4
páciensek: 4,7

gyermekgyógyászok: 4
szülők/hozzá tartozók: 4,5

2.2.8. Írásbeli kommunikáció

Románia – Az írásbeli kommunikációt csupán 4,4 pontra értékelték a páciensek és 4,5 pontra az orvosok, ami kritikus eredmény; az egészségügyi alkalmazottak 4,8 pontot, a szülők/hozzá tartozók 4,5 pontot adtak. Az írásbeli kommunikáció minőségének értékelése tehát a páciensek 4,4 pontjától < az orvosok és a család/hozzá tartozók 4,5 pontján át < az egészségügyi személyzet 4,8 pontjáig terjed.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,4

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzá tartozók: 4,5

Magyarország – A jelenlegi jogi szabályozás szerint az elsődleges szintű ellátásban nem kötelező írásba adni a tünetekkel vagy a kezelendő problémákkal kapcsolatos információt, amikor a páciens elhagyja a gyermekorvosi rendelőt. A gyermekgyógyász szóban közli a szükséges információt. Írásbeli tájékoztatás a kórházból való elbocsátáskor történik.

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: n/a
szülők/hozzá tartozók: 4,2

Olaszország – Az egészségügyi alkalmazottak átlagosan 3,8, a gyermekgyógyászok pedig 3,9 pontot adtak az 5,0-ból. Ennek okai az ápolás folytonosságának folyamata szerinti beteg elbocsátás belső eljárásaihoz kapcsolódnak. A probléma abban áll, hogyan lehet garantálni az információ folytonosságát az egészségügyi rendszerben a hozzá tartozók és a gyermekek, a helyi gyermekgyógyászok és olyan intézmények, mint az iskola, közösségi szolgáltatók, stb. körében. A páciensek és hozzá tartozók véleménye alátámasztja az ápolás folytonossága kezelésének szükségességét.

egészségügyi személyzet: 3,8
páciensek: 3,0

gyermekgyógyászok: 3,9
szülők/hozzá tartozók: 3,2

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet értékeléseinek átlaga 4,2, a gyermekgyógyászoké 4,5 az 5,0-ból. A gyermekgyógyászok valamennyivel jobbra értékelik az írásbeli tájékoztatást, mint az egészségügyi személyzet, ugyanakkor nem jelentős a különbség. A hozzá tartozók értékelése 4,0 az 5,0-ból és nagyon közel áll a személyzet véleményéhez.

egészségügyi személyzet: 4,2
páciensek: 4,1

gyermekgyógyászok: 4,5
szülők/hozzá tartozók: 3,9

Németország – A szülők nem várnak több írásos információt, míg az összes többi csoport hasznosnak tartja, hogy több írásos információhoz jussanak.

egészségügyi személyzet: 3,6
páciensek: 3,9

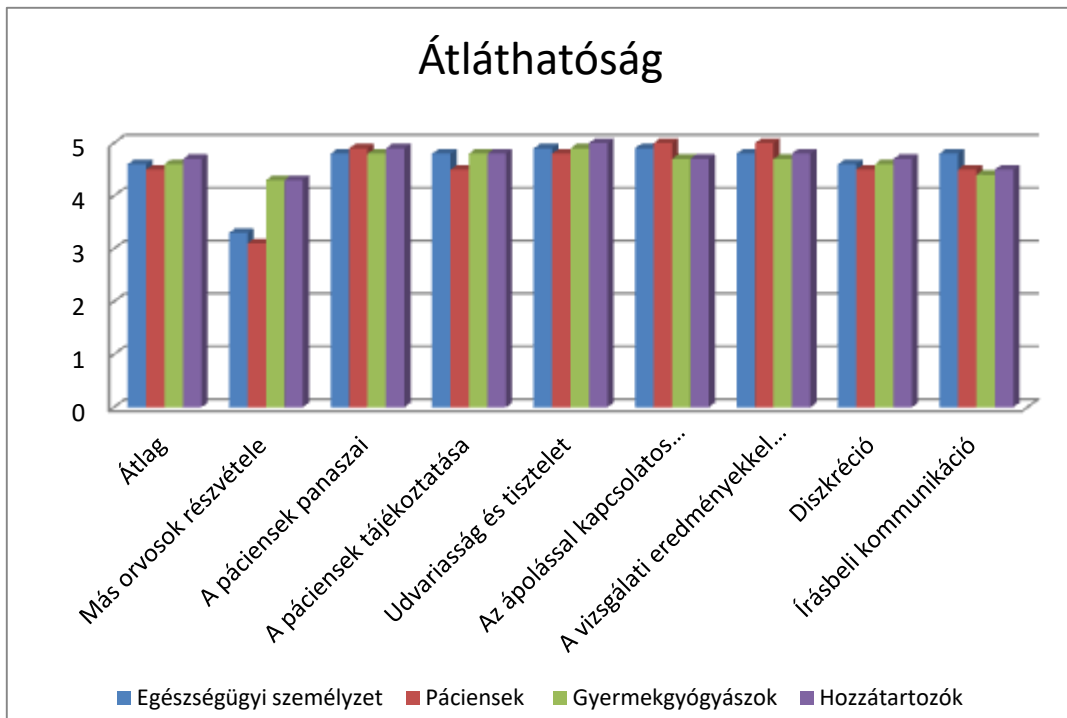
gyermekgyógyászok: 3,8
szülők/hozzátartozók: 4,7

2.2.9. Következtetések – A felmérésben részt vevő országok átláthatósággal kapcsolatos szükségletei

Az átláthatósággal kapcsolatos tanulási szükségletek Romániában

Átláthatóság	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekgyógyászok kérdőíve	Hozzá tartozók kérdőíve
Átlag	4,6	4,5	4,6	4,7
Más orvosok részvétele	3,3	3,1	4,3	4,3
A páciensek panaszai	4,8	4,9	4,8	4,9
A páciensek tájékoztatása	4,8	4,5	4,8	4,8
Udvariasság és tisztelet	4,8	4,8	4,9	5,0
Az ápolással kapcsolatos tájékoztatás	4,9	5,0	4,7	4,7
A vizsgálati eredményekkel kapcsolatos tájékoztatás	4,8	5,0	4,7	4,8
Diszkréció	4,6	4,5	4,6	4,7
Írásbeli kommunikáció	4,8	4,5	4,4	4,5

6. Táblázat Átláthatósági eredmények Romániában



6. Ábra Átláthatósági eredmények Romániában

Mind az egészségügyi személyzet, mind a páciensek úgy vélik, hogy az átláthatóság érdekében más orvosok bevonása is szükséges, mivel ennek az aspektusnak lett legalacsonyabb az értékelése, bár a gyermekgyógyászoknak valamivel jobb véleményük van erről. Az átláthatóságot tekintve a felmérésben részt vevő valamennyi csoportnál a betegek panaszaira való reagálás, az udvariasság és tisztelet, a vizsgálati eredményekről való tájékoztatás, valamint az ápolásról való tájékoztatás terén születtek a legmagasabb pontok.

Mivel a panaszok külön feszültséget okozó élményt jelenthetnek, amelyek pluszban ráakódnak a kórházba került gyerekek egyébként is megromlott egészségi állapotára, a panaszok kezelése továbbra is sürgős megoldásra váró feladat marad. A panaszok megoldása a minőség javítása szempontjából is fontos, és néha mindössze egy félreértés magyarázatát igényli, vagy őszinte bocsánatkérést kíván.

A gyermekgyógyászati páciensek szeretnék több, életkoruknak megfelelő tájékoztatást a vizsgálatokról és a kórházi szabályokról olyan könnyen megjegyezhető és újszerű formában tálalva, mint a gyermekeknek tervezett prospektusok vagy animációk.

Az udvariasság és tisztelet magas pontszámot kapott, ami azt jelenti, hogy az orvos gyakornoktól is elvárt, hogy rendszeren mutatkozzanak be a pácienseknek, üljenek le hozzájuk szemtől-szembe és **igazítsák viselkedésmódjukat a gyermekpáciensek életkorához** épp úgy, ahogy azt az idősebb orvosok teszik.

A diszkréció szorosan összefügg a méltósággal és a tisztelettel, és vonatkozhat a titoktartásra, a higiéniai lehetőségek biztosítására (ágytál- és toalett-használat), a szagok megszüntetésére. Elengedhetetlenül fontos és fejlesztendő terület olyan

privátszféra biztosítása, ahol a szülők játszhatnak gyerekeikkel, és a családok csendes körülmények között tölthetnek együtt egy kis időt.

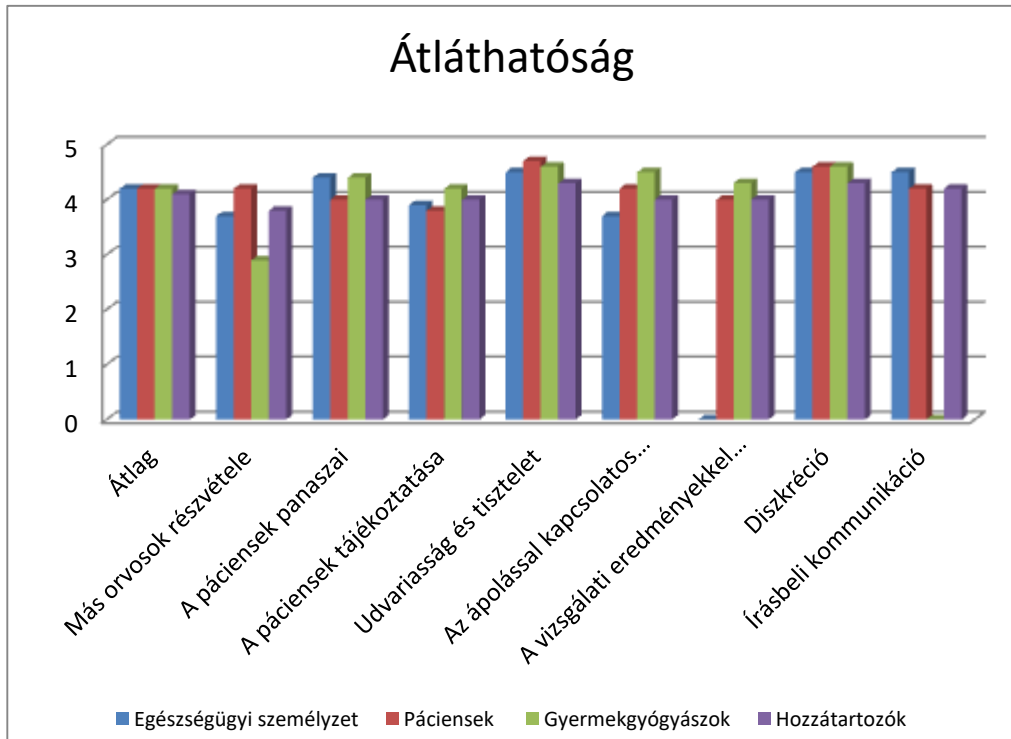
Az átláthatósággal kapcsolatos tanulási szükségletek Magyarországon

Átláthatóság	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekgyógyászok kérdőíve	Hozzátartozók kérdőíve
Átlag	4,2	4,2	4,2	4,1
Más orvosok részvétele	3,7	4,2	2,9	3,8
A páciensek panaszai	4,4	4,0	4,4	4,0
A páciensek tájékoztatása	3,9	3,8	4,2	4,0
Udvariasság és tisztelet	4,5	4,7	4,6	4,3
Az ápolással kapcsolatos tájékoztatás	3,7	4,2	4,5	4,0
A vizsgálati eredményekkel kapcsolatos tájékoztatás	n/a	4,0	4,3	4,0
Diszkréció	4,5	4,6	4,6	4,3
Írásbeli kommunikáció	4,5	4,2	n/a	4,2

7. Táblázat Átláthatósági eredmények Magyarországon

Magyarországon az egészségügyi személyzet, a gyermekgyógyászok, a hozzátartozók és a páciensek nagyon hasonló értékelést adtak az átláthatóságra. A felmérésben résztvevő csoportok a legmagasabb szintű általános elégedettségüket fejezték ki ezzel a kategóriával kapcsolatosan.

Az átláthatóságon belül az *udvariasság* és *tisztelet* valamint a *diszkréció* terén születtek a legmagasabb átlagpontok. Az egészségügyi személyzet, a hozzátartozók és a gyermekorvosok egyetértenek abban, hogy más orvosok bevonása javítana az egészségügyi szolgáltatás minőségén. Az eredményekből egyértelművé válik, hogy a gyerekek nagyra értékelnék, ha az életkoruknak megfelelőbb módon tájékoztatnák őket az állapotukról, a betegségük okáról és a lehetséges kezelési módszerekről. Ha a gyerekeket könnyen érthető módon tájékoztatják, elősegítik az együttműködést és erősítik a fiatal pácienseknek az orvosok és az egészségügyi személyzet iránt érzett bizalmát is.



7. Ábra Átláthatósági eredmények Magyarországon

Az átláthatósággal kapcsolatos tanulási szükségletek Olaszországban

Az átláthatósági eredmények szerint **Olaszországban** a páciensek és a hozzátartozók értékelése alacsonyabb, mint az egészségügyi alkalmazottaké és a gyermekorvosoké. Ez ahhoz a problémához kapcsolódik, hogy az egészségügyi projektekért egészségügyi teamek viselik a felelősséget, azonban ezek meglete szervezési nehézségek miatt nem mindig garantálható: a területi szolgálatoknál dolgozó logopédusok, pszichológusok és gyermekgyógyászok nem tartoznak a Neuropszichiátriai Szolgálat és Gyermekgyógyászati Egységek állományába.

Az átláthatóságban a legalacsonyabb pontot a 3. összetevő, az *írásbeli kommunikáció* kapta, ez az értékelés pedig megerősíti az ápolás folytonossága kezelésének problémáját. Az egészségügyi rendszer különböző részei – a hozzátartozók és a gyerekek, a körzeti gyermekgyógyász és más olyan intézmények, mint az iskolák, közösségi szolgálatok, stb. – között garantálni kell a tájékoztatás folytonosságát.

Az egészségügyi alkalmazottak és a gyermekgyógyászok kérdőívén egyaránt magas pontszámot kapott a *Páciensek tájékoztatása* és az *Ápolással kapcsolatos tájékoztatás*. Szervezési szempontból fontos ápolási folyamat a szülőkkel, hozzátartozókkal és a gyermekekkel történő információ megosztás. Az ápolási projekt és az esetekért történő felelősségvállalás az ASL TO3 belső küldetésének sarkalatos pontjai. A hozzátartozók és a betegek értékelése alacsonyabb, mint a másik két kategóriáé, aminek oka az általuk áhított tájékoztatás típusa: hasznos és hatékony

tájékoztatásra van szükségük napi tevékenységeik és életvitelük megszervezéséhez, és az orvosoknak tisztában kell lenniük ezzel az elvárással.

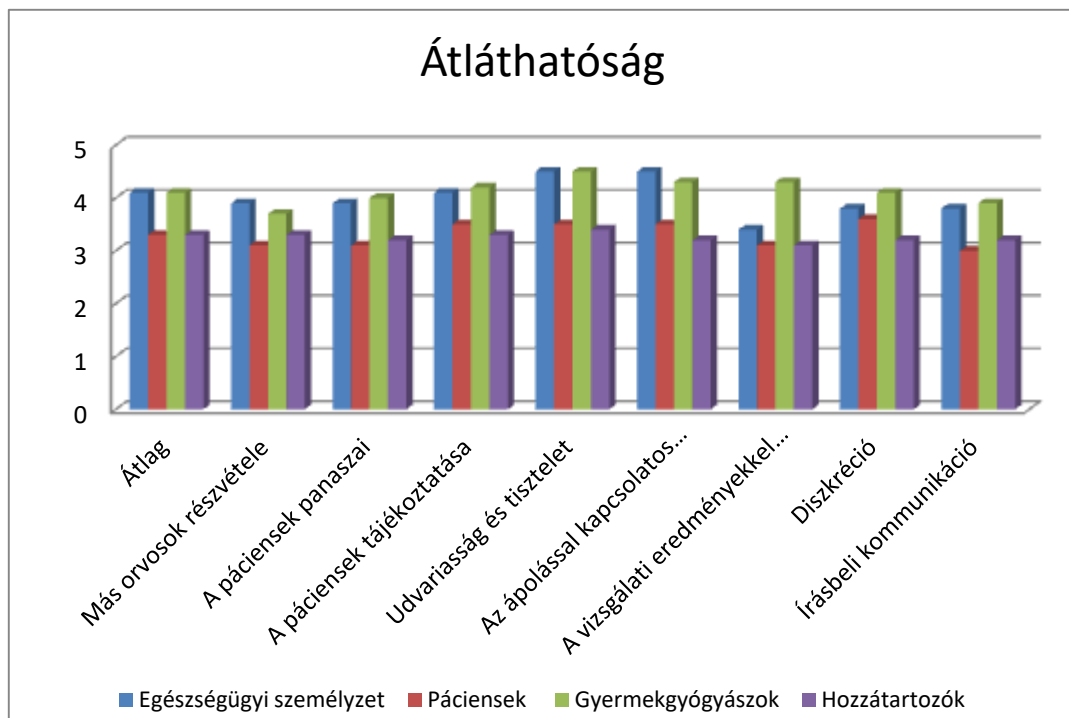
Átláthatóság	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekgyógyászok kérdőíve	Hozzátartozók kérdőíve
Átlag	4,1	3,3	4,1	3,3
Más orvosok részvétele	3,9	3,1	3,7	3,3
A páciensek panaszai	3,9	3,1	4	3,2
A páciensek tájékoztatása	4,1	3,5	4,2	3,3
Udvariasság és tisztelet	4,5	3,5	4,5	3,4
Az ápolással kapcsolatos tájékoztatás	4,5	3,5	4,3	3,2
A vizsgálati eredményekkel kapcsolatos tájékoztatás	3,4	3,1	4,3	3,1
Diszkréció	3,8	3,6	4,1	3,2
Írásbeli kommunikáció	3,8	3	3,9	3,2

8. táblázat Átláthatósági eredmények Olaszországban

A páciensek és hozzátartozók értékelése a *páciensek panaszainak* meghallgatásával kapcsolatban alacsonyabb, mint az egészségügyi alkalmazottaké és a gyermekgyógyászoké, aminek talán az az oka, hogy más válaszokat kapnak, mint amilyen tájékoztatást elvárnának.

Egy esetért való felelősség során fontos garantálni az udvariasságot és a tiszteletet a rokonok, gyermekek és a kollégák (az egészségügyi személyzet és a szakorvosok) irányába. A páciens *udvariassággal és tisztelettel* kapcsolatos véleményét az orvosi vizsgálat hossza határozza meg. Ezt az aspektust kell tanulmányozni annak érdekében, hogy meg lehessen találni az orvosok és az egészségügyi személyzet készségeinek fejlesztési módját, ami segíthetne abban, hogy rövid időn belül, megfelelő módon tudjanak válaszolni a kérdésekre.

A kórházi környezet logisztikai aspektusai szintén fontosak az átláthatóság szempontjából: a *diszkréció* szigorúan azokra a helyiségekre korlátozódik, ahol az orvosok az ápolásról és kezeléssel beszélnek; az ASL TO3 épületei pedig nagyon régiek, amit a hozzátartozók észrevettek, ennél fogva szükséges a korszerűsítés.



8. Ábra Átláthatósági eredmények Olaszországban

Az átláthatósággal kapcsolatos tanulási szükségletek Spanyolországban

Spanyolországban a tájékoztatási folyamat általános értékelése pozitív, valamennyi pontszám 4,0 fölött van. Ezek a jó eredmények összhangban vannak a spanyol egészségügyi szolgáltatásokban már a kora kilencvenes évek óta alkalmazott tájékozott beleegyezés törvényi, etikai és deontológiai értékeivel. A klinikusok ezzel a tétellel kapcsolatos értékelése mindig jobb a többi résztvevői csoporténál.

Az egyetlen meglepő aspektus a különböző szakorvos klinikusok közötti információmegosztás. A szakemberek közötti kommunikáció fejlesztésre szoruló aspektus; a klinikusok soft skill-jeinek fejlesztése az egészségügyi csapaton belüli kommunikáció javítását kell, hogy célozza.

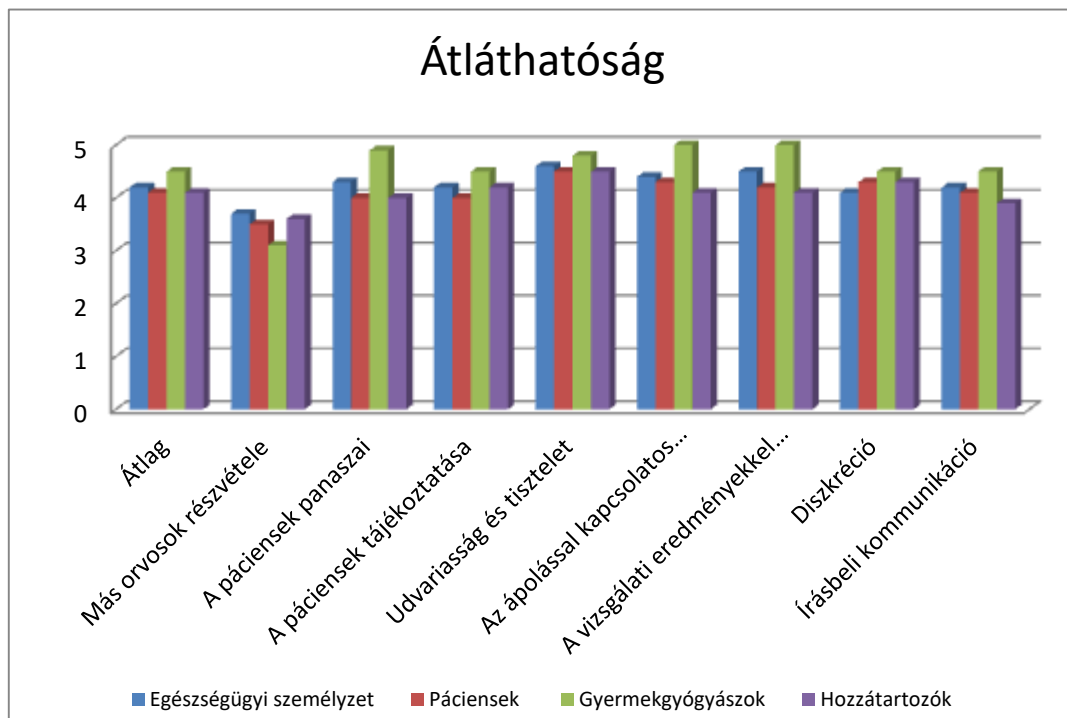
Átláthatóság	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermeagyógyászok kérdőíve	Hozzártartozók kérdőíve
Átlag	4,2	4,1	4,5	4,1
Más orvosok részvétele	3,7	3,5	3,1	3,6
A páciensek panaszai	4,3	4,0	4,9	4,0

A páciensek tájékoztatása	4,2	4,0	4,5	4,2
Udvariasság és tisztelet	4,6	4,5	4,8	4,5
Az ápolással kapcsolatos tájékoztatás	4,4	4,3	5,0	4,1
A vizsgálati eredményekkel kapcsolatos tájékoztatás	4,5	4,2	5,0	4,1
Diszkréció	4,1	4,3	4,5	4,3
Írásbeli kommunikáció	4,2	4,1	4,5	3,9

9. Táblázat Átláthatósági eredmények Spanyolországban

Az információs folyamatokhoz kapcsolódó valamennyi aspektus minden résztvevői csoport értékelése szerint elégedettségre ad okot, egyedül a szülők adtak alacsonyabb értékelést az írásbeli tájékoztatásra. Ennél fogva, az adatok tanúsága szerint személyközpontúbb tájékozott beleegyezésre van szükség: a tájékozott beleegyezés tartalmi fejlesztése és a bővebb írásbeli tájékoztatás egyaránt elégedettségre adna okot a hozzátartozók körében.

Végezetül megjegyzendő, hogy ez az utóbbi eredmény a kommunikációval kapcsolatos első eredményt erősíti meg: bár az átláthatósággal kapcsolatos értékelések nagyon pozitívak, különbség van a klinikusok és a gyermekgyógyászat egyéb szereplőinek értékelése között. A gyermekgyógyászatban az ápolási team újragondolásának szükségessége a többi klinikai terület és az ápolási teamben részt vevő többi szakorvos bevonásán keresztül valósítható meg, és valamennyi egészségügyi alkalmazottra és felhasználóra kiterjeszhető.



9. Ábra Átláthatósági eredmények Spanyolországban

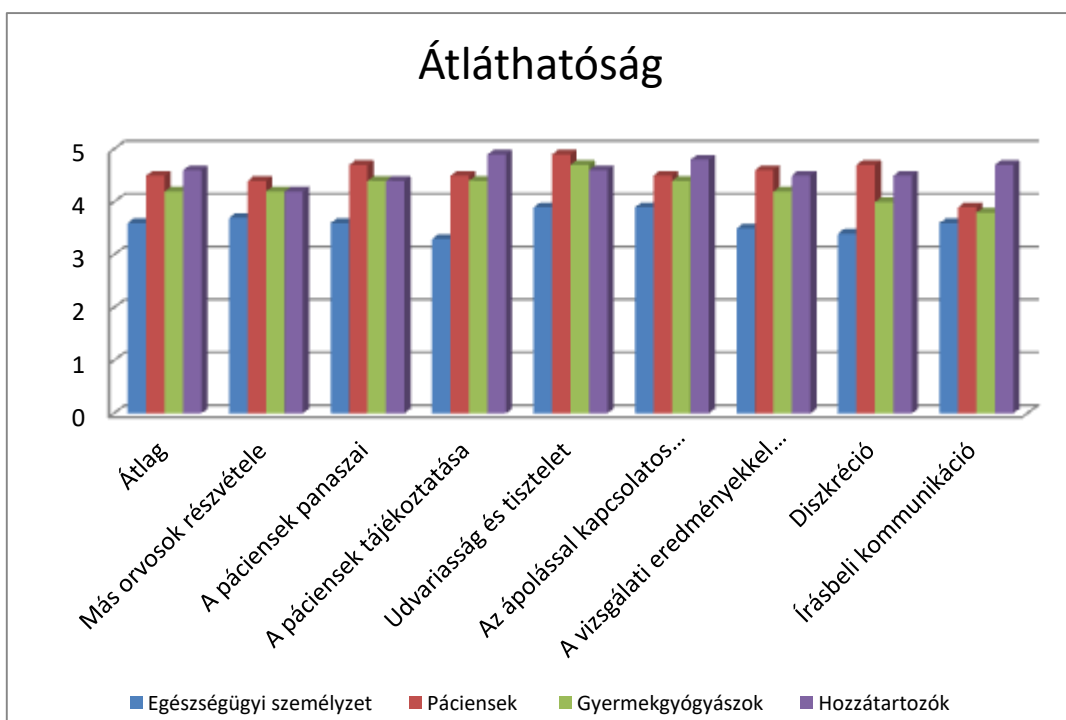
Az átláthatósággal kapcsolatos tanulási szükségletek Németországban

Németországban a betegek, a szülők és a gyermekorvosok nagyon hasonlóan és nagyon jól értékelték az átláthatóságot.(4.2-4.6). Meglepő, hogy az egészségügyi dolgozók sokkal rosszabbra értékelték (3.6), és válaszaik szinte minden szempontból különböznek. Az egyik magyarázat az lehet, hogy a felmérésben részt vevő ápolók többsége az osztályon dolgozik, míg ahol a betegeket leginkább kérdeztek, az egy olyan járóbeteg ellátási környezet, ahol az orvosi csapatnak több ideje van a betegek és a szülők tájékoztatására, az esetek interdiszciplináris megbeszélésére. Előfordulhat, hogy azok az osztályon lévő betegek, akik másokkal megosztják a szobájukat, a a megfelelő diszkréció hiányolhatják.

Átláthatóság	Egészségügyi személyzet kérdőíve	Páciensek kérdőíve	Gyermekegyógyászok kérdőíve	Hozzá tartozók kérdőíve
Átlag	3,6	4,5	4,2	4,6
Más orvosok részvétele	3,7	4,4	4,2	4,2
A páciensek panaszai	3,6	4,7	4,4	4,4

A páciensek tájékoztatása	3,3	4,5	4,4	4,9
Udvariasság és tisztelet	3,9	4,9	4,7	4,6
Az ápolással kapcsolatos tájékoztatás	3,9	4,5	4,4	4,8
A vizsgálati eredményekkel kapcsolatos tájékoztatás	3,5	4,6	4,2	4,5
Diszkréció	3,4	4,7	4,0	4,5
Írásbeli kommunikáció	3,6	3,9	3,8	4,7

10. Táblázat Átláthatósági eredmények Németországban



10. Ábra Átláthatósági eredmények Németországban

2.3. A KÓRHÁZI KÖRNYEZET (HE)

A kórházi környezet és a kórházi komfortot szolgáló eszközök elő kell, hogy segítsék a gyermekek pozitív kórházélményét, amelyben a kórház kihelyezett otthonukként is szolgál, ennek érdekében pedig csökkenteniük kell a gyermekek

félelemérzetét és növelniük biztonság- és jólét-érzetüket.

Mivel a kórházi környezet döntő fontosságú a gyermekek és családjaik kórházi jólétének szempontjából, a nem megfelelő környezet rossz minőségű egészségügyi szolgáltatást eredményezhet a gyermekrészeleken.

Nagy-britanniai tanulmányokban⁵⁶ kvalitatív és kvantitatív módszerekkel vizsgálták a kórházi környezetet a páciensek szempontjából, amely során a páciensek következő személyes szükségleteit állapították meg: személyes tér, otthonos, barátságos légkör, támogató környezet, jó formatervezettség, a külső területekhez való könnyű hozzáférés, a kikapcsolódást szolgáló eszközök rendelkezésre állása. A páciensek válaszaik szerint az befolyásolja a kórházi környezet megítélését, hogy a kórház olyan barátságos, otthonos teret tud-e nyújtani számukra és látogatóik számára, amely elősegíti az egészséget és a jólétet. A páciensek a fenntartható egészségügyi környezetet értékelték az egészségüket, gyógyulásukat támogatónak. A kórházi környezet jobbá tétele és a komfort növelése kétségkívül javítja az egészségügyi szolgáltatások minőségének érzetét.

A következő részben áttekintjük a kórházi környezetről – annak megjelenését és komfortját vizsgáló – Romániában, Magyarországon, Olaszországban, Spanyolországban és Németországban, gyermekgyógyászok, az egészségügyi személyzet, valamint a páciensek és szüleik körében végzett felmérés eredményeit.

2.3.1 A kórházi környezet megjelenése

Románia – A kórházi környezet megjelenése – figyelembe véve, hogy állami kórházról van szó – bizonyos, a szemlélettel és a nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos problémákat tükröz. A páciensek 3,9 pontra értékelték a megjelenést, az egészségügyi személyzet 3,7 pontra, a szülők és hozzátartozók 3,6 pontra, és az orvosok adták a legalacsonyabb pontot, 3,3-at, ami arra utal, hogy nekik vannak a legmagasabb elvárásai a kórházi környezet megjelenését illetően.

A kórházi környezetet megjelenését tekintve az egészségügyi személyzet és a gyermekek értékelése egyaránt 3,7 volt, míg a szülők/hozzátartozók 3,6 pontos értékelése a gyerekekénél alacsonyabbnak, az orvosokénál magasabbnak bizonyult.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 3,3
szülők/hozzátartozók: 3,6

Magyarország – A kórházi környezet megjelenésével az ápolók “nagyon elégedettek”, a szülők, a páciensek és az orvosok egyaránt “elégedettek” voltak. Az elsődleges ellátást nyújtó rendelőkben nincs szükség sebészeti felszerelésekre, azonban elégedetlenségre adhat okot az orvosok körében a nem megfelelő világítás, a lassú internetkapcsolat és az elhasználódott bútorzat. Az elsődleges ellátást nyújtó rendelőket a helyi önkormányzatok finanszírozzák. A rendelkezésre álló pénz az esetek legnagyobb részében nem elegendő a szükséges felújítások elvégzésére.

⁵ Douglas CH, Douglas MR. Health Expect. *Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators*, 2005 Sep; 8(3):264-76.

⁶ Douglas CH, Douglas MR. Health Expect., *Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective*, 2004 Mar; 7(1):61-73

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 3,0

gyermekgyógyászok: 3,2
szülők/hozzátartozók: 3,3

Olaszország – Az ápolók értékelésének átlaga 2,4, a gyermekorvosoké pedig 2,7: mindkettő alacsonyabb a páciensek és a szülők által adott pontszámoknál. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy az egészségügyi személyzet és az orvosok egyaránt igénylik a kórházi környezet megjelenésének fejlesztését, valószínűleg a gyermekek kórházi tartózkodásáért érzett felelősségük okán. A Rivoli és Pinerolo kórház még az egészségügy egy korábbi modelljének idején épült. A gyermekgyógyászati szolgálatok mint helyi közintézmények a régióon belül, elszórtan találhatók. A legfőbb probléma a terület kiterjedt jellegéből adódik, ami megnehezíti az információcserét.

Az ASL TO3 mint közintézmény inkább a gyógyászati ellátás, mintsem a berendezés minőségének emelését célzó támogatásokban részesül, ugyanakkor az ápoló személyzet és az orvosok is tisztában vannak azzal, hogy a berendezés színvonalának javítása is alapvető fontosságú az egészségügyi szolgáltatások minőségének növeléséhez.

egészségügyi személyzet: 2,4
páciensek: 3,6

gyermekgyógyászok: 2,7
szülők/hozzátartozók: 3,6

Spanyolország – Az ápoló személyzet értékelésének átlaga 3,3 az 5 pontból, és az orvosoké szintén 3,3. Mindkét csoport értékelése hasonló, ez az átlag pedig rendkívül alacsony a felmérés által vizsgált más mutatókhoz képest. A páciensek és a hozzátartozók véleménye sokkal jobb az egészségügyi személyzetével összehasonlítva.

egészségügyi személyzet: 3,3
páciensek: 3,7

gyermekgyógyászok: 3,3
szülők/hozzátartozók: 3,6

Németország - A felmérésben feltárt egyéb elemekkel összehasonlítva a kórházi környezet megjelenését alacsonyra értékelték és a szobák javítását szorgalmazzák. A müncheni egyetemi gyermekkórház München városközpontjában található, kiváló közlekedési kapcsolattal, de az épület egyes részei felújításra szorulnak.

egészségügyi személyzet: 3,1
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 3,5
szülők/hozzátartozók: 3,9

2.3.2 Kórházi komfort

Románia – A kórházi komfort a rendelkezésre álló eszközök széles skáláját foglalhatja magába, úgy mint ingyenes wifit, mosodát, büfékocsit, társasjátékokat, pl. Medbuddies-t (= a Medbuddies olyan program, amelynek keretében minden fekvőbeteg gyermek játszótársául szegődik egy orvostan- vagy ápoló-hallgató önkéntes⁷), pihenő-központokat (= olyan egészségügyi tevékenység-mentes zónák, ahol a gyermekek

⁷ <http://www.mottchildren.org/mott-patient-visitor-guide/amenities>

fejlődési szükségleteihez igazított ünnepélyeket, kézműveskedést, zenei programokat, játékokat lehet tartani), "zenész az ágynál" szolgáltatást⁸, stb.

Figyelemreméltó, hogy a páciensek 3,6 pontra értékelték a kórházi komfortot: magasabbra az orvosok 3,2 pontjánál, amely utóbbi a legalacsonyabb értékelés és az orvosok kórházi komforttal való elégedetlenségét, illetve a fejlesztés iránti igényüket hangsúlyozza. Az egészségügyi személyzet és a szülők/hozzátartozók szintén 3,6 pontot adtak.

A kórházi környezet gyermekek általi értékelése átlagosan 3,8 pont volt, a felmérésben vizsgált tényezők közül ez kapta a legalacsonyabb pontszámot. Ez annak tudható be, hogy ez a kórház állami intézmény, ami alulfinanszírozott és ahol az orvosi szolgáltatások minősége kap nagyobb hangsúlyt a berendezéshez képest: ez utóbbi további optimalizálásra szorul a jövőben.

A kórházi környezet orvosok általi értékelése még ennél is alacsonyabb, 3,3 lett, mivel a gyermekgyógyászok nincsenek megelégedve az optimalizálásra szoruló gyermekkorházi körülményekkel: ők azok, akik felelősnek érzik magukat a gyermekek kórházi tartózkodásáért, amit érzésük szerint valahogy a hozzáállással, megközelítéssel és a személyes készségekkel szükséges kompenzálni.

egészségügyi személyzet: 3,6
páciensek: 3,6

gyermekgyógyászok: 3,2
szülők/hozzátartozók: 3,6

Magyarország – Az ápolók és a páciensek átlag fölöttinek értékelték a kórházak komfortosságát (elhelyezkedés, parkolási lehetőség, nyitva tartás, a rendelő elrendezése), amellyel "nagyon elégedettek" voltak. Az orvosok és a **szülők** "elégedettnek" vallották magukat, értékelésük mégis átlag alatti. Az alacsony pontszám oka a körzeti orvosok számára fenntartott magán parkolóhelyek hiánya lehet. Különösen nehéz parkolási lehetőséget találni a 13. kerületben, ahol a felmérésben részt vett egészségügyi alkalmazottak dolgoznak.

egészségügyi személyzet: 3,6
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 2,9
szülők/hozzátartozók: 3,4

Olaszország – Az ápolók átlaga 3,1, a gyermekgyógyászoké pedig csupán 2,9. Éppúgy, mint a *kórházi környezet megjelenését* illetően, az orvosok értékelése alacsonyabb a páciensekénél és a szülőkénél is. Az orvosok értékelése konkrétan a legalacsonyabb. A páciensek és hozzátartozóik felfogása azért tér el a másik két csoportétól, mert talán nincsenek pontosan tisztában a környezet kórházakra és területi szolgálatokra vonatkozó minőségi szabványaival.

egészségügyi személyzet: 3,1
páciensek: 3,4

gyermekgyógyászok: 2,9
szülők/hozzátartozók: 3,6

Spanyolország – Az ápoló személyzet értékelésének átlaga 3,1 a gyermekgyógyászoké 3,2 az 5,0-ból. A két csoport értékelése között nincs jelentős különbség, az adott pontszám pedig alacsonyabb a többi jellemző értékelésével

⁸ <http://www.mottchildren.org/mott-patient-visitor-guide/art-cart>

összehasonlítva. A páciensek és hozzátartozók pontszámai kissé magasabbak, bár az általános vélekedéstől nem térnek el lényegesen.

egészségügyi személyzet: 3,1
páciensek: 3,4

gyermekgyógyászok: 3,2
szülők/hozzátartozók: 3,4

Németország – Ahogy fent is említettük, az egyetemi kórház épülete régi, és különösen a betegek szobái szorulnak felújításra. Ezért nem meglepő, hogy a kórházi kényelem általános értékelése alacsony.

egészségügyi személyzet: 2,7
páciensek: 2,5

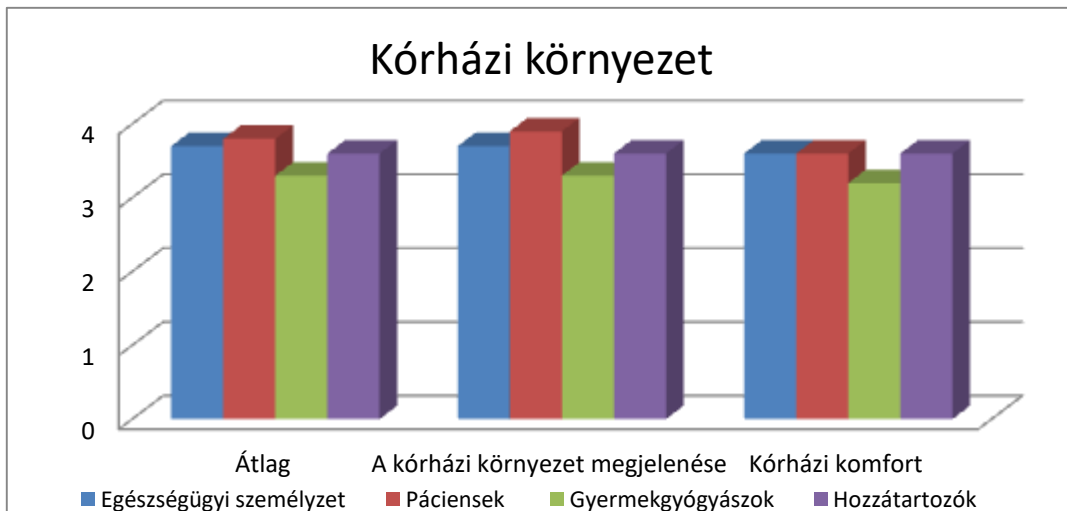
gyermekgyógyászok: 2,6
szülők/hozzátartozók: 3,1

2.3.3 Következtetések – A kórházi környezettel kapcsolatos tanulási szükségletek az egyes országokban

A kórházi környezettel kapcsolatos tanulási szükségletek Romániában

Kórházi környezet	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászai kérdőív	Hozzátartozói kérdőív
Átlag	3,7	3,8	3,3	3,6
A kórházi környezet megjelenése	3,7	3,9	3,3	3,6
Kórházi komfort	3,6	3,6	3,2	3,6

11. táblázat A kórházi környezet értékelésének eredményei Romániában



11. Ábra A kórházi környezet értékelésének eredményei Romániában

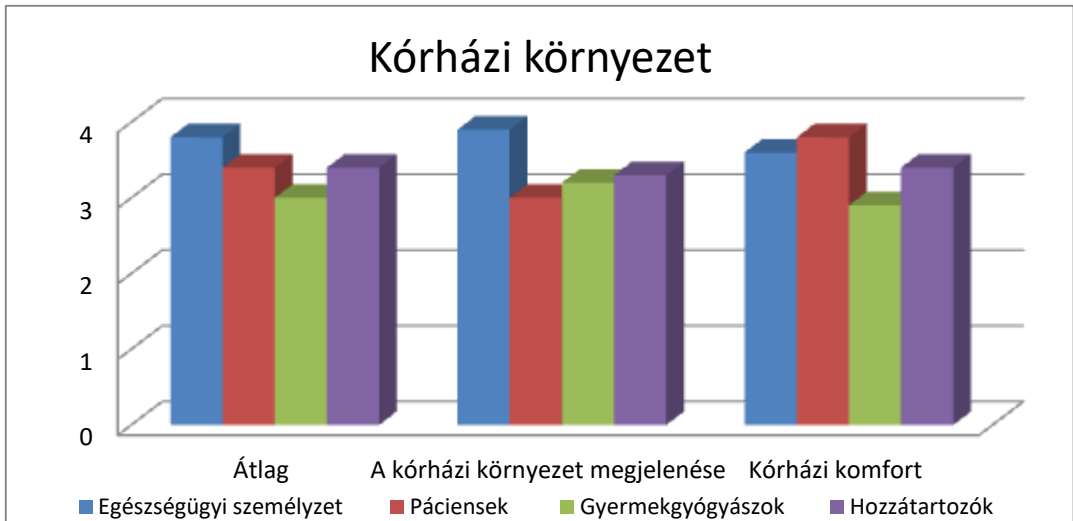
Romániában a gyermekgyógyászoknak vannak a legmagasabb elvárásai a pácienseknek nyújtott kórházi környezet megjelenését és a komfortot illetően, amelyek színvonalát véleményük szerint emelni kellene. A szakirodalom szerint a kórházi komfort ingyenes mosodát, társasjátékokat, önkéntes szolgáltatásokat, ingyenes wifit, játszóövezeteket (zenés, festős, kézműves foglalkozásokat a gyerekek számára), stb. foglal magába. Amennyiben egy kórházban nem könnyű változtatni a komfort bizonyos aspektusain, megfelelő hozzáállással, készségekkel és aktív részvétellel lehet kompenzálni a modern felszereltség hiányát.

A kórházi környezettel kapcsolatos szükségletek Magyarországon

Kórházi környezet	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekegyógyászai kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Átlag	3,8	3,4	3,0	3,4
A kórházi környezet megjelenése	3,9	3,0	3,2	3,3
Kórházi komfort	3,6	3,8	2,9	3,4

12. Táblázat A kórházi környezet értékelésének eredményei Magyarországon

Magyarországon a kórházi környezet volt a legalacsonyabbra értékelt kategória. Összességében a gyermekgyógyászok csoportja volt legkevésbé elégedett a kórházi környezet megjelenésével és komfortjával. Sok páciens fejezte ki a kórházi környezet megjelenésével kapcsolatos csalódottságát, azonban az orvosoknak voltak legmagasabb elvárásaik a kórházi komfortot illetően.



12. Ábra A kórházi környezet értékelésének eredményei Magyarországon

A kórházi környezet olyan terület, amelyet illetően valamennyi magyarországi régióban meglehetősen nagy kielégítetlen szükségletek vannak. Leginkább az orvosok elégedetlenségét a kórházi komforttal, vagyis esetünkben a gyermekgyógyászati rendelő komfortjával. Az egyik fő probléma a 13. kerületi parkolás kérdése. Sok orvosi rendelő és kórház épülete körül akadályozza a parkolás nehézsége az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést. Más országokban is a leggyakoribb fogyasztói aggodalmak között szerepel a parkolás kérdése.

A kórházi környezettel kapcsolatos szükségletek Olaszországban

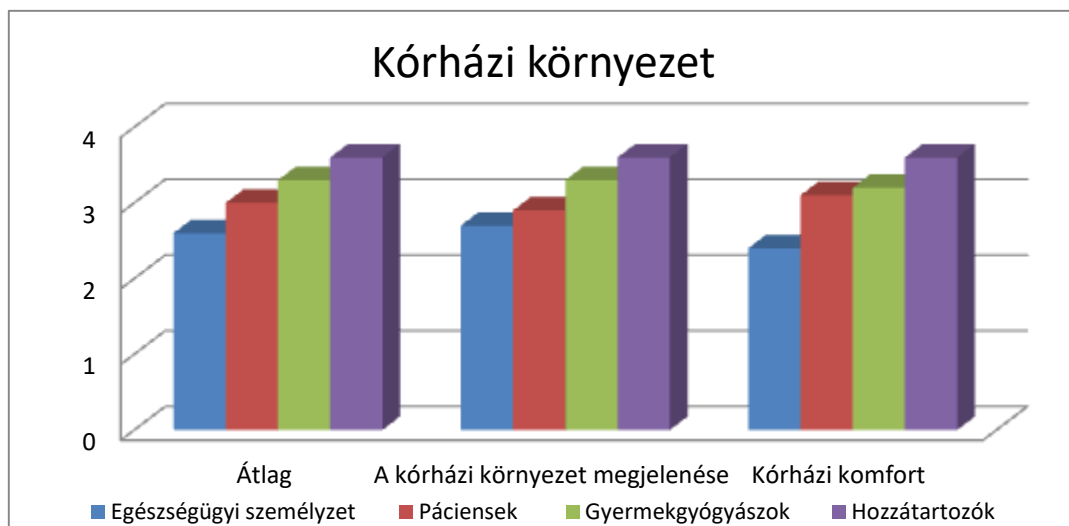
A kórházi környezettel kapcsolatos szükségletek **Olaszországban** a terület nagy kiterjedésével és a cserefolyamatokról történő tájékoztatás nehézségeivel függenek össze. Mind az ápolók, mind a páciensek szeretnék a kórházi környezet megjelenésének optimalizálását.

A legalacsonyabb átlagpontszámot az ápolók adták, akik jobb kórházi környezetet kívánnak, hogy megfelelően elláthassák munkájukat.

Kórházi környezet	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekegyógyászai kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Átlag	2,6	3	3,3	3,6
A kórházi környezet megjelenése	2,7	2,9	3,3	3,6
Kórházi komfort	2,4	3,1	3,2	3,6

13. Táblázat A kórházi környezet értékelésének eredményei Olaszországban

Az ápolók és gyermekgyógyászok *kórházi komforttal* kapcsolatos felfogása más, mivel egészségügyi szakemberként tisztában vannak a kórházak és területi szolgálatok környezetminőségi szabványaival.



13. Ábra A kórházi környezet értékelésével kapcsolatos eredmények Olaszországban

A kórházi környezettel kapcsolatos tanulási szükségletek Spanyolországban

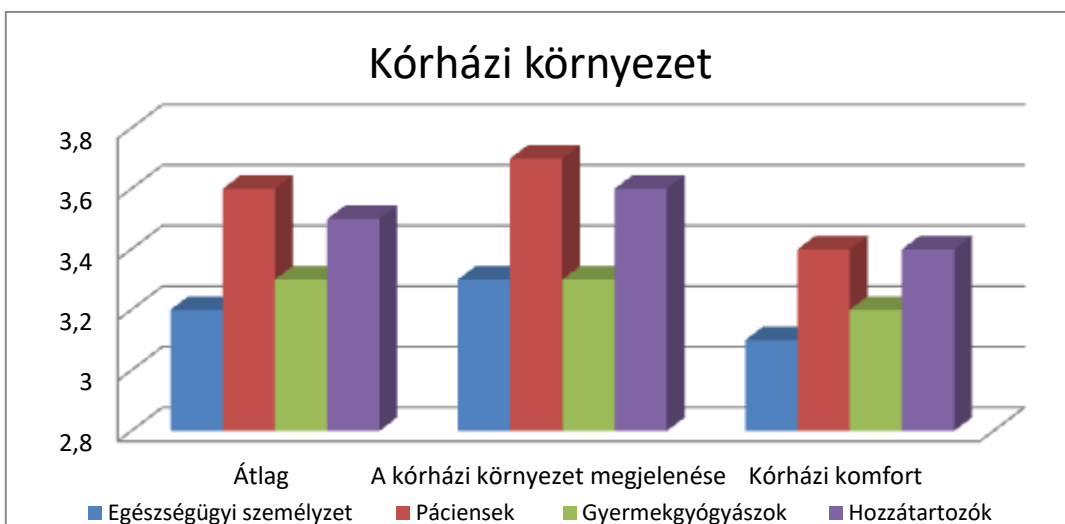
Az egészségügy felszereltsége nem a legjobb aspektusa felmérésünknek. A felmérésben részt vevő valamennyi csoport osztja a gyermekgyógyászati egészségügyi rendszer infrastruktúrájával és szervezetével kapcsolatos kritikát, és ez a terület kapta az egyik legrosszabb értékelést az egész felmérésben. Különleges, gyermekgyógyászati szempontú megközelítés kívánatos az egészségügy valamennyi szereplőjétől.

Kórházi környezet	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzáértői kérdőív
Átlag	3,2	3,6	3,3	3,5
A kórházi környezet megjelenése	3,3	3,7	3,3	3,6
Kórházi komfort	3,1	3,4	3,2	3,4

14. Táblázat A kórházi környezet értékelésének eredményei Spanyolországban

A felhasználók nagyobb elégedettséget mutattak a *kórházi környezet megjelenésével* kapcsolatban, mint a szolgáltatók. Ezen adatok azt bizonyítják, hogy Spanyolországban történtek már erőfeszítések a páciensek környezetének javításáért, bár, különösen az egészségügyi szakemberek szemszögéből, további erőfeszítésekre van szükség. A szolgáltatások komfortjának megítélése kissé rosszabb volt, mint a szolgáltatások megjelenéséé.

Végezetül megállapítható, hogy a térrendezés szintén javítandó terület, a megfelelő, a páciensek és hozzátartozóik szükségleteire reflektáló terek kialakításával, ami a terápiára eredményességét is valószínűsíthetően javítani fogja. A páciensek szükségleteinek felmérése és az ezekre való, testreszabott reagálás a tér- és időtényezők terén szintén a gyermekgyógyászatban dolgozó szakemberektől elvárt készségek közé tartozik.



14. Ábra A kórházi környezet értékelésének eredményei Spanyolországban

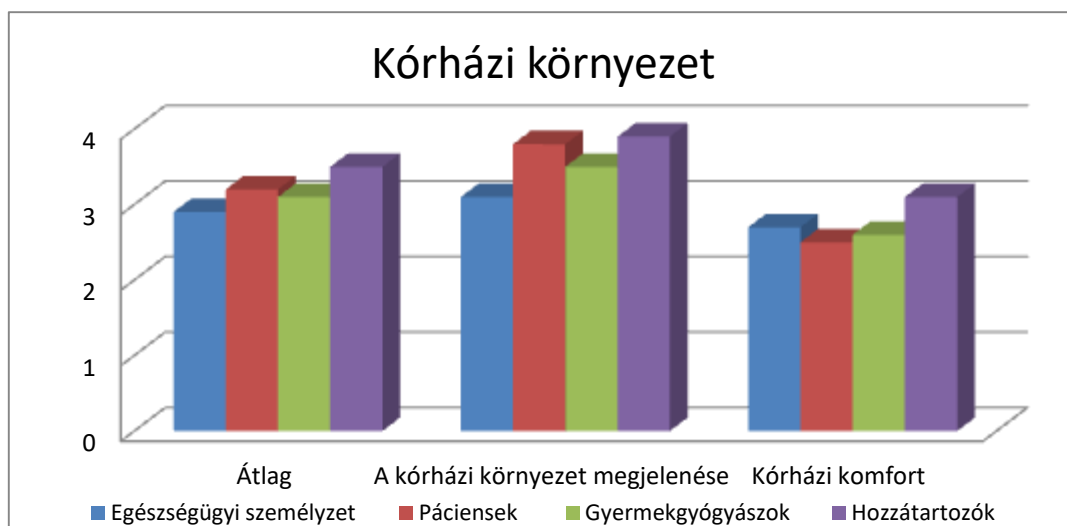
A kórházi környezettel kapcsolatos tanulási szükségletek Németországban

A kórházi környezet megjelenése és kényelme optimalizálható. Az eredmények nem meglepők - a kórházat 1846-ban alapították, és az első épület egyes részei még használatban vannak. Különösen a betegszobák felújításra szorulnak, és nem felelnek meg a szülők és a betegek elvárásainak.

Kórházi környezet	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászai kérdőív	Hozzártartozói kérdőív
Átlag	2,9	3,2	3,1	3,5

Kórházi környezet	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
A kórházi környezet megjelenése	3,1	3,8	3,5	3,9
Kórházi komfort	2,7	2,5	2,6	3,1

15. Táblázat A kórházi környezet értékelésének eredményei Németországban



15. Ábra A kórházi környezet értékelésének eredményei Németországban

2.4 INTERKULTURÁLIS KÉRDÉSEK (II)

Más intézményekhez hasonlóan a gyermekgyógyászati egységek területén is különböző háttérű páciensek kerülnek egymással kapcsolatba. Nélkülözhetetlen követelmény a gyermekgyógyászatban, hogy tudatában legyünk a kulturális különbségeknek, érzékenységet tanúsítsunk a kultúrák közötti kommunikációban és győzzük le az interkulturális kommunikációs akadályokat. A gyermekgyógyászatban összetett döntéshozatali folyamatok jellemzők, amelyek során számos, a klinikai tényekhez szigorúan véve nem kapcsolódó aspektust is figyelembe kell venni.

Az ellátásban valamennyi klinikai adat és a páciens körülményeinek figyelembe vétele egyaránt alapvető, ugyanakkor a páciensek és a szolgáltatók közötti konfliktusok megelőzése érdekében rendkívül fontos, hogy szerepet szánjunk a kulturális háttérnek és az azzal kapcsolatos értékrendnek is. A vallás, a kultúra és a társadalmi-gazdasági körülmények akadályozhatják a terápiás stratégia megértését és megosztását, valamint fontos döntések meghozatalát.

A kulturális értékek felfedezése és a kulturális sokszínűségből fakadó konfliktusok kezelése – különösen a betegség körülményeivel szembesülő szülők és

hozzátartozók sebezhetőségét figyelembe véve – a gyermekgyógyászati kommunikáció legfontosabb aspektusai közé tartozik. A nyugati egészségügyi rendszer egyik kockázati tényezője az egységes szabvány alkalmazása az orvos-páciens kapcsolatot szabályozó normatív keretet jellemző jogi, etikai és deontológiai aspektusok terén. A demokratikus és plurális társadalmakat az értékrendszerek pluralitása jellemzi, amely különbségei nagyon kihatnak az egészségügyre. Ezt figyelembe véve pedig rendkívül fontos olyan soft skill-ek kifejlesztése, amelyek képessé tesznek a modern, soketnikumú társadalom kihívásainak való megfelelésre.

2.4.1 A páciensekkel való viselkedés (bánásmód)

Románia – Romániában rendkívül pozitívak a kulturális kérdésekkel kapcsolatos értékelések – mindegyik csoport pozitívan vélekedik erről a területről, és érdekes aspektus, hogy nincs különbség a szolgáltatók és a felhasználók között: mindegyikük a maximális pontszámot megközelítően értékelt.

egészségügyi személyzet: 4,9
páciensek: 4,9

gyermekgyógyászok: 5,0
szülők/hozzátartozók: 4,9

Magyarország – Az ezzel a területtel kapcsolatos magyarországi értékelések átlagaiban következetes különbség jelentkezett a felhasználók és a szolgáltatók – különösen az orvosok – között. Ez az aspektus arra utal, hogy a gyermekgyógyászok egyértelműen kényelmetlenül érzik magukat, ha a pácienssel való, a kulturális különbségek miatti elégtelen kommunikáció mellett kell felelősséget vállalniuk a kezelésért. A felhasználók nagyobb elégedettséget tanúsítanak ezzel az aspektussal kapcsolatban, még akkor is, ha elégedettségük nem maradéktalan.

egészségügyi személyzet: 3,6
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 2,7
szülők/hozzátartozók: 4,2

Olaszország – Az ápolók átlagosan 2,7 pontra értékelték ezt a területet az 5 pontból, míg a gyermekgyógyászok 1,9 pontot adtak. A szolgálat küldetése az, hogy gondozza a gyerekeket, törődjön szüleikkel és hozzátartozóikkal és kezelje és óvja a gyerekeket egészségét. Az ápolók és a gyermekgyógyászok az ápolási folyamatban vesznek részt, de ők akarnak "elvégezni mindent". Az olaszországi gazdasági válság hatásának következtében nagyon alacsony az ápolók és orvosok száma: az Egészségügyi Minisztérium megszorító politikája („Piano di Rientro”) következtében az ASLTO3 vezetése nem vett fel új alkalmazottakat.

egészségügyi személyzet: 2,7
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 1,9
szülők/hozzátartozók: 3,4

Spanyolország – Az ápolók értékelésének átlaga 3,5, a gyermekgyógyászoké pedig 5,0 az 5,0-ból. Ez a különbség következetesen jelen van a két csoport között; a gyermekgyógyászok jobbnak értékelik a betegekkel való bánásmódjukat: hozzáállásukat tökéletesnek ítélik meg. Az ápolók nem osztják ezt a felfogást. A kezelést illetően a páciensek és hozzátartozók megítélése eltér az egészségügyi

szakemberekeitől, de a különbség nem jelentős; érdekes megfigyelní, milyen gyakran egyezik az ápolók és a hozzátartozók véleménye.

egészségügyi személyzet: 3,5
páciensek: 4,0

gyermekgyógyászok: 5,0
szülők/hozzátartozók 3,9

Németország - Németországban minden csoport pozitív észrevételeket fogalmazott meg ezzel a szemponttal kapcsolatban. A gyermekorvosok úgy gondolják, hogy szakmailag tökéletesen járnak el a betegekkel szemben. (5.0).

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 4,9

gyermekgyógyászok: 5
szülők/hozzátartozók: 4,8

2.4.2 A páciensekkel való viselkedés (tettek)

Románia – E jellemző értékelése az előző eredményt erősíti meg: a kulturális kérdések szerepével kapcsolatos általános vélekedés és a nagyon magas pontszám, az előző, bánásmóddal kapcsolatos eredményekhez képest kismértékű eltérés. Ez a különbség ugyanakkor nem jelentős a romániai adatok globális megítéléséhez viszonyítva.

egészségügyi személyzet: 4,8
páciensek: 4,9

gyermekgyógyászok: 4,8
szülők/hozzátartozók: 4,8

Magyarország – Az interkulturális kérdések kezelését szolgáló stratégiák általános megítélése pozitív: a terápiás megközelítéssel kapcsolatos döntéshozatal során az egészségügyi szakértők jobban igyekeznek relevánsként figyelembe venni a kulturális hátteret valamint a páciensek kívánságait. Az orvosok, páciensek és hozzátartozók körében homogének az adatok, jelentős – majdnem egy pontos – különbség mutatkozik ugyanakkor az ápolók megítélésében.

egészségügyi személyzet: 3,8
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 4,4

Olaszország – Az ápolók értékelésének átlaga 3,7, a gyermekgyógyászoké 3,6 az 5 pontból. A páciensek és hozzátartozók értékelése alacsonyabb, mint a másik két kategóriáé, ennek oka pedig az orvosi vizsgálat hosszában és a tájékoztatás jellegében keresendő: néhány perc nem elegendő a szülők és a páciensek kérdéseinek megválaszolásához.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 3,1

gyermekgyógyászok: 3,6
szülők/hozzátartozók: 2,9

Spanyolország – Az ápolók értékelésének átlaga 4,1, a gyermekgyógyászoké 4,8 az 5,0 pontból. Mindkét csoport véleménye hasonló és nagyon pozitív, de a gyermekgyógyászok jobbnak érzékelik a páciensekkel való kapcsolatukat. A páciensek és hozzátartozók felfogása következetesen különbözik a szolgáltatókétól: az egészségügyi szakemberek talán nicsenek tudatában a kultúra és a hagyományok kommunikációban betöltött szerepének. Ez az aspektus rendkívül fontos ahhoz, hogy új

eszközöket lehessen kidolgozni a kulturális kérdésekkel kapcsolatos elégedetlenség feltérképezéséhez.

egészségügyi személyzet: 4,1
páciensek: 1,8

gyermekgyógyászok: 4,8
szülők/hozzátartozók: 1,9

Németország – Az ápolók értékelésének átlaga 4,3, míg a gyermekorvosok esetében 4,9. A betegek és a szülők véleménye hasonló.

egészségügyi személyzet: 4,3
páciensek: 4,8

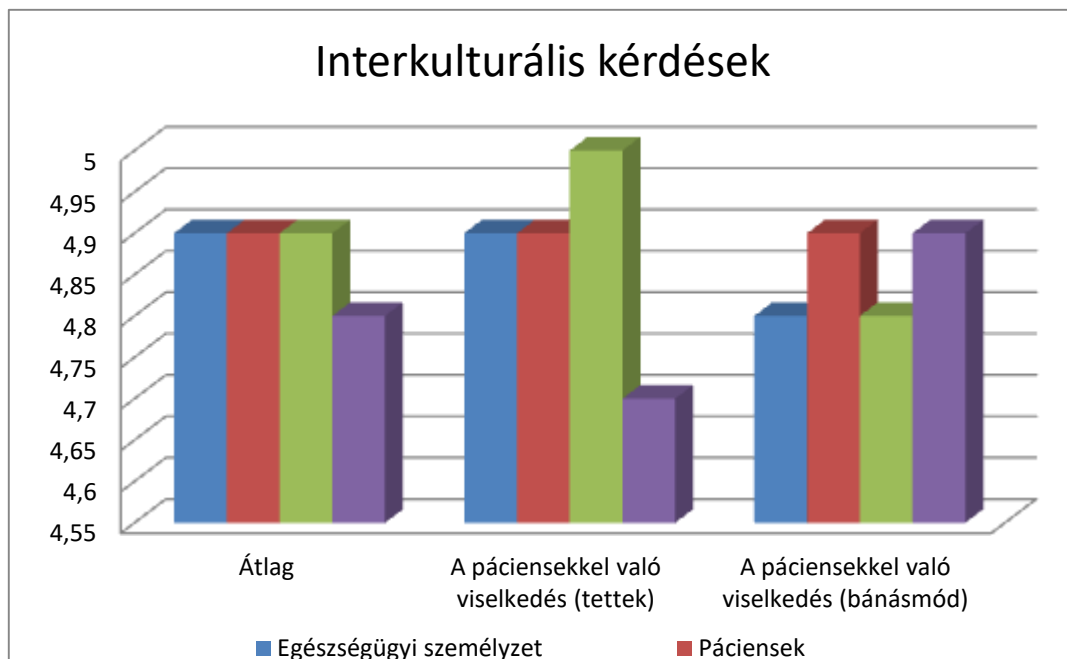
gyermekgyógyászok: 4,9
szülők/hozzátartozók: 4,7

2.4.3 Következtetések – Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos tanulási szükségletek a vizsgált országokban

Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos tanulási szükségletek Romániában

Interkulturális kérdések	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Átlag	4,9	4,9	4,9	4,8
A páciensekkel való viselkedés (tettek)	4,9	4,9	5,0	4,7
A páciensekkel való viselkedés (bánásmód)	4,8	4,9	4,8	4,9

15. Táblázat Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Romániában



16. Ábra Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Romániában

Romániában a felmérésben részt vett csoportoknak, tehát az orvosoknak és az ápoló személyzetnek alapvetően a romániai betegek egészségügyi szükségleteit kell kielégíteniük, ennek érdekében pedig meg kell érteniük az adott háttérű pácienseket: kommunikációs stílusukat, az egészséggel kapcsolatos gyakorlatukat, az egészségügyi rendszertől való elvárásaikat, a családnak a kezelésbe való bevonását, a fájdalomhoz és az ellenkező nemhez való hozzáállást.

Úgy tűnik, hogy az interkulturális kérdések nem jelentenek gondot Romániában, ami talán azzal magyarázható, hogy jó az egészségügyi szakemberek képzése, valamint azzal, hogy a romániai egészségügyi szolgálatoknál alacsony a más kulturális háttérű páciensek aránya. Az egységes kulturális háttér elősegíti a jó kommunikációt és a harmonikus döntéshozatali folyamatokat.

Ugyanakkor, ami a betegekkel való viselkedést illeti (a tettek tekintetében), a szülők észlelnek egyfajta akadályt, amit enyhíteni lehetne interkulturális kommunikációs stratégiák segítségével. Ehhez hasonlóan, a kezelést tekintve, az ápoló személyzet szerint javítani lehetne ezen az aspektuson, ami vonatkozhat a "más" viselkedés és hitvilág megértésére/elfogadására vagy a nyelvhasználatra (annak bonyolult, szaknyelvi mivoltára), ami félreértésekhez vezethet.

Ennek érdekében ki lehetne dolgozni egy tudatosító kurzust az interkulturális kommunikáció területén, amely különféle kommunikációs stílusokat, egészségügyi gyakorlatokat, az egészségügyi rendszertől való, kultúrafüggő elvárásokat, a család kezelésbe való bevonását, valamint a fájdalomhoz és az ellenkező nemhez való hozzáállást foglalná magába.

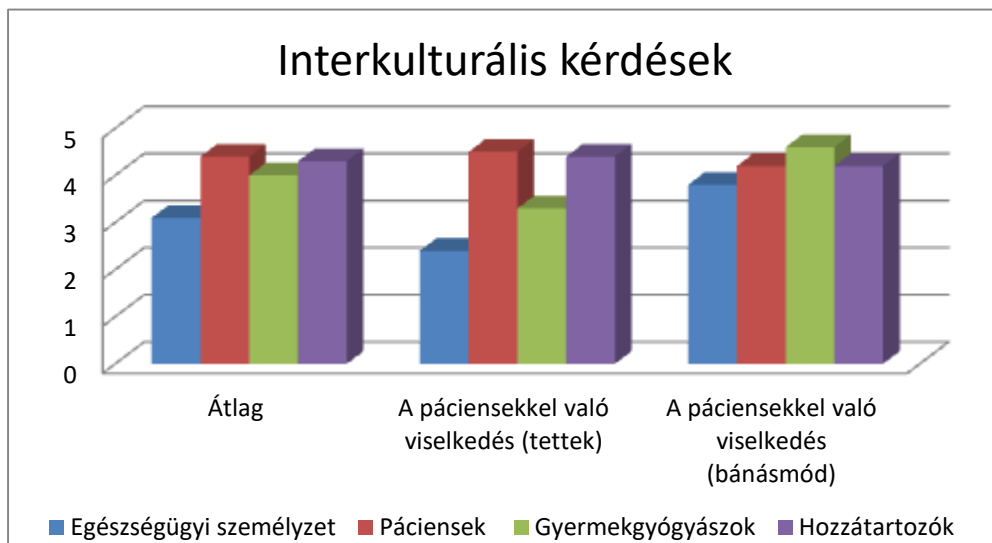
Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos tanulási szükségletek Magyarországon

Interkulturális kérdések	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzátartozói kérdőív
Átlag	3,1	4,4	4,0	4,3
A páciensekkel való viselkedés (tettek)	2,4	4,5	3,3	4,4
A páciensekkel való viselkedés (bánásmód)	3,8	4,2	4,6	4,2

17. Táblázat Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos tanulási szükségletek Magyarországon

A magyar gyermekgyógyászok és az ápoló személyzet egyformán jó kommunikációs viszonyt tart fent a magyar és a roma páciensekkel. A romániai helyzethez hasonlóan ritkán adódnak nagyobb félreértések vagy konfliktushelyzetek, mivel nagy tapasztalatuk van a más kultúrájú páciensekkel való bánásmódban.

Az interkulturális kommunikáció kérdésében a legalacsonyabb pontszámot az ápolószemélyzet adta, míg a páciensek és hozzátartozóik túntek leginkább elégedettnek ezzel az aspektussal. A gyermekgyógyászok és az ápolók jelentősen alacsonyabbra értékelték (a tettekben megnyilvánuló) viselkedésüket, mint a páciensek és hozzátartozóik. Annak, hogy a gyermekgyógyászok és az ápolók érzésük szerint személytelenebb módon és hivatalosabban viselkednek betegeikkel, az lehet az egyik oka, hogy tisztázni szeretnék a szerepeket a páciensek és az egészségügy közötti szakmai kommunikációban annak érdekében, hogy javítsák a gyógyszer-adherenciát és a javasolt életstílusnak való elköteleződést. Amennyiben a páciens nem köteleződik el optimális mértékben a gyógyszereszedés és életmódváltás mellett, hosszú távon komplikációk jelentkezhetnek. Ha nem kötelezi el magát kellő mértékben a diéta, a mozgás, az önellenőrzés és különösen a gyógyszereszedés mellett, a nagyobb készségességben reménykedő orvosok úgy érezhetik, könnyebben ellenőrzésük alatt tudják tartan a dolgokat, ha hivatalosabban, mégis barátságosan viselkednek pácienseikkel és hozzátartozóikkal.



17. Ábra Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Magyarországon

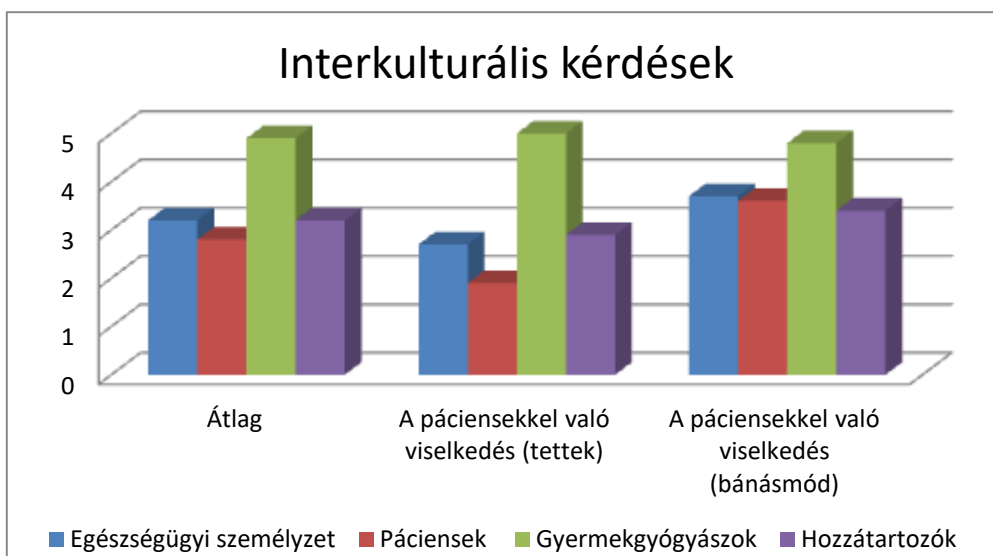
Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos tanulási szükségletek Olaszországban

Olaszországban a gyermekorvosok adták a legmagasabb átlagpontszámot az interkulturális kérdésekre (4,9). A legalacsonyabb pontszámmal a páciensek értékelték a *pácienssel való (tettekben megnyilvánuló) viselkedést*. Az orvosi vizsgálat hosszúsága és a tájékoztatás jellege olyan aspektusok, amelyek befolyásolják a páciensek és hozzátartozóik interkulturális kérdésekkel kapcsolatos benyomásait: pl. egy pár perc nem elegendő sok páciensi és hozzátartozói kérdés megválaszolásához.

Interkulturális kérdések	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Átlag	3,2	2,8	4,9	3,2
A páciensekkel való viselkedés (tettek)	2,7	1,9	5,0	2,9
A páciensekkel való viselkedés (bánásmód)	3,7	3,6	4,8	3,4

18. Táblázat Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Olaszországban

Az ápolók és gyermekgyógyászok száma egyre csökken, ez pedig szintén befolyásolja a *páciensekkel való (tevéleges) bánásmódot* a páciensek, hozzátartozóik valamint az ápolók általi megítélését. A gyermekgyógyászok mindenképpen magasabbra értékelik a *páciensekkel való bánásmódot*, ez pedig azt jelenti, hogy a szakmai készségek révén tevélegesen járulnak hozzá a jó gyakorlathoz és az interkulturális kérdésekhez.



18. Ábra Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Olaszországban

Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos tanulási szükségletek Spanyolországban

A kulturális háttérbeli különbségek gyakran felelősek a felhasználók és a szolgáltatók közötti kommunikációs és etikai problémákért. Ahhoz, hogy érthetőek legyenek a felmérés e területén kapott pontszámok, mindenképpen ismerni kell az értékrendbeli különbségeket. A páciensek kezelésével kapcsolatos viselkedési stratégiák megítélése nagyon pozitív, ezeket az adatokat pedig megerősítik az átláthatósággal, az információs folyamatokkal, az életminőséggel és egyéb, az orvos-páciens kapcsolat minőségével összefüggő aspektusokkal kapcsolatos pozitív eredmények is.

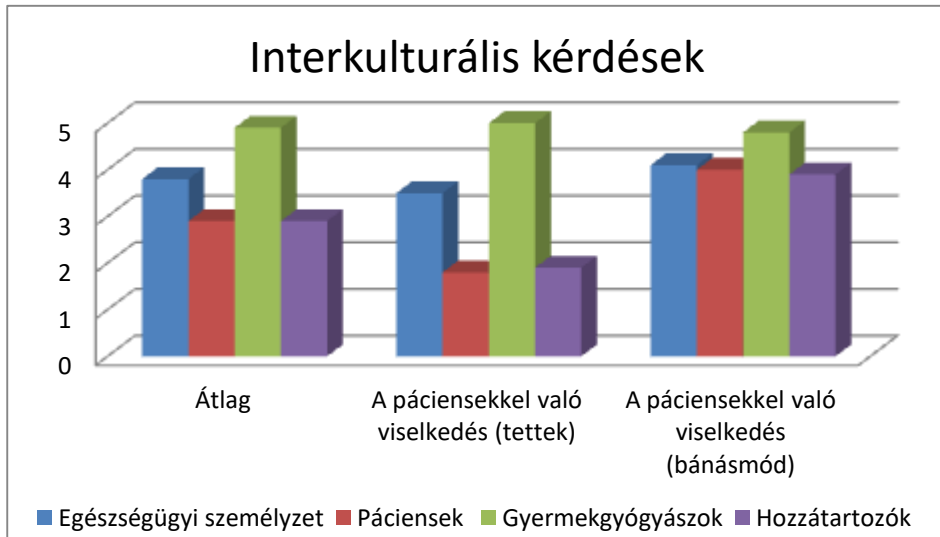
Nagy különbség mutatkozik a tettekkel és az eltérő kultúrájú és értékrendet képviselő páciensekkel való kommunikációval kapcsolatos adatokban. A felhasználók ezekkel való elégedetlenségét markánsan mutatja e terület pontszáma, a felmérés egyik leggyengébbike, amelyre a páciensek 1,8, a szülők 1,9 pontot adtak. A

szolgáltatók véleményében eltérések mutatkoznak; ha nem is ennyire diverzifikáltan, de az ápolók is tisztában vannak ennek az aspektusnak a hiányosságaival és a szakmai készségek és attitűdök fejlesztésének szükségességével az interkulturális problémák kezelése és a különböző értékrendeknek a döntési folyamatokba való integrálása érdekében.

Interkulturális kérdések	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzátartozói kérdőív
Átlag	3,8	2,9	4,9	2,9
A páciensekkel való viselkedés (tettek)	3,5	1,8	5,0	1,9
A páciensekkel való viselkedés (bánásmód)	4,1	4,0	4,8	3,9

19.Táblázat Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Spanyolországban

Végezetül megállapítható, hogy az interkulturális kérdések területén való fejlődés sürgető szükséglet a spanyolországi gyermekgyógyászati egészségügyi szolgálatoknál, mivel a felhasználók véleménye radikálisan eltér az orvosokétól. Ez az aszimmetria úgy oldható fel, ha az ápolók szerepét is integrálják a páciensekkel és a szüleikkel való kommunikációba. Az interkulturális kérdéseket a csapatépítésre és tudásmegosztásra fókuszáló soft skill-ekkel kell megközelíteni. Ahhoz, hogy megfelelő hozzáállást lehessen kialakítani az interkulturális kérdések megközelítéséhez, kívánalom továbbá az egészségügyi szakemberek, a hozzátartozók és a páciensek közötti információmegosztás.



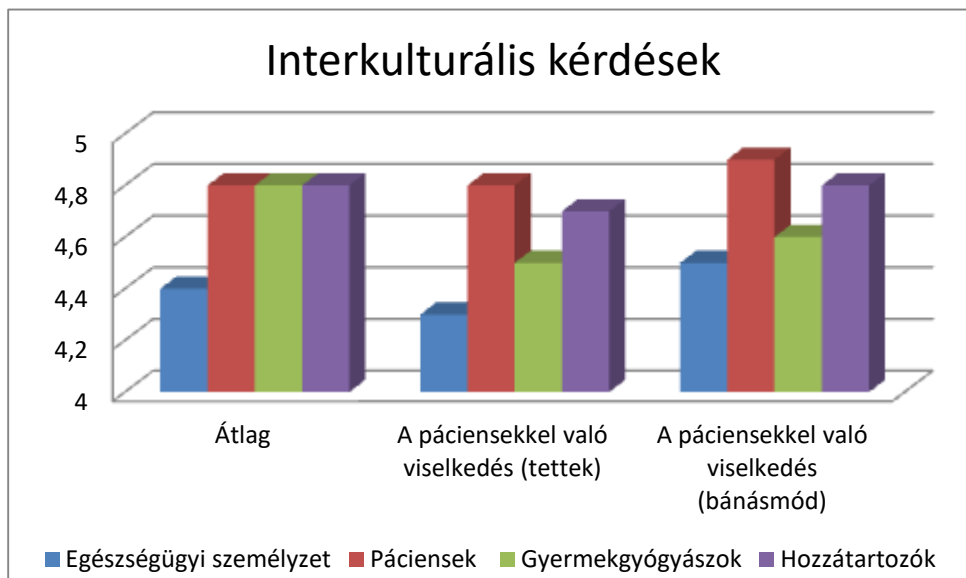
19. Ábra Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Spanyolországban

Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos tanulási szükségletek Németországban

Németországban a felmérésben részt vevő valamennyi csoport értékelései egyformán jók. Ez a barátságos és tiszteletteljes környezetet tükrözi a kórház minden részében.

Interkulturális kérdések	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekegyógyászati kérdőív	Hozzáértőzői kérdőív
Átlag	4,4	4,8	4,8	4,8
A páciensekkel való viselkedés (tettek)	4,3	4,8	4,5	4,7
A páciensekkel való viselkedés (bánásmód)	4,5	4,9	4,6	4,8

20. Táblázat Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Németországban



20. Ábra Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos eredmények Németországban

2.4.4. Interkulturális kérdések – Általános következtetések

A gyermekgyógyászat kulturális kérdéseinek megközelítésében egyezőséget mutatnak az adatok a dél- és a kelet-európaiak felfogása között. A tapasztalt különbségek számos perspektívából magyarázhatók: az egészségügyi szolgáltatások szervezettségének, a páciens populáció kulturális sokféleségének, az egészségügyi szakemberek számára rendelkezésre álló képzési programoknak és az egészségügyi szolgáltatások információs folyamatait szabályozó törvényeknek perspektívájából.

Az adatokból megállapítható, hogy bármely körülmények között nagy igény mutatkozik új készségek iránt a más kulturális háttérű páciensekkel történő kommunikáció javítása érdekében, különösen olyan országokban, ahol valós helyzet a politikai és jogi keretek között strukturált többetnikumú társadalom, mint pl. az EU országokban, ahol az egészségügyi szakembereknek konkrét felelősségeik vannak a páciensek és hozzátartozók felé. Az interkulturális kérdések javítását célzó stratégiák országonként és egészségügyi rendszer-típusonként változhatnak, de a felmérésben részt vevő mindegyik országban közös tendencia mutatkozik az ápoló személyzet és az orvosok közötti kommunikációt illetően.

A gyermekgyógyászok számára kifejlesztett soft skill-eknek javítaniuk kell az orvosok és a nem-orvos egészségügyi személyzet közötti csapatmunkát és kommunikációt, ebből a szempontból nézve pedig az ápoló személyzet egyértelmű érdeke, hogy bevonódjanak az orvos-páciens kapcsolatba – nem a felelőségek, hanem a tudásmegosztás és a páciensek szükségleteinek jobb kielégítése tekintetében. Ebben az egészségügyi szakemberek közötti kommunikációs folyamatban figyelembe kell venni a hozzátartozókat, mint az egészségügyi szakemberek szövetségeseit is.

Az adatok tanúsága szerint, ami a tettekben és a kezelésben megnyilvánuló bánásmódot illeti, a kulturális kérdések kezelése az ellátás családi értékelési tervébe kerül át. Ez az aspektus nem csupán az egészségügyi szakemberek képzéséhez kapcsolódik, mivel a kultúra jogi eszközöket, etikai értékeket és új szakmai megközelítéseket is szükségessé tesz, de természetesen a szakmai oktatás a kiindulópont a szakmai szervezetek érzékenyítéséhez valamint a kulturális sokféleség és az etikai kódok pluralitása iránti tisztelet kultúrájának megosztásához.

2.5 IDŐGAZDÁLKODÁS

Az időgazdálkodás az egyik legfontosabb – ha nem a legfontosabb – probléma az elsődleges ellátást nyújtó gyermekgyógyászati rendelőkben és kórházi részlegekben. A gyermekgyógyászati praxisokban elhúzódó rendelési idő leggyakoribb okai a páciensek váratlanul hosszú konzultációi (amikor a páciensek egy egész listányi tünettől érkezők), a tervezéssel kapcsolatos problémák (nem terveznek be elég időt az egyes páciensekre, túlfoglalás, stb.), az új technológiák használatával kapcsolatos nehézségek, az elektronikus egészségügyi nyilvántartás és a sürgősségi esetek. Ezek a tényezők mind hozzájárulhatnak az időkontroll elvesztéséhez a gyermekgyógyászati rendelőkben.

Újabban nagy nyomás nehezedik a gyermekorvosokra, hogy különböző iránymutatásokat kövessenek és egyre több megelőző szolgáltatást és páciensközpontú ellátást nyújtsanak, miközben számos országban folyamatosan csökken a praktizáló gyermekorvosok száma. Ennek eredményeképpen sok orvos és páciens fejezi ki elégedetlenségét a konzultációk hosszát illetően.

Az időgazdálkodási készségek javítása és az optimális időgazdálkodási stratégiák fejlesztése hozzájárul az egészségügyi szolgáltatások javításához. Bár egy szisztematikus áttekintés⁹ során nem találtak közvetlen kapcsolatot a konzultációk átlagos hossza és az orvosok stressz-szintje között, az derült ki, hogy a hosszabb konzultációkat a pszichoszociális problémáknak szentelt nagyobb figyelemmel, kevesebb gyógyszerfelírással, minőségileg jobb gyógyszerfelírással, kevesebb szakorvoshoz történő átirányítással, kevesebb visszatérő pácienssel és magasabb páciens-elégedettségi mutatókkal asszociálták.

Az alábbiakban egy, az időgazdálkodással kapcsolatos, Romániában, Magyarországon, Olaszországban, Spanyolországban és Németországban, gyermekorvosok, egészségügyi alkalmazottak, páciensek és a páciensek szülei körében végzett – a beteggel töltött időt, az orvosok rendelési időn kívüli elérésének nehézségét, a várólistákat, a sürgősségi problémákra való reakcióidejét és a gyermekgyógyászati rendelőkben töltött várakozási időt – vizsgáló felmérés eredményeit mutatjuk be.

2.5.1 A pácienssel töltött idő

⁹ Wilson A., Childs S. (2002) The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Brit J Gen Pract.* 2002;52:1012–1020. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314474/pdf/12528590.pdf>

Romániában a pácienssel töltött idő mennyiségét a gyermekgyógyászati páciensek 4,4 pontra értékelték, míg az egészségügyi személyzet, az orvosok és a szülők/hozzátartozók jobbnak – bár nem ideálisnak – ítélték a helyzetet.

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 4,4

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 4,6

Magyarországon egy gyermekgyógyász hetente legalább 15 óra hosszát köteles a gyermekorvosi rendelőben tölteni. Ez napi 3 óra hosszát jelent, amiből egy órányit egészséges tanácsadással és oltással kell töltenie. A fennmaradó időben a gyermekgyógyásznak a páciensek rendelkezésére kell állnia.

A gyermekek és az egészségügyi személyzet szerint az orvosok általában elegendő időt töltenek a páciensekkel, míg az orvosok és a szülők úgy vélik, hogy esetenként nem elég a pácienssel töltött idő. A gyermekorvosnak a tünetek alapján diagnosztizálnia kell a páciensek betegségeit, ami rendkívül időigényes feladat lehet. Nyilvánvalóan az ápolók is tisztában vannak azzal, hogy az elsődleges ellátásban nagy nyomást jelent az orvosokat terhelő időhiány, bár az orvosok közvetlenebbül érzik a problémát. Influenzajárvány időszakában például akár 60-80 páciens lehet egy gyermekorvosi rendelő várótermében, az ellátásra várva.

egészségügyi személyzet: 3,7
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 3,3
szülők/hozzátartozók: 3,3

Olaszország – Az ápolók értékelésének átlaga 3,3 pont, a gyermekgyógyászoké 3,7 az 5,0 pontból. Az ellátás minőségének szintjéhez képest a pácienssel töltött idő kevés ahhoz, hogy az ápolók és orvosok megválaszolhassák a hozzátartozók, szülők és a gyermekek kérdéseit.

A páciensek és hozzátartozók rosszabb véleménnyel vannak, mint a másik két kategória, ennek oka pedig az orvosi vizsgálatok hossza: néhány perc nem elegendő kérdéseik megválaszolásához.

egészségügyi személyzet: 3,3
páciensek: 3,1

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 3,0

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet értékelésének átlaga 2,0, a gyermekgyógyászoké 4,6 az 5-ből. Ezt az aspektust tekintve relevánsak a különbségek: az ápolók véleménye következetesen eltér a gyermekgyógyászokétól, és az utóbbinak szöges ellentéte. A páciensek és hozzátartozók értékelései jobbak az ápolókéinál, de rosszabbak az orvosokéinál.

egészségügyi személyzet: 2,0
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 3,7

Németország - Az egészségügyi dolgozók és a gyermekorvosok tudják, hogy jobb lenne, ha több időt tudnának fordítani a betegeknek. Néha a sok adminisztratív feladat elárasztja az egészségügyi dolgozókat, és ezáltal úgy tűnik, hogy egyre kevesebb idő jut a vizsgálatokra valamint a betegekkel és a szülőkkel való kommunikációra. A betegek és a szülők értékelése jobb; ezt az eredményt

befolyásolhatják a felnőtt orvosi ellátásban szerzett tapasztalatok, ahol még kevesebb idő áll rendelkezésre a betegek kérdéseinek megválaszolására.

egészségügyi személyzet: 3,0
páciensek: 4,6

gyermekgyógyászok: 3,7
szülők/hozzátartozók: 4,5

2.5.2 Az orvos rendelkezésre állása

Romániában az orvos rendelkezésre állását 4,1-re értékelték a gyermekek, mivel az orvosi rendelők hétvégén zárva vannak. A gyermekgyógyászok maguk is úgy vélték, hogy aligha elegendő annyi idő, amennyit a páciensek és a hozzátartozók rendelkezésére állnak – 4,3 pont – az ápolók pedig 4,0 pontot adtak, alacsonyabbat a gyermekek által adott 4,1-nél és a szülők/ hozzátartozók által 4,2 pontnál.

egészségügyi személyzet: 4,0
páciensek: 4,1

gyermekgyógyászok: 4,3
szülők/hozzátartozók: 4,2

Magyarországon az orvosok úgy vélik, hogy ők könnyen elérhetők akkor is, amikor zárva van a rendelő (éjjel és hétvégén), míg az ápolók nagyon könnyűnek ítélik az elérhetőségüket rendelési időn kívül. A szülők telefonon és e-mailen léphetnek kapcsolatba az orvosokkal ezekben az időszakokban. A gyermekek és szüleik jelentősen nehezebbnek találták az orvosok elérését: 2,7 illetve 2,3 pontot adtak erre a területre.

egészségügyi személyzet: 3,9
páciensek: 2,7

gyermekgyógyászok: 3,0
szülők/hozzátartozók: 2,3

Olaszország – Az ápolók és gyermekgyógyászok értékeléseinek átlaga 3,0. A személyzet kis létszáma és az egész nap, folyamatosan végzendő tevékenységek típusa miatt az ápolók és a gyermekgyógyászok nem érzékelik túl jónak saját elérhetőségüket. A fő kapcsolattartási pont bármilyen szükséglet esetén az ügyelet.

egészségügyi személyzet: 3,0
páciensek: 2,8

gyermekgyógyászok: 3,0
szülők/hozzátartozók: 3,2

Spanyolország – Az ápoló személyzet 3,0, a gyermekgyógyászok 4,3 pontot adtak az 5-ből. Ezt az aspektust tekintve következetesek a két csoport véleményei. A páciensek és hozzátartozók szükségletei mások, mint az egészségügyi szakemberekéi; ezen a területen igazán mély szakadék mutatkozik a felhasználók szükségletei és az egészségügyi szolgáltatókban tudatosultak között.

egészségügyi személyzet: 3,0
páciensek: 2,3

gyermekgyógyászok: 4,3
szülők/hozzátartozók: 2,3

Németország - Az orvosok és az ápoló személyzet elérhetősége alacsony, ha a rendelő zárva van - ez igaz. De a kérdés értelmezése félrevezető lehet, hiszen a kórházunk 24/7-es sürgősségi szolgálattal rendelkezik, és a gyermekorvosok és még a specializált gyermekorvosok is elérhetők (pl. Onkológusok) telefonon, személyesen akár éjszaka és hétvégén is.

egészségügyi személyzet: 3,2
páciensek: 2,9

gyermekgyógyászok: 2,7
szülők/hozzátartozók: 3,0

2.5.3 Orvosi várólisták

Romániában frusztrálónak érzik a páciensek, ha várólistára kerülnek, vagy ha a váróteremben kell várakozniuk. Az orvosi várólisták a következő értékelő pontszámokat kapták, emelkedő sorrendben: gyermekgyógyászok: 3,4 – ők túl hosszúnak ítélték a várólistákat; szülők/hozzátartozók: 3,7, páciensek: 3,9 és ápolók: 4,1.

egészségügyi személyzet: 4,1
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 3,4
szülők/hozzátartozók: 3,7

Magyarországon az orvosok “általában rövidnek” ítélték meg a várólistákat. A vidéki elsődleges ellátásbeli egészségügyi szolgálatoknál egyáltalán nincsenek várólisták, de a másodlagos ellátásban itt is időpontot kell kivárniuk a pácienseknek. Ez időbe telhet, mivel, anyagi okok miatt a kórházak naponta csak korlátozott számú beteget láthatnak el. A páciensek és hozzátartozóik általában rövidnek találták a várólistákat és elfogadhatónak a várakozási időt, ugyanakkor jelezték, hogy van még fejlődnie ezen a területen.

egészségügyi személyzet: 3,4
páciensek: 3,2

gyermekgyógyászok: 3,8
szülők/hozzátartozók: 3,0

Olaszország – Az ápolók értékeléseinek átlaga 3,2, a gyermekgyógyászoké 3,6 az 5 pontból. Az orvosi várólistákat kétféleképp kísérik figyelemmel:

1. az osztályvezető az egészségügy szintjén
2. a pénzügyi igazgató a vezetés szintjén.

A magas színvonalú teljesítmény biztosítása érdekében a végigkötési folyamatok magukba foglalják az eljárások és a működési mechanizmusok elemzését.

A hozzátartozók és páciensek perspektívái eltérőek, ami a következő okoknak tulajdonítható:

- fizető páciensek: e páciensek esetében felvételi eljárást alkalmaznak és a páciensek a kialakított betegutat követik.
- nem-fizető páciensek: az ASLTO3-ban várólista van a szolgáltatáshoz való hozzáféréshez. Az első konzultáció időpontjára körülbelül 5-6 hónapot kell várni.

egészségügyi személyzet: 3,2
páciensek: 3,4

gyermekgyógyászok: 3,6
szülők/hozzátartozók: 3,1

Spanyolország – Az egészségügyi személyzet értékelésének átlaga 3,0, a gyermekgyógyászoké 3,4 az 5-ből. A vélemények hasonlóak annak ellenére, hogy az egészségügyi személyzet véleménye markánsabb. A felhasználók és szolgáltatók közötti különbség nem következtes még akkor sem, ha a páciensek és hozzátartozók kevésbé elégedettek.

egészségügyi személyzet: 3,0
páciensek: 3,1

gyermekgyógyászok: 4,3
szülők/hozzátartozók: 3,2

Németország - Minden megkérdezett csoport egyetért abban, hogy a várólisták túl hosszúak. De ez a tény a személyzet létszámcsökkenése miatt jelenleg nem változhat.

egészségügyi személyzet: 2,5
páciensek: 3,1

gyermekgyógyászok: 2,6
szülők/hozzátartozók: 2,7

2.5.4 Sürgősségi hívásokra való reagálás

Romániában a sürgős hívásokra való reagálás tekintetében a következő pontszámokat adta a felmérésben részt vett négy csoport: szülők/hozzátartozók: 4,1 < páciensek: 4,2, orvosok: 4,3 és az egészségügyi személyzet: 4,6.

egészségügyi személyzet: 4,6
páciensek: 4,2

gyermekgyógyászok: 4,3
szülők/hozzátartozók: 4,1

Magyarországon az ápolók általában rövidnek, az orvosok mindig rövidnek érzlelik a sürgős hívásokra adott reakcióidőt. Az elsődleges egészségügyi ellátásban dolgozó szakemberek nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy tudassák a szülőkkel, mikor hívják a gyermekorvosi rendelőt és mikor forduljanak inkább az ügyeletes szolgálatokhoz. Néhány olyan különleges helyzetben, mint az asztmatikus rohamok, krupp vagy allergiás reakciók esetén arra biztatják a szülőket, hogy az elsődleges ellátásbeli orvoshoz forduljanak.

egészségügyi személyzet: 4,5
páciensek: 4,5

gyermekgyógyászok: 4,6
szülők/hozzátartozók: 4,0

Olaszország – Az ápolók értékeléseinek átlaga 3,8, a gyermekgyógyászoké 4,0 az 5 pontból. A páciensek és hozzátartozóik véleménye rosszabb a másik két kategóriáénál, aminek okai a következőkkel függenek össze:

1. Kórházi feltételek: Az ASLTO3-ban két sürgősségi szolgálat működik, a Pinerolo és a Rivoli kórházakban. A szabvány eljárás szerint az egészségügyi csapat reakcióidejének "nagyon gyorsnak" kell lennie a sürgősségi szolgálatokkal való együttműködésben.
2. A gyermekgyógyászati és neuropszichiátriai szolgálatok tevékenységének típusa: nem tudják kezelni a sürgősségi orvosi hívásokat. A neuropszichiátriai és a gyermekgyógyászati részleg orvosai hétfőtől péntekig, reggel 8 órától este 20 óráig rendelkeznek.

egészségügyi személyzet: 3,8
páciensek: 3,5

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzátartozók: 3,2

Spanyolország – Az ápoló személyzet értékeléseinek átlaga 3,0, a gyermekgyógyászoké pedig 4,3 az 5,0 pontból. A különbségek ezen a területen nyilvánvalóak; a gyermekgyógyászok meg vannak győződve arról, hogy a lehető legjobb módon támogatják a pácienseket. E területet tekintve a hozzátartozók és az ápolók értékelései nagyon közel állnak egymáshoz.

egészségügyi személyzet: 3,0

gyermekgyógyászok: 4,3

páciensek: 3,1

szülők/hozzá tartozók: 3,2

Németország - Németországban a sürgős hívásokra adott válaszok tekintetében a megkérdezettek négy kategóriája által a legmagasabbak pontszámot a gyermekorvosok és a betegek (3,9), a legalacsonyabbakat az egészségügyi ellátásban (2,9) résztvevők adták. Minden csoport szerint szükség van fejlődésre.

egészségügyi személyzet: 2,9
páciensek: 3,9

gyermekgyógyászok: 3,9
szülők/hozzá tartozók: 3,7

2.5.5 Várakozási idő a rendelőben

Romániában a páciensek adták a legalacsonyabb pontszámot – 3,8-at – a rendelőben való várakozási idő aspektusára. A gyermekgyógyászok, egészségügyi alkalmazottak és a hozzátartozók magasabb értékelést adtak ebben a kérdésben, általában rövidnek ítélve a várakozási időt.

egészségügyi személyzet: 4,2
páciensek: 3,8

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzá tartozók: 4,2

Magyarországon az ápolók és az orvosok egyetértenek abban, hogy általában rövid a várakozási idő a gyermekorvosi rendelőben. A magyarországi gyermekorvosi rendelőkbe nincs időpont-foglalási lehetőség, a beteg gyermekek ellátása általában érkezési sorrendben történik. Egy átlagos nap 15-25 páciens fordul meg egy-egy gyermekorvosi rendelőben. Oltási időben vagy olyan esetben, amikor az orvosnak adminisztrációs feladatai vannak vagy új páciensek kórtörténetét rögzíti, megnövekedhet a várakozási idő.

egészségügyi személyzet: 3,6
páciensek: 2,9

gyermekgyógyászok: 3,3
szülők/hozzá tartozók: 3,1

Olaszország – Az ápolók értékeléseinek átlaga 3,0, a gyermekorvosoké 3,3 az 5,0 pontból. Az ellátás színvonalának minőségéhez viszonyítva kevés a pácienssel töltött idő ahhoz, hogy az ápolók és az orvosok megválaszolják a hozzátartozók, szülők és gyermekek kérdéseit. Mindegyik orvoshoz várólista van, és a terület ápolók és gyermekgyógyászok általi megítélése alacsony az orvosi vizsgálatokra való időpontfoglalás megítéléséhez képest.

egészségügyi személyzet: 3,0
páciensek: 3,2

gyermekgyógyászok: 3,3
szülők/hozzá tartozók: 3,2

Spanyolország – A gyermekgyógyászok értékeléseinek átlaga 4,0 az 5,0 pontból. A várólista nem jelent nagy problémát, bár a gyermekgyógyászok felismerik a szolgáltatás javításának és a várakozási idő rövidítésének szükségességét. A gyermekgyógyászok és a páciensek értékelése eltérő, ugyanakkor a különbségek nem következetesek.

egészségügyi személyzet: 2,8
páciensek: 2,7

gyermekgyógyászok: 4,0
szülők/hozzá tartozók: 2,7

Németország - A gyermekorvosi rendelőben eltöltött várakozási idő az egészségügyi gondozók és a gyermekorvosok részéről közepesnek mondható. A betegek és a szülők elégedettebbek, úgy gondolják, hogy a várakozási idő elfogadható.

egészségügyi személyzet: 3,1
páciensek: 3,6

gyermekgyógyászok: 3,3
szülők/hozzátartozók: 3,8

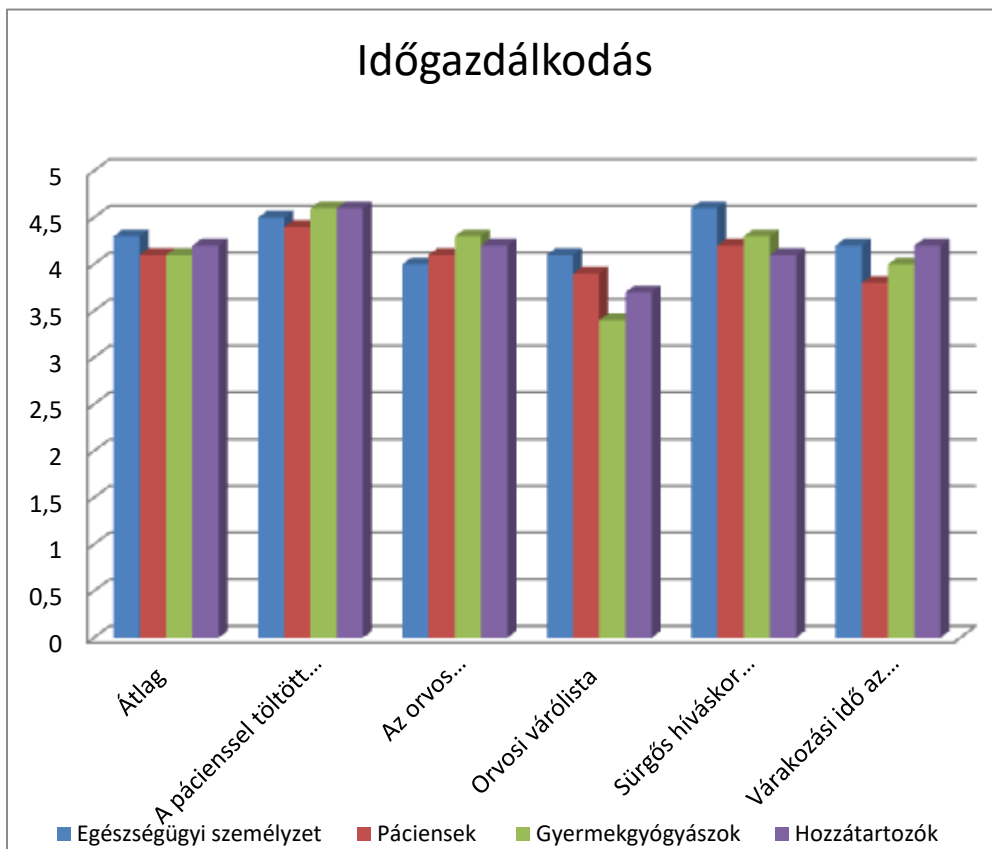
2.5.6 Következtetések – Az időgazdálkodással kapcsolatos tanulási szükségletek országonként

Az időgazdálkodással kapcsolatos tanulási szükségletek Romániában

Intenzív nyomás nehezedik a gyermekgyógyászokra, hogy egyre több gyereknek és családjaiknak nyújtsanak egészségügyi ellátást, köztük sok összetett egészségügyi problémával küzdő gyermeknek is. Napjaink egészségügyi környezetében az időgazdálkodási készségek elengedhetetlen eszközei a hatékony egészségügyi irányításnak.

Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzártartozói kérdőív
Átlag	4,3	4,1	4,1	4,2
A pácienssel töltött idő	4,5	4,4	4,6	4,6
Az orvos rendelkezésre állása	4,0	4,1	4,3	4,2
Orvosi várólista	4,1	3,9	3,4	3,7
Sürgős híváskor várható reakcióidő	4,6	4,2	4,3	4,1
Várakozási idő az orvosi rendelőben	4,2	3,8	4,0	4,2

21. Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Romániában



21. Ábra Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Romániában

Az orvosok általában elégedetlenek az orvosi várólisták és a rendelőben való várakozási idő hosszúságával egyaránt. Az egészségügyi személyzet és a páciensek szintén úgy vélik, hogy többek között az orvosok rendelkezésre állásán is javítani lehet, ha más tevékenységek terén sikerül időt megtakarítani a célok prioritizálásával, valamint bizonyos időtakarékosági stratégiák, az aktív figyelem, a családra fókuszáló készségek, a páciensek és szülők aggodalmainak feltérképezése, egyéni tanácsadás felajánlása és jobb tervezés segítségével.

Az időgazdálkodással kapcsolatos tanulási szükségletek Magyarországon

Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzártartozói kérdőív
Átlag	3,8	3,4	3,6	3,2
A pácienssel töltött idő	3,3	3,9	3,6	3,3

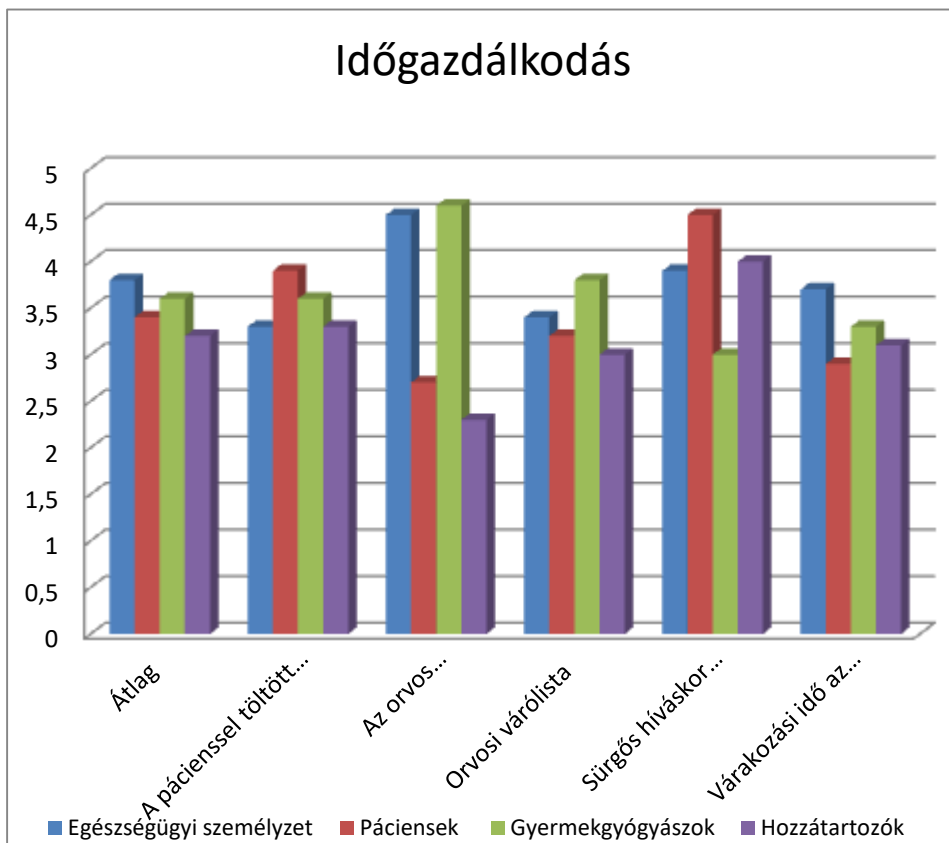
Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Az orvos rendelkezésre állása	4,5	2,7	4,6	2,3
Orvosi várólista	3,4	3,2	3,8	3,0
Sürgős híváskor várható reakcióidő	3,9	4,5	3,0	4,0
Várakozási idő az orvosi rendelőben	3,7	2,9	3,3	3,1

22. Táblázat Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Magyarországon

Magyarországon a hozzátartozók és a páciensek adták a legalacsonyabb átlag pontszámot az időgazdálkodásra: 3,2 illetve 3,4 pontot. Bár a gyermekgyógyászok és az egészségügyi személyzet értékelései valamennyivel magasabbak, a felmérésben részt vevő valamennyi csoport általános elégedetlenségét fejezte ki ezt az aspektust illetően.

Az időgazdálkodási eredmények közül a *sürgős híváskor várható reakcióidő* elnevezésű változó kapta a legjobb értékelést minden, a felmérésben részt vett csoport esetében és a *várakozási idő az orvosi rendelőben* elnevezésű a legalacsonyabb pontszámot. A szülők és a páciensek szeretnék, ha javulna az orvosok elérhetősége rendelési időn kívül, kifejezték továbbá azon igényüket, hogy rövidüljön az orvosi rendelőben töltött várakozási idő. A gyermekgyógyászok és az egészségügyi személyzet úgy véli, több időt kellene tölteniük a pácienssel.

Magyarországon ez év végén lép működésbe az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér elnevezésű elektronikus platform. A tesztüzem már elkezdődött, és az orvosoknak kell feltölteniük a páciensek adatait és családi kórtörténetüket. A következő öt évben ez újabb terhet jelent az egészségügyi szakemberek számára, jóllehet, a későbbiekben ők fognak profitálni is belőle.



22. Ábra Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Magyarországon

Az időgazdálkodással kapcsolatos tanulási szükségletek Olaszországban

Az időbeosztást illetően **Olaszországban** a legalacsonyabb pontszámot a páciensek adták az *orvos elérhetőségére*. Sem az ápolók, sem a gyermekgyógyászok nem érzik jónak az orvos elérhetőségét.

A *pácienssel töltött idő* az ellátás-minőségi szabványokhoz viszonyítva szintén alacsony értékelést kapott a felmérésben részt vevő valamennyi csoporttól.

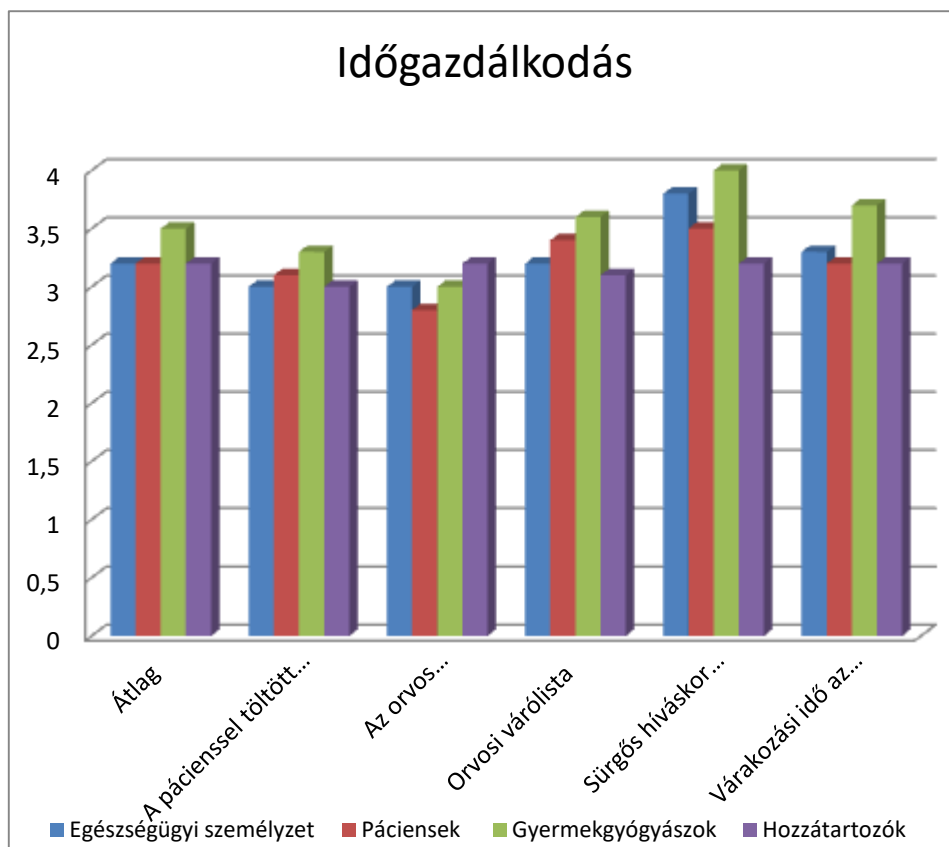
Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekegyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Átlag	3,2	3,2	3,5	3,2
A pácienssel töltött idő	3	3,1	3,3	3

Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Az orvos rendelkezésre állása	3	2,8	3	3,2
Orvosi várólista	3,2	3,4	3,6	3,1
Sürgős híváskor várható reakcióidő	3,8	3,5	4	3,2
Várakozási idő az orvosi rendelőben	3,3	3,2	3,7	3,2

23. Táblázat Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Olaszországban

A páciens klinikai állapota és a gyermekgyógyászati és neuropszichiátriai szolgálatok tevékenységének típusa befolyásolja a *sürgősségi hívásokra való reagálást*, amit a gyermekgyógyászok szinte megfelelőnek ítélnék meg.

A gyermekgyógyászatban központi aspektus az időgazdálkodás attól függetlenül, hogy a páciens szükségletei sürgősek-e vagy sem. Az időgazdálkodást transzverzális készségként kell tanítani a gyermekgyógyászati szakembereknek.



23. Ábra Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Olaszországban

Az időgazdálkodással kapcsolatos tanulási szükségletek Spanyolországban

A felmérés e dimenziójának negatív a globális értékelése: minden pontszám 3,0 körül van. Mivel az orvosok általában jobbnak érzékelik a mutatókat a többi csoportnál, az időgazdálkodással kapcsolatos értékelésük 4,0 fölött van. Az egyetlen olyan aspektus, amellyel a gyermekgyógyászok is kritikusak, az *Orvosok várólistái*, amely aspektus nem egészen az egészségügyi szakemberek teljesítményétől, hanem az egészségügyi szolgáltatások szervezetszervezetétől is függ. A legrosszabb pontszámokat a

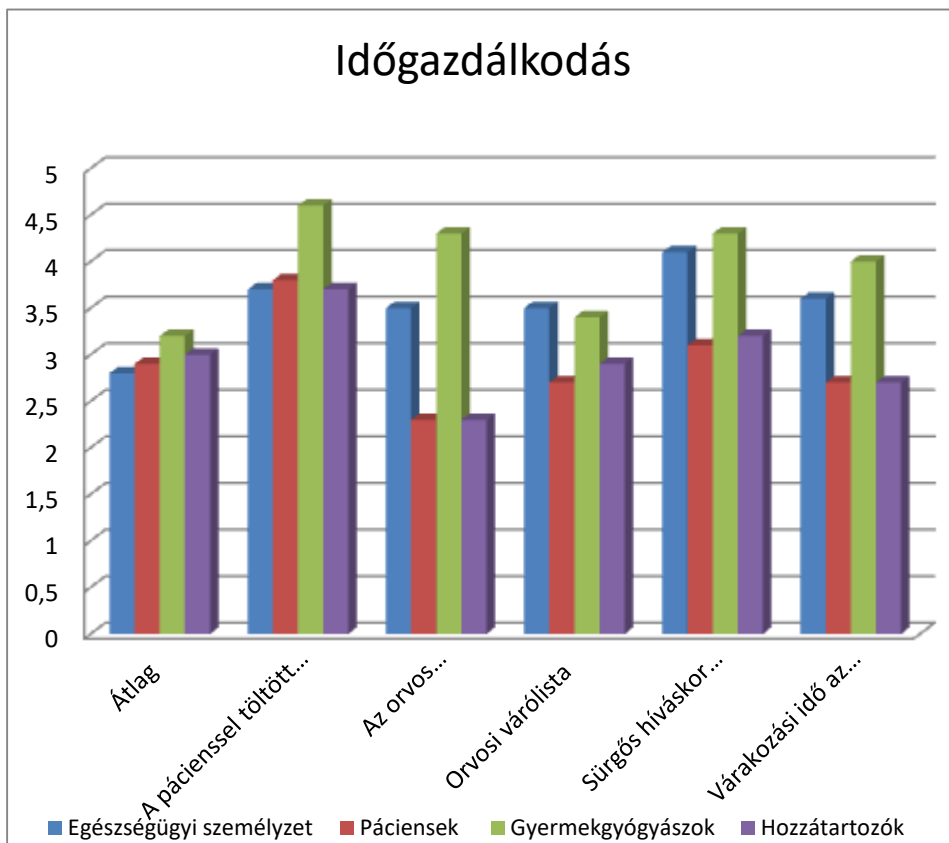
felhasználók adták, valamennyi 3,0 alatt, gyakran 2,0 körül van. Az interkulturális kérdésekkel együtt ez az aspektus a felmérés legmeglepőbb eredménye.

Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzáértartozói kérdőív
Átlag	2,8	2,9	3,2	3,0
A pácienssel töltött idő	3,7	3,8	4,6	3,7
Az orvos rendelkezésre állása	3,5	2,3	4,3	2,3
Orvosi várólista	3,5	2,7	3,4	2,9
Sürgős híváskor várható reakcióidő	4,1	3,1	4,3	3,2
Várakozási idő az orvosi rendelőben	3,6	2,7	4,0	2,7

24. Táblázat Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Spanyolországban

A kérdőív e dimenziójával kapcsolatos eredmények értékeléséhez fontos hangsúlyozni a felhasználók és szolgáltatók – különösen pedig az orvosok és a páciensek – közötti különbséget. Ez a különbség egyértelműen mutatja a gyermekgyógyászok, páciensek, hozzátartozók és az egészségügyi személyzet közötti kommunikáció javításának szükségességét, és még akkor is, ha az orvosok és a nem-orvos egészségügyi alkalmazottak közötti különbségek nem azonosak a felhasználókkal való összehasonlításból látható különbségekkel, e két szolgáltatói csoport közötti, az idő felhasználásával és szervezésével kapcsolatos kommunikáció külön kérdés, és könnyebbé válik a szervezés, ha közös stratégiát alakítanak ki egymás között.

Végezetül megállapítható, hogy, miközben felmérésünk egyik következtetése a kórházi térrendezés és megjelenés fejlesztésének szükségessége, a rendelkezésre álló idővel való gazdálkodás készségének elsajátítása szintén követelmény az egészségügyi szakemberekkel szemben. A jobb időgazdálkodás a jövő gyermekgyógyászati csapatának célkitűzése lehet, az időgazdálkodással kapcsolatos információ megosztása pedig segíthet a páciensek szükségleteinek felmérésében és a páciensközpontú szolgáltatások megszervezésében.



24. Ábra Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Spanyolországban

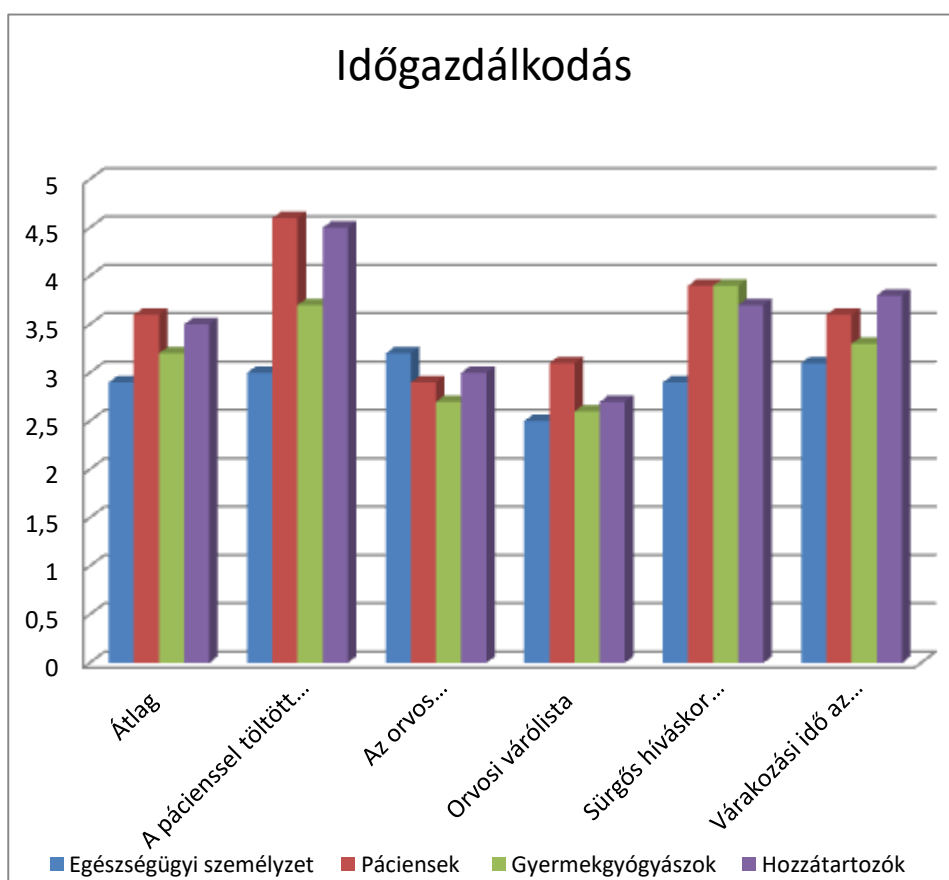
Az időgazdálkodással kapcsolatos tanulási szükségletek Németországban

Úgy tűnik, hogy az időgazdálkodás problémás a német egészségügyi és orvosi személyzet részéről és ezzel a betegek / szülők is tisztában vannak. A betegre fordított idő ugyanúgy csökken, mint ahogy az adminisztratív feladatok száma növekszik. A járóbeteg ellátásban részt vevő betegekkel töltött idő gyakran kevesebb pénzt jelent a szolgáltatók számára - ez nagy kockázatot jelent az ellátás minőségével szemben. A felmérésben azonban a betegek és rokonai elégedettebbek az időgazdálkodással, mint a gyermekorvosok és az egészségügyi dolgozók.

Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekegyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Átlag	2,9	3,6	3,2	3,5
A pácienssel töltött idő	3,0	4,6	3,7	4,5

Időgazdálkodás	Ápolói kérdőív	Páciensi kérdőív	Gyermekgyógyászati kérdőív	Hozzá tartozói kérdőív
Az orvos rendelkezésre állása	3,2	2,9	2,7	3,0
Orvosi várólista	2,5	3,1	2,6	2,7
Sürgős híváskor várható reakcióidő	2,9	3,9	3,9	3,7
Várakozási idő az orvosi rendelőben	3,1	3,6	3,3	3,8

25. Táblázat Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Németországban



25. Ábra Az időgazdálkodással kapcsolatos eredmények Németországban

3. FEJEZET

KÖVETKEZTETÉSEK

3.1. ROMÁNIA

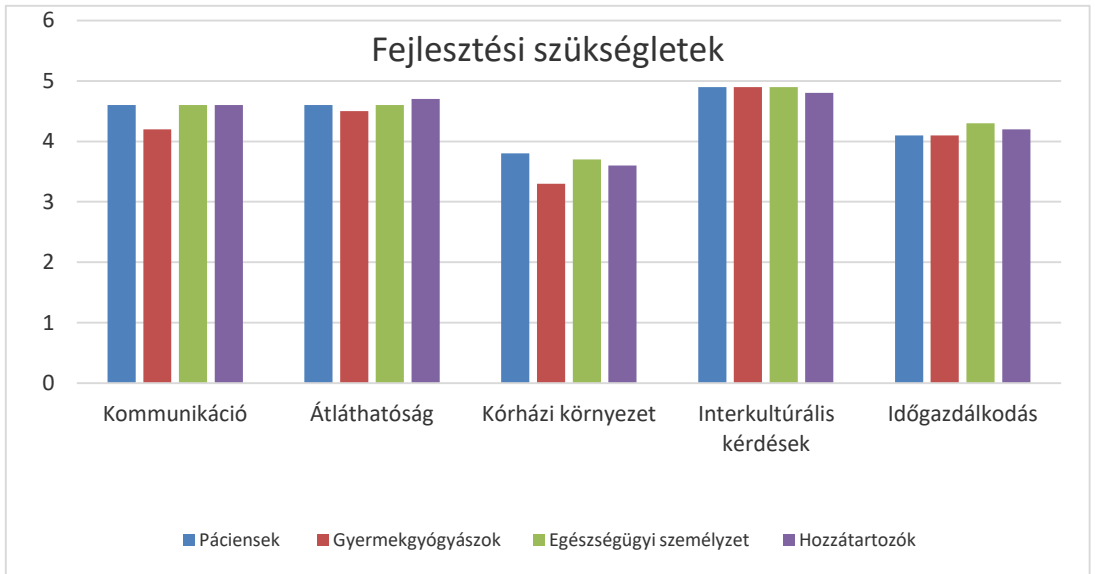
A felmérés mind a négy résztvevői csoportja szerint a következő négy aspektust tekintve a leginkább kritikus és javításra szoruló a helyzet:

kórházi környezet < időgazdálkodás < kommunikáció < átláthatóság < interkulturális kérdések
--

A gyermekgyógyászok megítélése szerint a kommunikáció nagyobb mértékben szorul javításra, mint a következő fejlesztendő terület, az átláthatóság, ugyanakkor a páciensek szerint mindkét aspektus fejlesztése egyformán fontos.

Általánosságban elmondható, hogy a szülők/hozzátartozók nagyon hasonló véleményen vannak a gyerekekkel az öt szempont tekintetében, bár a szülőknek fontosabb, mint a gyerekeknek, az átláthatóság, ugyanakkor egy kicsit kevésbé érzékenyek a kórházi környezetre.

Ami az egészségügyi személyzet álláspontját illeti, szerintük nagyobb mértékben szorul fejlesztésre a kommunikáció, a kórházi környezet és az időgazdálkodás, mint az orvosok szerint.



26. Ábra Fejlesztési szükségletek Romániában

A gyermekgyógyászok és a páciensek 3,8 pontra értékelték a **Kommunikáció általános átlagát**, az ápolók és a szülők/hozzátartozók pedig 4,6-ra. Úgy véljük, hogy fejleszthető és optimalizálható az orvos-páciens kommunikáció, a fejlesztés eszköze pedig a továbbképzés, valamint a gyermekgyógyászat területéhez kialakított konkrét, gyakorlati kommunikációs tanfolyam.

Az **Átláthatóság** általános átlaga 4,5 és 4,7 között mozgott, mivel krónikus állapotú betegek voltak a résztvevőink, akik hosszú időt töltöttek kórházban, valamint rendkívül leterhelt, a páciensek terápiájával elfoglalt orvosok, akik hatékonyan kell, hogy gazdálkodjanak idejükkel. A gyermekgyógyászati páciensek számára lehetővé kell tenni a lelki támogatást és a megfelelő tanácsadást.

A **Kórházi környezetet** értékelő általános átlag volt a legalacsonyabb, 3,3-3,8 közötti, ami a romániai kórházak megfelelő finanszírozását és modernizálását teszi szükségessé. Ezt csak az orvosok és az egészségügyi személyzet nagyobb mértékű bevonásával lehet ellensúlyozni, ami pedig a páciensek rendelkezésére bocsátott idejük rovására megy.

Az **Interkulturális kérdések** terület értékelésének általános átlaga majdnem maximális volt (4,9 pont), és a felmérés négy csoportja között nem volt e tekintetben ingadozás. Ez azt mutatja, hogy a gyógyászati folyamatot (kommunikáció, diagnózis és kezelés) nem befolyásolják az interkulturális kérdések. Ennek ellenére, tekintettel a népességi csoportok Európán belüli mozgására, valamint az utóbbi időben, az Európai Unió kívüli országokból érkező bevándorlók beáramlására, figyelmet kell szentelni az interkulturális kérdéseknek.

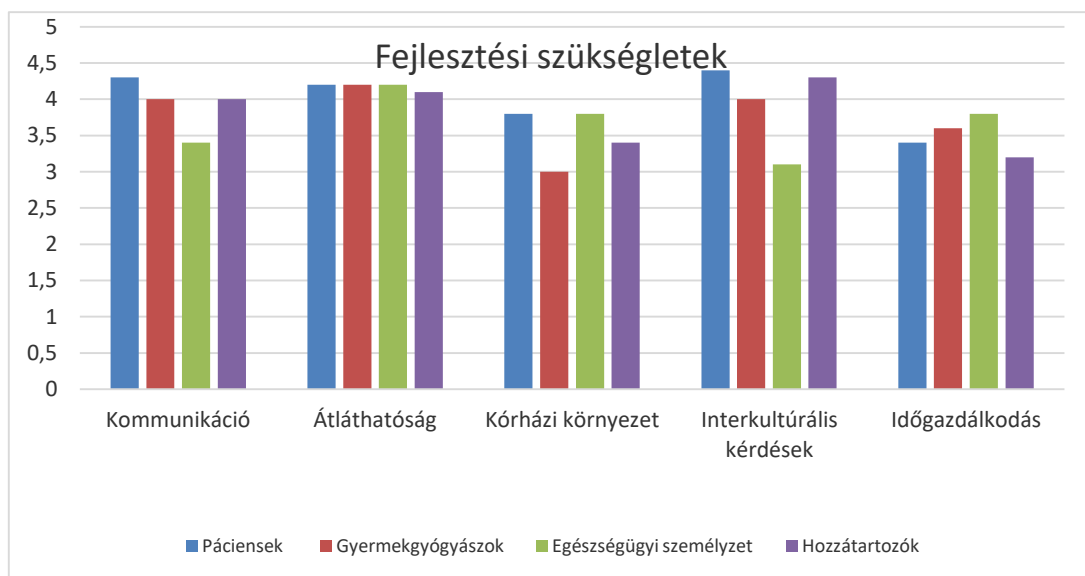
Az **Időgazdálkodást** tekintve az általános átlag 4,1 – 4,3 között mozog, ami azt mutatja, hogy ez a terület optimalizálható a betegeknek a várólistán, illetve a diagnózisukat illetően bizonytalanságban eltöltött idő hosszúságának tekintetében. Nyilvánvaló, hogy szükség van a jobb időgazdálkodásra, mint az orvoshoz való

könnyebb eljutás, és a rövidebb várólistákra, mint a kórházi szolgáltatásokhoz való hozzáférés eszközeire.

3.2. MAGYARORSZÁG

Mind a négy részvevői csoport szerint a következők a leginkább kritikus és fejlesztésre szoruló aspektusok:

kórházi környezet < időgazdálkodás < kommunikáció < interkulturális kérdések < átláthatóság



27. Ábra Fejlesztési szükségletek Magyarországon

A **Kommunikációra** adott átlagos értékelések 3,4 (egészségügyi személyzet) és 4,3 (páciensek) között mozognak. Bár a legtöbb magyarországi orvosi egyetemen van ma már valamiféle képzés a kommunikációs készségek terén, eléggé új jelenségnek számít ez. A gyakorló orvosok legtöbbje nem vett részt kommunikációs kurzuson. Ennél fogva további kommunikációs képzésre van szükség, ahol a kórtörténet felvételéhez szükséges készségek, az interkulturális kommunikációval kapcsolatos témák, a “problémás” szülőkkel való kommunikáció, a fiatalabb betegekre szabott kikerdezési technikák és az empatikus reakciók kerülnek előtérbe.

Az **Átláthatóságra** adott általános átlag 4,1 és 4,2 között volt. A páciensek és szüleik számára hatékonyabb tájékoztatást kellene biztosítani. Szintén fontos, hogy a gyógyszereszeket is bevonják ebbe a folyamatba, mivel gyakran ők a páciensek utolsó információs forrásai állapotukat és gyógyszererezésüket illetően. Az átláthatóság

optimalizálása érdekében több írott anyagot kell a gyermekgyógyászati páciensek rendelkezésére bocsátani.

A **Kórházi környezet** általános értékelése 3,0 és 3,8 között változott. A magyarországi kórházak állapotát súlyosan érinti az anyagi források hiánya, amiket elvontak az egészségügyből. Bár a magyarországi gyermekorvosok vállalkozóként dolgoznak, a gyermekgyógyászati rendelők fenntartója még mindig a helyi önkormányzat. A finanszírozási problémákat meg kellene oldani annak érdekében, hogy fejleszteni lehessen a kórházi megjelenést és komfortot.

Az **Interkulturális kérdések** tekintetében 3,1 és 4,4 között mozog az általános átlagértékelés, ami azt jelenti, hogy a vizsgált négy csoport között e terület megítélését illetően voltak a legnagyobb eltérések. Az interkulturális kommunikációs készségeket páciensközpontú megközelítéssel kellene a kommunikációs képzés részévé tenni.

Az **Időgazdálkodás** általános átlaga 3,2 és 3,8 között mozog, ami arra utal, hogy még sok tennivaló van a területen. Bár a várakozási idő kevésbé jelentős tényezőnek tűnhet, erőteljes hatása lehet a páciensek általános elégedettségére. A várakozási idő csökkentése érdekében össze kellene gyűjteni a konzultáció előtt a pácienssel kapcsolatos információt, és több dokumentációt kellene leosztani a személyzetnek. A rendelőkben jellemző szűk keresztmetszeteket feltérképezni hivatott felméréssel, valamint az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Platform biztonságos üzenetküldő rendszerének, illetve tele-egészségi és mobil sorban állási alkalmazásoknak (a páciensek virtuális sorba tudnak beállni) a használatával szintén hozzá lehet járulni jobb időgazdálkodási szokások és gyakorlatok kifejlesztéséhez.

3.3. OLASZORSZÁG

Az utóbbi években, Európában nőttek az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságával kapcsolatos aggodalmak. A tudományos és irányító bizottságok új ellátási modelleket javasoltak. Felmérésünk során számtalan hozzászólást gyűjtöttünk össze az egészségügyi dolgozóktól a szakmai aggodalmak okainak azonosítása érdekében:

- szervezés,
- tudásmenedzsment,
- perspektívák.

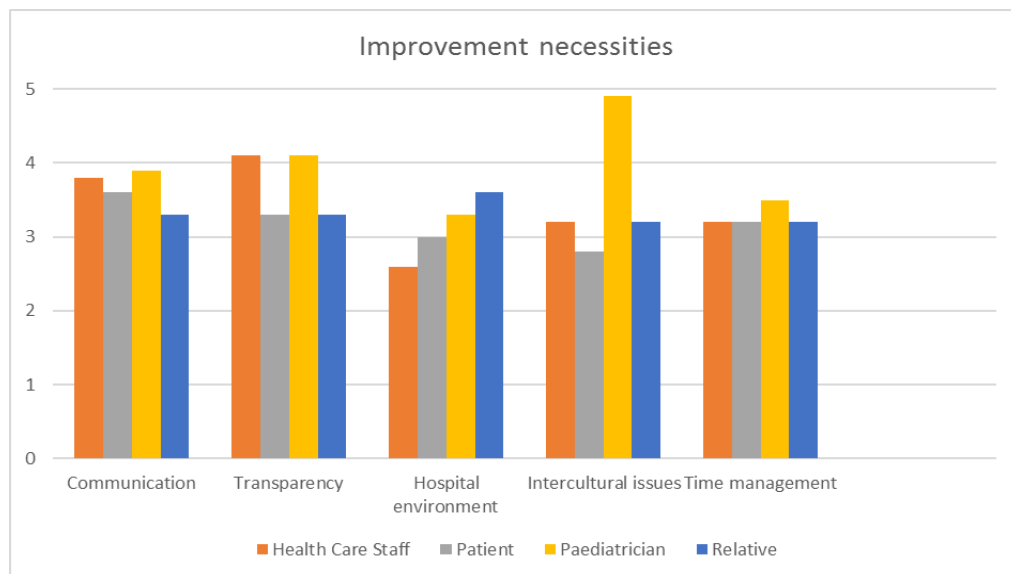
A leginkább kritikus aspektusok, amelyek a felmérés valamennyi résztvevői csoportja szerint fejlesztésre szorulnak, a következők voltak:

kórházi környezet < időgazdálkodás < interkulturális kérdések < kommunikáció < átláthatóság

A gyermekgyógyászok szerint a kórházi környezet szorul leginkább fejlesztésre, a következő fejlesztendő terület pedig az időgazdálkodás. A páciensek és az egészségügyi alkalmazottak hasonló különbséget tesznek a két tényező fontosságát illetően. A hozzátartozók válaszai az interkulturális kérdések és az időgazdálkodás javításának szükségességét hangsúlyozzák.

Bár általánosságban hasonló véleménnyel vannak a szülők/hozzátartozók az öt tényezőt illetően, mint a gyerekek, a szülők inkább igénylik a jobb kommunikációt, ugyanakkor egy kicsit kevésbé érzékenyek a kórházi környezetre, mint a gyerekek.

Az egészségügyi személyzet szerint a kórházi környezet szorul leginkább fejlesztésre, ezt követően pedig az időgazdálkodás és az interkulturális kérdések, ugyanakkor a gyermekgyógyászok elégedettek voltak e területek fejlettségi szintjével.



28. Ábra Fejlesztési szükségletek Olaszországban

A **Kommunikáció** általános átlaga csupán 3,3 volt a hozzátartozók értékelésében. A hozzátartozók véleménye szerint fejlesztésre szorul a kommunikáció: ezek a vélemények aláhúzzák a kapcsolati készségek fejlesztésének szükségességét a kommunikáció hatékonyságának növelése érdekében.

Az **Átláthatóság** általános átlaga ugyanannyi (4,1) az egészségügyi személyzet és az orvosok értékelésben, a páciensek és hozzátartozóik azonban alacsonyabbra (3,3) értékelték. A legfontosabb eredmény az egészségügyi alkalmazottak és az orvosok az iránti igényéhez kapcsolódik, hogy egy, erre a feladatra kijelölt konzulens kíséresse figyelemmel és segítse őket az ápolás valamint a páciensekkel és hozzátartozóikkal való kapcsolat magas szintjének biztosításában. A szupervízió az ellátás sikerét és a kommunikáció hatékonyságát fokozni hivatott stratégia lenne.

A **Kórházi környezettel** kapcsolatos eredmények két tényező fejlesztésének szükségességét emelik ki, amelyek értékelése 3 pont alatt volt – ezek a kórház megjelenése (egészségügyi alkalmazottak: 2,4; gyermekgyógyászok: 2,7) és a komfort (egészségügyi alkalmazottak: 3,1; gyermekgyógyászok: 2,9). A gyermekgyógyászati szolgálatok mint területi közintézmények szétszórtnak találhatók egy-egy területen belül. A legfőbb probléma a terület jellegéhez, a nagy kiterjedéséhez és az információcsere-folyamatok ebből következő nehézségéhez kapcsolódik.

Az **Interkulturális kérdések** általános átlag-értékelései nagy eltérést mutattak a gyermekgyógyászok (4,9) és a résztvevők valamennyi többi csoportja között (páciensek:

2,8). Az interkulturális kérdéseknek figyelmet kell szentelni: ahhoz, hogy hatásos, hatékony és kulturálisan megfelelő egészségügyi rendszereket lehessen felállítani, az egészségügyi szakembereket képző oktatási intézményeknek másképp kellene kommunikálniuk a sokféle szereplővel.

Az **Időgazdálkodás** tekintetében hasonlóak az egyes résztvevői csoportok értékelési átlagai. Az időgazdálkodás kívánalmainak való megfelelés érdekében fontos a proaktív viselkedést célzó személyzeti stratégiák kialakítása, valamint a munkafolyamatok során a kreatív gondolkodás alkalmazása.

„A gyakorló ápolási szakemberek felelősséget vállalnak a páciensek ellátásának megtervezéséért és igazgatásáért, beleértve más egészségügyi alkalmazottak irányítását és az önálló vagy az orvosokkal és másokkal történő együttműködésben, a megelőző és gyógyító ellátás alkalmazásának területén végzett munkát. Bár az ápolók hagyományosan orvosok irányítása alatt látták el a betegeket, számos európai uniós országban egyre inkább engedélyezett számukra, hogy független szakemberként praktizáljanak. Jóllehet, ez bizonyos mértékig végzettségüktől és képzési szintjüktől függ; tudnivaló, hogy az ápolók egyre nagyobb arányban az egyetemi diplomáig folytatják tanulmányaikat. Az ápolók száma az egészségügyi rendszerek különböző jellemzőinek függvényében alakul. Ugyanígy megállapítható, hogy az ápolók más alkalmazottakhoz (pl. orvosokhoz) viszonyított aránya szintén eltér a különféle egészségügyi szolgáltatóknál, pl. a kórházak és a hosszú távú ápolási létesítmények esetében”. (Eurostat, *Egészségügyi alkalmazottakkal kapcsolatos statisztika – ápoló és gondozó szakemberek*, 2017.01.08.)

Olaszországban 374.100-an dolgoznak a köz- és/vagy magán egészségügyi rendszerekben, ami 100.000 lakosra 615 egészségügyi dolgozót jelent (Eurostat, *Egészségügyi alkalmazottakkal kapcsolatos statisztika – ápoló és gondozó szakemberek*, 2017.01.08.).

Az egészségügyi szakemberek átlagéletkora szervezetünkél 49 év a nők, 51 a férfiak esetében. Az olaszországi közigazgatás nem biztosítja a személyi állomány megfelelő forgalmát.

Az egészségügy egyre összetettebbé válik világszerte; gyors ütemben változik a technológia, a szolgáltatási modell, a gazdasági követelmények, a demográfia, valamint a betegségek epidemiológiája is. Annak ellenére, hogy sokszor próbálták meghatározni azokat a közös kompetenciákat és szabványokat, amelyeknek valamennyi egészségügyi alkalmazottnak meg kellene felelnie, világossá vált, hogy az oktatási és képzési programoknak azoknak a társadalmaknak a szükségleteihez kell alkalmazkodniuk, amelyeket kiszolgálnak, valamint, hogy e képzési programokat kialakító és végrehajtó intézmények elszámoltathatók kell, hogy legyenek a társadalom felé az általuk előállított termékek tekintetében. Az egészségügyi szakemberek képzését végző oktatási intézményeknek különbözőképp kellene együttműködniük a különféle szereplőkkel, akik egy hatásos, hatékony és kulturálisan megfelelő egészségügyi rendszer létrejöttéhez szükségesek.

Az orvosképzés az európai egyetem intézményében gyökerezik, amely hagyományosan jobban értékelte az oktatási szabadságot, az autonómiát és a független kutatást, mint a társadalom kiszolgálását és a munkaerőpiacot. A jövőbeli erőfeszítések alapvető elmozdulást kell, hogy megcélozzanak az oktatási intézmények kilátásait, valamint sikerességük mércéjét illetően. A közelmúlt eredményei és a kompetencia mozgalmak az első lépést jelentik ebbe az irányba, de több erőfeszítésre lesz szükség. Az oktatási intézményeknek – ahelyett, hogy a rendszer csupán egyik, esetleg vonakodó szereplői – inkább a változás katalizátorává kell válniuk, az interakció

résztevőinek színhelyévé, az új egészségügyi munkaerő képzésének táptalajává (H. Thomas Aretz, *Some thoughts about creating healthcare professionals that match what societies need*, Journal Medical Teacher, 33. kötet, 2011 – 8. szám).

Az egészségügyi szolgáltatásban megjelenő változások jelentős hatással vannak az egészségügyi szakemberek képzésének szerkezetére. Napjainkban köztudott tény, hogy az orvostudományi ismeretek 6-8 évenként megduplázódnak, hiszen napi szinten jelennek meg új orvosi eljárások. Miközben az orvosi információk felezési ideje ennyire rövid, egy átlagos orvos 30, egy ápoló 40 évig praktizál. A továbbképzés ennél fogva fontos kihívást jelent (Mantovani, Castelnovo, Gaggioli és Riva, *Virtual Reality Training for Health-Care Professionals*, CyberPsychology & Behavior. 2003. augusztus, 6. kötet, 4. szám: 389-395). Az ASLTO3 Munkaerőfejlesztési Szolgálata 2016-ban végzett egy felmérést a "Professional 2.0" szoftverről, mint az egészségügyi szakemberek új profiljáról. A felmérés eredményei hangsúlyozzák az eszközök használatának fontosságát a munkahelyen, a tudás frissítése, a szakmai hálózat kialakítása és a legfrissebb ápolási információk elérése érdekében (Presutti M., *Professionista 2.0*, ASLTO3: 2016).

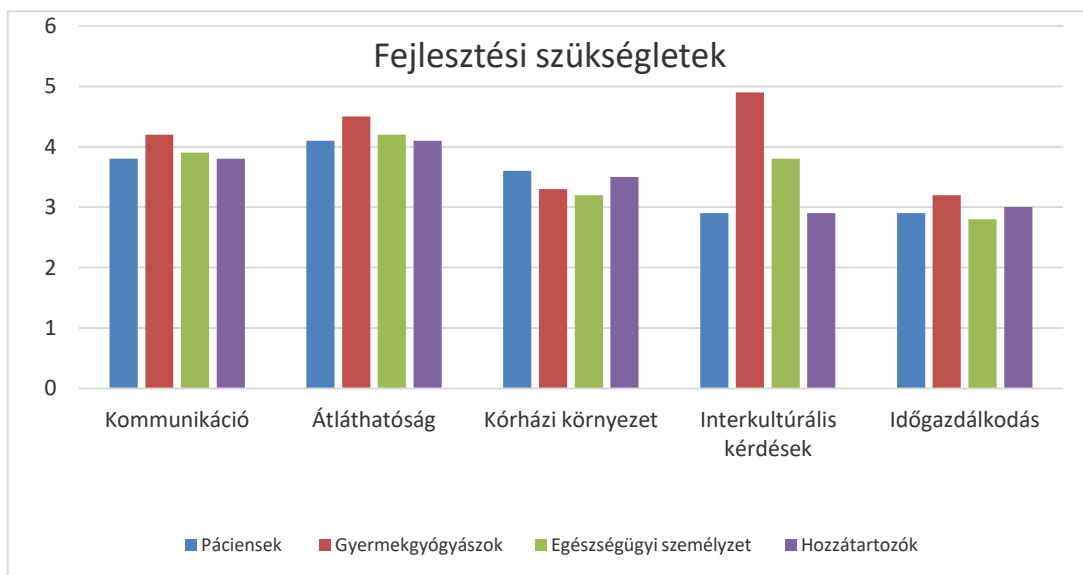
Az ASLTO3-ban új munkaszervezést alkalmaznak: a vezetés számos szolgáltatást egyesített egy új elrendezésű ellátás keretén belül. Az ASLTO3 egyik legfontosabb célja az ellátás folytonosságának biztosítása a kózház és a területi szolgálatok között, az alkalmazottak integrálását és az ICT interoperabilitását célzó erőfeszítésekre fókuszálva.

Az egészségügyi miniszter "Piano di rientro" megszorítási intézkedésének leteltével a piedmonto régióknak új orvosokat kellene felvennie a Neuropszichiátriai és a Gyermekgyógyászati Szolgálatokhoz.

3.4. SPANYOLORSZÁG

A spanyolországi adatokból azt a lényegi következtetést vontuk le, hogy a gyermekgyógyászati egészségügyi csapatnak új modellre van szüksége. A felmérésben vizsgált valamennyi dimenzióban nyilvánvalóvá vált az információ-megosztásnak, a páciensi szükségletek felmérésének, valamint a terápiás stratégiák megosztásának szükségessége az eredmények javítása érdekében. Ennek lehetővé tételéhez elengedhetetlen a szülők/hozzátartozók egészségügyi csapatba való bevonása. A gondozók terápiás stratégiába való bevonása új tendencia az egészségügyi kutatásban, miután más gyógyászati területek – mint a pszichiátria és a palliatív gondozás – érdeklődést mutattak a gondozóknak a gondozási tervbe és a döntéshozatali folyamatba való bevonása iránt. A gyermekgyógyászati gondozási csapat kialakítása során az orvos-páciens kapcsolat kerül a középpontba. Egy másik fontos aspektus, amely felmérésünk során napvilágra került, az ápolóknak és egyéb egészségügyi személyzetnek a szerepe az ápolási tervben, különös tekintettel a páciens szükségleteinek feltérképezésében. A kommunikáció javítása az átláthatóság és a tájékoztatási folyamat fejlesztésén keresztül valósítható meg. Az egészségügyi csapatnak más szakorvosokat valamint a szülőket/hozzátartozókat is be kellene vonnia a döntéshozatali folyamatokba. Az egészségügyi környezet javítása érdekében az egészségügyi csapatnak feltérképezési stratégiára van szüksége ahhoz, hogy megértse, hogyan javíthat a szolgáltatási helyeken a rendelkezésre álló terek használatán és hogyan reagálhat egy, az egészségügyi csapat által támogatott, közös stratégiával. A vallással, értékekkel, kulturális háttérrel kapcsolatos információ

megosztásával bevonható a család az ápolási tervbe, és kiküszöbölhetők a páciensekkel való etikai és jogi viták. Az időgazdálkodás követelmény a páciensek és hozzátartozók érdekében: bár nem könnyű megoldani az emberi erőforrásokkal kapcsolatos strukturális problémát, az időgazdálkodás jógyakorlatainak fejlesztésével fokozható a páciensek elégedettsége és a terápia eredményessége.



29. Ábra Fejlesztési szükségletek Spanyolországban

3.5. NÉMETORSZÁG

A legfontosabb szempontok, amelyeket a felmérésben résztvevők mind a négy csoportja szerint javítani kell:

kórházi környezet <időgazdálkodás <kommunikáció <átláthatóság <interkulturális kérdések

A kommunikáció általános átlaga a gyermekorvosok részéről 3,8, az ápoló személyzet részéről 3,7, a betegek 4,5-re és a szülők 4,4-re értékelték. Az orvosi csapat látja a javulás lehetőségét, ezért nagyra értékelnék a fejlesztéseket, a képzési modulok kínálatát a kommunikációs készségük javítása érdekében.

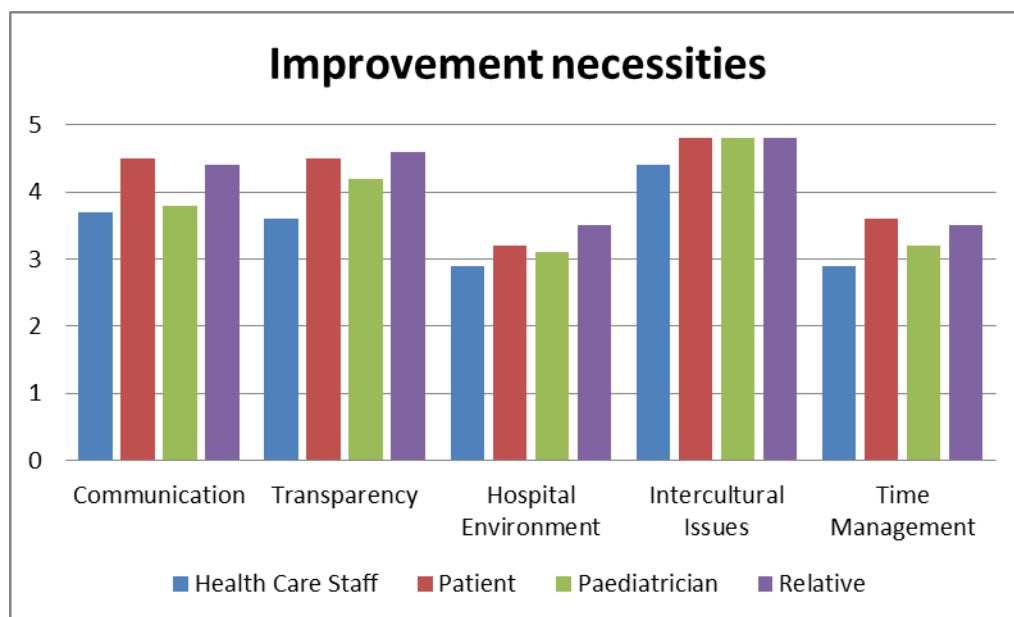
Az átláthatóság általános átlag pontszáma 3,6 (egészségügyi személyzet) és 4,6 (beteg) között mozog. Az egészségügyi személyzet alacsony minősítése annak a ténynek tudható be, hogy a résztvevő ápolók az osztályon dolgoznak, és kevésbé

ismerik a más gondozókkal való egyeztetéseket, a mentőautókban dolgozó gyermekorvosokkal való telefonhívásokat és a családi orvosokkal való kapcsolattartást.

A kórházi környezet általános átlagpontja volt a legalacsonyabb, a 2.9-3.5 között, ami az egyetemi kórház régi épületének megfelelő korszerűsítését várja el. Münchenben konkrét tervek vannak egy nagy modern egyetemi gyermekkórház építésére.

Az interkulturális kérdésekkel kapcsolatos válaszok általános átlaga szinte a maximális pontot kapta (4,8), kivéve az egészségügyi személyzet részéről (4,4). Ez az egyformán magas besorolás azt mutatja, hogy a diagnózis felállítását és a kezeléseket, valamint a kommunikációt nem befolyásolják az interkulturális kérdések. Természetesen továbbra is figyelmet kell fordítani az interkulturális kérdésekre az Európai Unión kívüli migránsok növekvő száma miatt.

Az időgazdálkodás tekintetében az általános átlagok a 2.9 és 3.6 közötti tartományban vannak. Különösen az orvosi személyzet emelte ki, hogy a gyermekek vizsgálatához, valamint szóbeli és írásbeli tájékoztatáshoz való idő túl rövid ahhoz képest, amennyi időt adminisztratív feladatok kell tölteni. Ezenkívül a költségcsökkentő intézkedések miatti létszámleépítés a kórházak és az időgazdálkodás terén eredményeznek hiányosságokat.



30. Ábra Fejlesztési szükségletek Németországban