



**Módszertani útmutató
a gyermek-egészségügyi alapellátás tevékenységének
értékeléséhez**

Fejlesztők

Elek Mariann dr.
Gyimes Zsófia dr.
Hertelendy Beáta Tünde
Kállai Tünde
Oroszváriné Pap Erika

Koordinátor

Ferenczné Antal Gabriella

Lektor

Odor Andrea

Szakmai lektor

Gődény Sándor Dr. PhD.

Szerkesztő

Baukó Mária

A TÁMOP 6.1.4 kiemelt projekt szakmai vezetése
Dr. Fogarasi András szakmai vezető
Kereki Judit szakmai vezető koordinátor
Odor Andrea szakmai alprojekt vezető
Baukó Mária Módszertan VI. Minőségfejlesztés elemi projektvezető

Tartalom

Bevezetés	7
Az egészségügyi ellátások rendszere	11
A területi védőnő és a gyermeket ellátó házi gyermekorvos, házi orvos tevékenységének helye, szerepe az egészségügyi ellátások rendszerében.....	12
Az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások szakmai minőségértékelése	14
Minőségügyi rendszer az egészségügyben	17
Belső minőségügyi rendszer	17
Külső minőségügyi rendszer	17
Az egészségügyi ellátás minősége	19
A minőség összetevői.....	19
A minőség dimenziói.....	20
A minőség mérése	24
Az egészségügyi alapellátás értékelése a klinikai audit módszerével.....	28
A klinikai audit módszerével történő értékelési terv szakmai szempontjai	29
Minőségi dimenzió mátrix és prioritizálás	30
Az audit céljának megfogalmazása	30
Indikátorok kijelölése.....	31
Adatgyűjtés és értékelés.....	31
Intézkedések, minőségfejlesztés	33
Az egészségügyi szolgáltatók szakmai tevékenységének értékelése.....	35
A gyermekegészségügyi alapellátás szakmai tevékenységének értékelése	36
A védőnői szakmai tevékenység értékelésének sajátosságai	36
Alapelvek a védőnői szakmai tevékenység értékelésében.....	36
Folyamatos monitorozás a védőnői szakmai tevékenység értékelése során	37
Védőnői szakmai tevékenység értékelésének jellemzői.....	38
A gyermeket ellátó házi gyermekorvosi, házi orvosi szakmai tevékenység értékelésének sajátosságai	39
Az értékelés megtervezése, lefolytatása	41
Az értékelés előkészítése – vizsgálati program készítése	41
Felkészülés a vizsgálatra	42
Helyszíni vizsgálat	42

Az értékelés megállapításainak írásba foglalása.....	43
Intézkedés kezdeményezése	44
Panaszügyek vizsgálata	46
A panaszbejelentés kivizsgálásának folyamata	46
A vizsgálat fő lépései.....	47
Az orvosi és a védőnői tevékenység értékelésének összehangolása.....	50
Az orvos és védőnő közti együttműködés összehangolt értékelésének alapelvei	50
Szempontok, módszerek, és eszközök.....	51
Egyes szakmai tevékenységek összehangolt értékelése a gyermek-egészségügyi alapellátásban	54
Az ellátottak nyilvántartása minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai	54
A szűrővizsgálatok minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai	56
A védőoltások megvalósítása minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai.....	58
Az első újszülött-látogatás és vizsgálat minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai	60
A szoptatás-támogatás és a női tejjel történő táplálás-monitorozás minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai	61
Az ellátott veszélyeztetettségének megállapítása, és az azzal kapcsolatos tevékenység minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai.....	63
Az ellátás tervezése minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai.....	66
Az orvosi - védőnői együttműködés és kommunikáció minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai	67
Ágazatközi együttműködés – együttműködési deficit.....	69
Jó gyakorlat	71
Területi- és iskolavédőnői érzékszervi szűrővizsgálatok megfelelőségének szakmai értékelése.....	72
A tervezés	72
A megvalósítás.....	75
Irodalomjegyzék.....	88
Hivatkozott jogszabályok jegyzéke	89
Fogalmak áttekintése.....	90
Mellékletek	103
I. A panaszbejelentés kivizsgálásának folyamata.....	103
II. A jegyzőkönyv specifikus tartalmi elemei.....	105
1. A területi védőnői érzékszervi szűrővizsgálatok kivitelezésének értékelése a tevékenység végzésének helyszíni ellenőrzése, a védőnővel történő konzultáció és a rendelkezésre álló dokumentáció alapján	106

2. Az iskolavédőnői érzékszervi szűrővizsgálatok kivitelezésének értékelése a tevékenység végzésének helyszíni ellenőrzése, a védőnővel történő konzultáció és a rendelkezésre álló dokumentáció alapján	108
--	-----

A fejlesztők köszönetüket fejezik ki Vásárhelyi Erzsébetnek „A területi- és iskolavédőnői érzékszervi szűrővizsgálatok megfelelőségének szakmai értékelése” c. fejezettel kapcsolatos együttműködéséért.

„Ahhoz, hogy valami megváltozzon, valamit meg kell változtatni”
(Hegel)

Bevezetés

A TÁMOP-6.1.4/12/1-2012-0001 Koragyermekkori (0-7 év) program, melynek keretében ez a módszertani útmutató készült, a 0-7 éves korosztályba tartozó gyermekek optimális fejlődésének komplex támogatását tűzte ki célul. Olyan innovatív, újszerű fejlesztéseket valósít meg, amelyek javítják a gyermek-egészségügyi alapellátás szolgáltatásainak minőségét. A projekt középpontjában a területi védőnő, a gyermeket ellátó házi gyermekorvos, háziorvos, valamint a gyermekek és azok szülei állnak.

A védőnői és a házi gyermekorvosi, háziorvosi, ellátás egymást feltételezi és kiegészíti a várandós anyák és a 0-7 éves gyermekek ellátásában. A két szakterület egyaránt felelősséggel tartozik ellátandók egészségi állapotának alakulásáért, a gyermek-egészségügyi alapellátás minőségéért és megfeleléséért.

Nehézséget jelent, hogy a védőnők, a házi gyermekorvosok, a gyermeket ellátó háziorvosok számára többnyire nem egyértelmű, hogyan lehet a saját tevékenységüket vizsgálni, a minőségét értékelni, hogyan hasonlíthatják azokat mások tevékenységéhez, és hiányzott a motiváció az ellátói tevékenység minőségének és megfelelésének követéséhez.

A gyermek-egészségügyi alapellátásban a belső minőségügyi rendszer működtetése mai napig nem tekinthető általános gyakorlatnak.

Az egészségügyi alapellátók tevékenységének értékelése főként az egészségügyi ágazati jogszabályok, valamint a szakmai szabályok érvényesülésének ellenőrzését jelentette, és ez az utóbbi két évtizedben (1993-2013 májusa közötti időszakban) jellemzően a szakmai felügyeleti rendszer keretében történt.

A tevékenység egyik fontos jellemzője volt, hogy az orvosi és a védőnői tevékenység szakmai felügyeleti rendszere felépítésében, működésében és módszerében is eltért egymástól.

A házi gyermekorvosi, háziorvosi szakfelügyelők a kinevezésüket követően tevékenységüket a saját praxisuk ellátása mellett végezték, a rájuk bízott praxisok száma igen ingadozó, sokszor irreálisan magas volt. Országosan egyeztetett szakfelügyeleti

módszertani útmutató és/vagy feladatspecifikus továbbképzés nem volt, nem határozták meg a szakfelügyelői eljárások menetét sem. A feladat többnyire a tisztifőorvos felkérésére történő panaszvizsgálás volt. A szakfelügyelő orvosok közül, aki tehetett, évente egyszer személyesen felkereste az ellenőrizendő praxisokat, az ellenőrzés pedig többnyire egyéni elgondolások szerint zajlott. A fő szempont elsősorban a jogszabályok érvényesülése, illetve módszertani irányelveknek megfelelő szakmai munka ellenőrzése volt. Gyakran személyes találkozóra sem került sor, csak adatok bekérésére és azok elemzésére korlátozódott a szakfelügyeleti tevékenység. Beszámoló évente egyszer készült, de ezekre visszacsatolás, visszajelzés vagy más reakció általában nem történt. Az egyes szakfelügyelők vagy a szakmailag összetartozó szakfelügyeletiek között rendszeres, formalizált kapcsolat nem volt. Mindezek közrejátszottak abban, hogy az alapellátás orvosi szakfelügyelete nem működött kellő hatékonysággal, ennek háttérben pedig rendszerszintű strukturális és funkcionális tényezők egyaránt szerepet játszottak.

A védőnői tevékenység szakfelügyelete (a szolgálat gazdag hagyományait megőrizve, azon alapulva) az országos vezető védőnő szakmai irányításával, a megyei/fővárosi, valamint a járási/kerületi vezető védőnők közreműködésével, egységes elvek szerint valósult meg. Alapja a *munkaterv* volt, melynek kiemelt feladatai, azok megvalósításának módszerei és szempontjai országosan egységesen kerültek meghatározásra, majd a helyi sajátosságoknak megfelelően kerültek alábontásra, megyei/fővárosi és járási/fővárosi kerületi szinten egyaránt.

2006-tól a védőnői országos szakfelügyeleti vizsgálatokban megjelent a klinikai audit módszertanának alkalmazása, amely egységes vizsgálati tervvel, útmutatóval, szakmaspecifikus jegyzőkönyvvel, a helyszínre történő kiszállással, és/vagy a szakfelügyelendő védőnők által szolgáltatott adatok, jelentések, beszámolók elemzésével támogatta a védőnői tevékenység folyamatos minőségfejlesztését. Az adatgyűjtések a szakfelügyelet konkrét céljainak függvényében meghatározott kritériumoknak és standardoknak megfelelően történtek. Ezzel a szakfelügyeleti módszerrel lehetővé vált az ellátási folyamatok monitorozása, minőségének értékelése, a fejlesztésre irányuló javaslatok, feladatok meghatározása és a változások nyomon követése. Közös ellátói tevékenységek esetén a vezető védőnők az érintett szakfelügyelő főorvosokkal rendszeresen konzultáltak, szakmaközi megbeszéléseket, értékelő értekezleteket szerveztek.

Bár a vezető védőnők függetlenített munkakörben (ma már kormánytisztviselőként) végzik tevékenységüket, az egészségügy hatósági szervezetében történt változások, létszámcsökkentések következtében, illetve a működőképesség biztosítása érdekében

többségük egyéb feladatokat is ellát (egészségügyi igazgatási, egészségfejlesztési, szűrési koordinációs, Családvédelmi Szolgálat, járványügyi, közegészségügyi, ügyeleti, gazdasági, minőségi, adminisztratív feladatok). Ez jelentősen befolyásolta a szakfelügyeleti tevékenységre fordítható kapacitást, lehetőséget és eredményességet.

Az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről szóló 33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet új alapokra helyezte az egészségügyi szolgáltatók tevékenységének vizsgálatát. A szolgáltatókkal, szolgáltatásokkal összefüggésben a hatósági célú szakfelügyeletet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatala és a megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei a szakfelügyelők közreműködésével látják el. Az egészségügyi ellátásokkal összefüggésben az egészségügyi szakmai tevékenység minőségértékelése, az értékelési célú adatgyűjtés, a minőségfejlesztési feladatok koordinálása, szakmai irányítása, dokumentálása, a betegbiztonság szempontjainak érvényesítése a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet feladata lett, melyet a minőségügyi szakfőorvosok és minőségügyi szakterületi vezetők közreműködésével történik.

A rendelet előírja a két terület irányítását végző szervek együttműködését feladataik ellátása során.

A megváltozott helyzetben is megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltatók, az egészségügyi ellátást igénybevevők és a finanszírozók számára egyaránt fontos a megelőző-gyógyító eljárások biztonságosságának, eredményességének, hatékonyságának és a szükségleteknek való megfelelésének társadalmilag optimális szinten történő biztosítása. Ennek feltétele, hogy az egészségügyi ellátás, így a gyermek-alapellátási (orvosi és védőnői) tevékenység minőségének értékelése is megtörténjen. Ehhez egységes szemléletre, alapelvekre és egységes értékelési módszerre is szükség van.

Jelen módszertani útmutató célja, hogy áttekintést adjon a fentiekről, továbbá a projekt Megvalósíthatósági Tanulmányában (MT) foglaltaknak megfelelően olyan elméleti és gyakorlati ismereteket, valamint módszereket mutasson be, amelyek alkalmazásával:

- egységes alapelvekkel, módszerrel értékelhető a gyermek-egészségügyi alapellátás (orvosi, védőnői) színvonala;
- a gyermek-egészségügyi alapellátás (orvosi, védőnői) minőségének kritikus elemzése elvégezhető;

- rendszerelméleti filozófiára épülve lehetőség nyílik a rendszerhibák feltárására és a rendszerszerű működészavarok korrekciójára;
 - a gyermek-egészségügyi alapellátással (orvosi, védőnői) kapcsolatos szakmai hiányosságok feltárhatók;
 - a konstruktív minőségjavító törekvések támogathatók, és nem a bünbakképzés vagy a szankcionálás;
 - segítség adható a szakmailag indokolt változások megtervezéséhez, bevezetéséhez, illetve azok hatásának nyomon követéséhez;
 - folyamatos javulás érhető el a megelőző-gyógyító egészségügyi ellátás területén;
- különös tekintettel a két szakterület (orvosi – védőnői) szoros együttműködését igénylő tevékenységekre.

Az útmutató célcsoportja azon szakemberek összessége, akik a gyermek-egészségügyi alapellátás minőségfejlesztése, az ellátás folyamatos javulása érdekében az ellátók tevékenységét (különböző célból) értékelni kívánják, pl.: belső minőségügyi ellenőrzés, szakmai minőségértékelés, hatósági célú szakfelügyelet.

Ebben az útmutatóban az elméleti megközelítés mellett sok gyakorlati példa is helyet kapott, melyek többnyire a védőnői tevékenység köréből származnak. Ezeket az olvasók szíves figyelmébe ajánljuk abból a célból (is), hogy a példák tartalmát és/vagy struktúráját, de *főként az alkalmazott módszereket* használják fel, ezek adaptálásával tervezzék meg és/vagy hajtsák végre saját illetékességi körükben a szakmai értékeléseket, bármely okból is kerüljön azokra sor.

KULCSSZAVAK

gyermek-egészségügyi alapellátás szakmai tevékenységének értékelése, egészségügyi szakfelügyelet, egészségügyi szakmai minőségértékelés, egészségügyi szakmai minőségfejlesztés

Az egészségügyi ellátások rendszere

A népegészségügyi célok – egyebek mellett – az egészségügyi ellátások rendszerén keresztül, egészségügyi szolgáltatások nyújtásával valósulnak meg. Az ellátást igénybe vevő, az egészségi állapotától függően különböző szintű szolgáltatást vehet igénybe, az egyes szintek a munkamegosztás és a fokozatosság elvei szerint kerültek kialakításra.

Az egészségügyi szolgáltatások körébe tartozik az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, mégpedig:

- az egyén egészségének megőrzése,
- a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése,
- az életveszély elhárítása,
- a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása, a további állapotromlás megelőzése,
- a beteg vizsgálata, kezelése, gondozása, ápolása, egészségügyi rehabilitációja,
- a fájdalom és a szenvedés csökkentése,
- a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozása,
- a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos tevékenységek,
- a mentés és a betegszállítás,
- a szülészeti ellátás,
- az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, a művi meddővé tétel,
- az emberen végzett orvostudományi kutatások,
- a halott vizsgálat, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárások.

Az egészségügyi szolgáltatások célja, hogy hozzájáruljon az egészség fejlesztéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését.

[1997. évi CLIV. tv.]

Az egészségügyi szakmai tevékenység magában foglalja az ellátást igénybe vevő megelőző-gyógyító ellátását és az ellátással kapcsolatos szervezési tevékenységeket.

[33/2013. (V.10.) EMMI rend.]

A területi védőnő és a gyermeket ellátó házi gyermekorvos, háziorvos tevékenységének helye, szerepe az egészségügyi ellátások rendszerében

Az egészségügyi alapellátás a lakóhelyen, illetve annak közelében biztosítja a hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló folyamatos egészségügyi ellátást. A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik:

- a) **a háziorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról,**
- b) a fogorvosi alapellátásról,
- c) az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról,
- d) **a védőnői ellátásról,**
- e) az iskola-egészségügyi ellátásról.

A települési önkormányzat képviselő-testülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit, több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét.

Az alapellátás célja az ellátott lakosságra vonatkozó megelőző tevékenység. Az ellátást igénybe vevő:

- egészségi állapotának figyelemmel kísérése, egészségügyi felvilágosítása és nevelése,
- gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett külön jogszabályban meghatározott kompetencia keretében,
- szakorvoshoz irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,
- gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján,
- szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, illetőleg a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

[1997. évi CLIV. tv]

Az egészségügyi szolgáltatások alapvető követelményrendszere

- Egészségügyi szolgáltatás kizárólag az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában, az abban meghatározottak szerint kezdhető meg, illetve folytatható.
- Követelmény, hogy azt kizárólag jogszabályban meghatározott személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szolgáltató nyújtsa.
- A tevékenységet az ellátótól elvárható gondossággal, a jogszabályok, a szakmai, az etikai szabályok, illetve irányelvek betartásával kell ellátni, úgy, hogy
 - az ellátás során érvényesüljenek a jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvek,

- ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások.
- A nyújtott szolgáltatás az ellátott egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást eredményezze, és biztosítsa az igénybevevő (a beteg) jogainak érvényesülését.
- Az ellátás a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználásával szakmailag hatásosan nyújtható legyen.
- Biztonságos legyen mind a betegek, mind az ellátásban közreműködők részére.
- Az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményrendszerének célja az egészségügyi szolgáltatások megfelelő minőségének biztosítása.

[1997. évi CLIV. tv]

Az egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások szakmai minőségértékelése

Az egészségügyi szakmai tevékenység minősége azt jelenti, hogy az adott tevékenység széleskörűen elfogadott szakmai elvárásoknak és az érvényben lévő minőségügyi szabályoknak megfelelő, az ellátást igénybevevő számára elfogadható módon, a szükséges időn belül végrehajtott, biztonságos, hatásos és eredményes.

A szakmai **minőségértékelés** magába foglalja az ellátásnak (megelőző és betegellátás) a szakmai szabályaival, érvényben levő egészségügyi szakmai irányelvekkel, eljárásokkal, ajánlásokkal, nemzetközi legjobb gyakorlattal való összevetését, értékelését, az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszerének és az adatszolgáltatás minőségi követelményeinek meghatározását és értékelését, a kapcsolódó konzultáció lefolytatását, és a minőségfejlesztés módozatainak meghatározását.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai minőségértékelését, az egészségügyi tevékenység szakmai megfelelőségét vizsgáló szakmai munkát - az értékelést és a kapcsolódó minőségügyi támogató feladatokat - a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (továbbiakban GYEMSZI) látja el.

A GYEMSZI minőségfejlesztési feladatai keretében:

- a) módszertani támogatást nyújt a szakmai szabályok kialakításához,
- b) kidolgozza és továbbfejleszti az egyes szakterületek adatgyűjtési rendszerét, valamint folyamatosan gondoskodik azok értékeléséről és az adatgyűjtésekről,
- c) kidolgozza a klinikai audit módszertanát, felügyeli annak alkalmazását, ezáltal biztosítja az egységes szempontrendszer alapján történő szakmai értékeléseket, az eredmények alapján az auditok során használható standardokra javaslatot tesz,
- d) klinikai auditot végez,
- e) a belső minőségügyi tevékenységről indokolt esetben, illetve felkérésre véleményt nyilvánít,
- f) minőségügyi célú adatgyűjtéseket végez,
- g) szakmai minőségértékelést végez,
- h) véleményt alkot a szakmai minimumfeltételek, szakmai protokollok, irányelvek érvényesíthetőségéről, összhangjáról és azoknak az egészségügyi szakmai tevékenységben betöltött szerepéről.

Feladatait a GYEMSZI az Egészségügyi Szakmai Kollégium tagozatainak megfelelően, tagozatonként egy állandó minőségügyi szakfőorvos, illetve -a szakgyógyszerész,

szakpszichológus, dietetikus, ápoló, védőnő, gyógytornász szakterület esetén- szakterületi minőségügyi vezető megbízásával és közreműködésével látja el. (Ez nem vonatkozik az egészségügyi informatika, a menedzsment és egészség gazdaságtan, a megelőző orvostan és népegészségügy, az ipari gyógyszerészet tagozataira.)

A minőségügyi szakfőorvos és minőségügyi szakterületi vezető állandó- vagy eseti jelleggel kerül megbízásra. Tevékenységük ellátásáért megbízási díj illeti meg őket. Feladatuk: minőségfejlesztési céllal vizsgálni és fejleszteni az egészségügyi szakmai tevékenységet. Az illetékes szakmai kollégiumi tagozattal együttműködve

- képviselik és közvetítik szakterületükön a minőségügyi alapelveket és követelményeket,
- részt vesznek a szakmai irányelvek előkészítésében és fejlesztésében,
- kockázatelemzést végeznek,
- közreműködnek a megbízásosági és ellátási problémák kivizsgálásában,
- jelzik az ellátás szakmai minőségét és a megbízásoságot érintő problémákat, a rendszerszintű beavatkozást igénylő ügyeket,
- közreműködnek a minőségügyi célú adatgyűjtésekben, a klinikai auditokban és a helyszíni minőségügyi értékelésekben.

A szakmai felülvizsgálat során minőségügyi szakfőorvos és minőségügyi szakterületi vezető adott egészségügyi szakmai tevékenység minőségét helyszíni felmérés alapján értékeli és elemzi. Ilyen esetekben jogosult:

- a) belépni az egészségügyi szolgáltató helyiségeibe, figyelembe véve a minőségértékelésben résztvevő szerv, illetve szervezeti egység biztonsági előírásait, munkarendjét,
- b) megtekinteni és megvizsgálni az ellátási és munkafolyamatokat,
- c) megtekinteni és megvizsgálni a berendezéseket, műszereket és más tárgyi eszközöket,
- d) kérdezni, adatot és információt kérni az egészségügyi ellátásban közreműködő és az ellátást igénybe vevő személytől, szóban és írásban.

A helyszíni minőségértékelésről a minőségügyi szakfőorvos és minőségügyi szakterületi vezető jegyzőkönyvet vesz fel, amelyben rögzíti az értékelés lefolytatásának és megállapításainak lényegét. A jegyzőkönyv egy példányát az értékelést végző személy átadja az értékelt egészségügyi szolgáltató képviselőjének.

Amennyiben feladatuk ellátása során a megbízásoságot vagy az ellátás szakmai minőségét súlyosan veszélyeztető gyakorlatot vagy hiányosságot észlelnek, kötelesek azt közvetlenül jelezni a GYEMSZI-nek.

A minőségügyi szakfőorvos és minőségügyi szakterületi vezető állandó feladataikat éves munkaterv alapján végzik és az elvégzett feladatokról évente beszámolót készítenek.
(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

Minőségügyi rendszer az egészségügyben

A minőségügyi rendszer a minőségügyi tevékenységek megvalósításához szükséges szervezeti felépítés, feladatkörök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége. A minőségügyi rendszer magában foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek teljesítésének ellenőrzését, értékelését, a folyamatos minőségfejlesztést. A kialakított rendszer szükség esetén tanúsítható vagy/és akkreditálható. Az egészségügyi ellátásban alkalmazott minőségügyi rendszerek legfontosabb céljai: az egészségügyi ellátás megfelelőségének biztosítása, az eredményesség, a hatékonyság és a betegbiztonság javítása.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését az egészségügyi szolgáltató belső minőségügyi rendszere (minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere), továbbá a hatósági szakfelügyeletet, a szakmai munka minőségértékelését, az egészségügyi szolgáltatások akkreditációját és a megfelelőség-tanúsítást is magába foglaló külső minőségügyi rendszer biztosítja.

Belső minőségügyi rendszer

Az egészségügyi szolgáltató által működtetett belső minőségügyi rendszer célja:

- a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése és részletes tervezése, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését is,
- a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, a megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése,
- a hiányosságok okainak feltárása, az azokból fakadó költségek, károk csökkentése,
- a szakmai és működési követelményeknek való megfelelés és a saját követelményrendszer fejlesztése,
- a betegek jogainak, igényeinek és véleményének figyelembe vétele,
- a hatékony és biztonságos munkavégzést támogató környezet biztosítása belső követelményrendszer fejlesztése során.

Külső minőségügyi rendszer

A külső minőségügyi rendszer az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyezési rendjére épül.

Meghatározza, nyilvánosságra hozza és rendszeresen felülvizsgálja

- a szolgáltatások biztonságos nyújtáshoz szükséges követelményeket,
- az egyes szolgáltatások szakmai tartalmát,

- a szolgáltatások értékelési szempontjait,
- az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és az adatszolgáltatás minőségi követelményeit.

A külső minőségügyi rendszer az egészségügyi szolgáltató hatósági szakfelügyeletén és szakmai minőségértékelésén, az akkreditációs rendszeren, valamint a megfelelőség-tanúsítás rendszerén keresztül valósul meg.

Az egészségügyi ellátás minősége

Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki.

A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az erre jellemző mutatóval írható le. (Gődény, 2007)

Kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, melynek jellemzői a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelelnek a jótékony hatás maximalizálása és az egészség-kockázat minimalizálása iránt támasztott elvárásoknak. (Boján, Belicza, 1995)

A minőség összetevői

Az egészségügyi ellátás minőségének összetevői azok a jól meghatározható, mérhető, befolyásolható jellemzők, amelyek kapcsolódnak az egészségi állapot megőrzéséhez, visszaállításához és javításához (JCAHO, 1971) (MEES, 2007)

- **Hatásosság:** az ellátás tudományos és tapasztalati bizonyítékok által alátámasztott, egészségi állapot javulást eredményező képessége, az „elérhető haszon” maximális szintje.
- **Eredményesség:** a napi rutin körülmények között elért eredmény az elérhető maximális eredmény függvényében.
- **Hatékonyság:** az elért eredmény a felhasznált erőforrások függvényében.
- **Megfelelőség:** a „megfelelő ellátás” a beteg/ellátott klinikai/egészségi állapota alapján „helyénvaló” (szükségletnek megfelelő módú és idejű), és a beteg által „el is fogadható”.
- **Hozzáférhetőség, méltányosság:** a szükségletnek megfelelő és az adott társadalomban elérhető szolgáltatáshoz mindenki azonos eséllyel, megfelelő időpontban és helyen juthat hozzá.
- **Biztonság:** a struktúra (épület, eszközök) és a folyamat (kockázatot hordozó tevékenységek) veszélyhelyzeteinek felkutatása, elemzése és a kockázat minimalizálása.
- **Ellátott (beteg) központúság:** az ellátott és családja elvárásainak (mint például intimitás, komfort, betegjogok stb.) figyelembe vétele az ellátás során.

(Gődény, Dobos, 2011)

A minőség dimenziói

Donabedian az egészségügyi ellátás minőségét annak dimenziói, a struktúra, a folyamat és az eredmény vonatkozásában jellemezte. (Gódcény, 2007)

Az egészségügyi ellátás struktúrája (input): az ellátás személyi és tárgyi feltételei (mire van szükség?). Ide tartoznak a gazdasági feltételek, a menedzsment, az infrastruktúra, az eszközök, a műszerek, az információs rendszer, továbbá a képzett szakember, a kisegítő személyzet és tapasztalata, valamint a tevékenység végzésére vonatkozó előírások, a minőség javítására létrehozott minőségügyi rendszerek is.

Az egészségügyi ellátás folyamatai (process): a tevékenységek sorozata (mi az, amit teszünk?). Az egészségügyi szolgáltatók folyamatai három fő csoportba oszthatók:

- **Menedzsment folyamatok** (tervezés, szervezés, irányítás, vezetés)
- **Főfolyamatok** - az egészségügyi ellátáshoz közvetlenül kapcsolódó szakmai folyamatok összességét jelenti (prevenció, diagnosztika, terápia, gondozás, ápolás, rehabilitáció), amelyeknél minőségi feltétel, hogy azok megfelelőek, hatásosak, eredményesek, etikusak, elfogadhatók, és kivitelezhetőek legyenek, az ellátást igénybe vevőnek ne, vagy a legkevesébe ártsanak. Az ellátás során fellépő hibák, kockázatok nemcsak az ellátó, de a rendszer hibáiból is származnak. A főfolyamatok szakmai tartalma országos szinten egészségügyi szakmai irányelvekkel, helyi szinten helyi eljárásrendekkel határozhatók meg.

Az egészségügyi szakmai irányelv olyan szisztematikusan kifejlesztett ajánlóssorozat, amely meghatározott ellátási körülmények között az ellátandók jól körülhatárolt körére vonatkozik, ajánlásai jól azonosíthatók, tudományos bizonyítékokra, illetve valamennyi érintett szakterület szakértőinek véleményére támaszkodva, a betegek szempontjainak figyelembevételével az ellátók és ellátandók adott egészségügyi ellátással kapcsolatos megfelelő döntéseit segíti elő. (18/2013. (III.5.) EMMI rend.)

- **Támogató folyamatok:** az egészségügyi folyamatok megvalósulását segítik (például a takarítás).

Az egészségügyi ellátás eredménye (outcome): az egészségügyi ellátás eredménye (amit elvárunk). Négy fő kategóriába sorolható:

1. Klinikai eredmények
2. Elégedettség
3. Gazdasági eredmények
4. Társadalmi kihatás

Klinikai eredmények

Az egészségügyi szolgáltatások folyamatainak végső kimenete (outcome), ami az ellátást igénybevevők egészségi állapotában bekövetkező változásokat jelenti. A eredmény minőségére vonatkozó kritériumokat 5D-ként is szokták jelölni: „Death” (halálozás), „Disease” (betegség), „Disability” (rokkantság), „Discomfort” (rossz közérzet), „Dissatisfaction” (elégedetlenség).

A bizonyítékokon alapuló gyakorlat megkülönböztet intermedier (köztes) eredményt és a végső eredményt, továbbá az ellátott szempontjából és a betegség szempontjából fontos eredményeket.

Donabedian szerint az egészségügyi ellátás jó eredménye magába foglalja szomatikus, a fiziológiai, a szociális, a pszichológiai funkciók javulásán túl az ellátott magatartásával, megelégedettségével, az egészséggel összefüggő illetve az egészséges életvitellel kapcsolatos ismereteinek bővülését, fejlődését is.

Elégedettség

Az ellátottak elégedettsége az elvárásaiknak való megfelelés mértékével jellemezhető. Befolyásolja minden olyan történés, szituáció, amely az ellátott-ellátó kapcsolatrendszerében kialakulhat, de a legfontosabb az egészségi állapotban bekövetkező változás.

Az ellátók elégedettsége nélkül nem nyújtható eredményes és hatékony egészségügyi szolgáltatás. Fel kell ismerni az ellátók különböző, anyagi és nem anyagi természetű érdekeit és szükségleteit, mert csak ezek érvényesítése során lehet elégedettségüket elérni. Ebből következik, hogy az ellátás minőségének és megfelelőségének biztosítására irányuló törekvések hatékonyságának összetevői között jelentős szerepe van a szolgáltatást nyújtók érdekeltiségének, amely szoros összefüggésben van a szükségleteik kielégítésének mértékével. (Farkas et al., 2004) Maslow szükséglethierarchia modellje óta közzismert, hogy amíg a szükségletek alacsonyabb szintjei nem elégülnek ki (pl. élelem, lakhatás, biztonság), addig a magasabb szintű szükségletek (pl. önbecsülés, önmegvalósítás) nem kerülnek előtérbe, ezek pedig az ellátói elégedettség fontos elemei.

Gazdasági eredmények

Az egészségügyi szolgáltató gazdasági szempontból akkor eredményes, ha a rendelkezésre álló erőforrásokból a maximális egészségnyereséget biztosítja, az ismert diagnosztikai vagy terápiás eljárásokból a leghatékonyabbakat alkalmazza, és nem végez felesleges vizsgálatokat.

Társadalmi kihatás

A társadalmi kihatásnak fontos szerepe van abban, hogy erősödjön az egészségfejlesztés fontosságával kapcsolatos szemlélet, az egészségtudatos, felelős magatartás, amely szükséges a betegségek megelőzéséhez és a várható élettartam növeléséhez.

Az egészségügyi ellátás struktúra, folyamat eredmény dimenziói szoros kölcsönhatásban vannak egymással, ahol nemcsak a struktúra > folyamat > eredmény irányában működik a rendszer, hanem a dimenziók visszahatnak egymásra. Ez a szemlélet hozzájárul a kölcsönhatások jobb megértéséhez, és a különböző kapcsolatok monitorozásával hatékonyabban vizsgálható és javítható az egészségügyi ellátás minősége.

Minden esetben szem előtt kell tartani a dimenziók tartalmának lehetséges különbözőségét is, vagyis azt, hogy a struktúra, a folyamat és az eredmény mást-mást jelenthet a menedzsereknek, az ellátóknak és az ellátottaknak. Ez a nézőpontbeli különbözőség nem ritkán konfliktushelyzetek kialakulásához vezet.

	Struktúra	Folyamat	Eredmény
Menedzserek	<ul style="list-style-type: none"> • Szükségletnek megfelelő szolgáltatás • Korszerű épületek, vizsgálók • Költséghatékony technológiák • Megfelelő szakmai képzettségű dolgozók 	<ul style="list-style-type: none"> • Betegellátáshoz szükséges rendszerek kialakítása • Alkalmos dolgozók kiválasztása, a motiváció erősítése • A működéshez szükséges tervezések és döntések • Alkalmazottak szakmai képzettségének, gyakorlatának, motivációjának kialakítása 	<ul style="list-style-type: none"> • A minőségi munkával összhangban lévő gazdasági eredmények • Szakmai hírnév • Kevés műhiba • Jó klinikai eredmények • Vevők elégedettsége • Társadalmi kihatás
Ellátók	<ul style="list-style-type: none"> • Jó fizetés • Munkahelyi komfort • Szociális helyiségek • Védőruházat • Korszerű, könnyen kezelhető diagnosztikai, terápiás, ápolási eszközök 	<ul style="list-style-type: none"> • Egyszerű, biztonságos, diagnosztikai, terápiás, ápolási folyamatok • Beeszlás a szolgáltató működésébe • Az egészségügyi technológiák széles választéka • Szakmai irányelvek alkalmazása • Az ellátottak tájékoztatása 	<ul style="list-style-type: none"> • Az ellátottak teljes körű tájékoztatásának eredménye, ami befolyásolja az ellátott aktív együttműködését, részvételét (compliance-t) • Gyógyult, állapotában javult, elégedett ellátott • Munkahelyi megbecsülés, dolgozói elégedettség • Felhatalmazás
Ellátottak	<ul style="list-style-type: none"> • Az egészségügyi ellátás körülményei (komfort, kedvesség, biztonság) • Információs lehetőségek, amelyek tájékoztatják állapotáról • Az egészséget kedvezően befolyásoló terápiás lehetőségek 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosztikai eljárások okozta megterhelés (fájdalom, időtartam) • Terápiás eljárás okozta megterhelés (fájdalom, időtartam) • Rövid ideig tartó hospitalizáció • Az ápolási folyamat jellegzetességei, az ápolói beavatkozások gyakorisága • Kommunikáció 	<p>A szellemi és a testi állapotában, az életminőségben bekövetkezett javulás</p>

1. sz. táblázat (Gődény, 2007)

A minőség mérése

A Donabedian-féle dimenziók jó lehetőséget kínálnak a minőség mérésére és értékelésére. (Gődény, 2007)

Különböző mérési technikák ismeretesek, melyek közül azok az igazán megfelelőek, amelyek az ellátottak szempontjából fontos strukturális elemeket, folyamatokat és eredményeket értékelik. Általánosan azokat a paramétereket érdemes vizsgálni, amelyek esetében a rájuk ható struktúrák vagy folyamatok megváltoztathatók.

A minőségmérés tervezésének szempontjai

Vizsgált terület (Mi a vizsgált terület?)	A mérés szempontjai (Mit keresünk?)	A mérés módszerei (Hogyan mérünk?)	A véleményezés fórumai (Ki véleményezi a minőséget)
1. Célok 2. Struktúra 3. Módszerek és folyamatok 4. Eredmények	Fő kritériumok <ul style="list-style-type: none">• megfelelőség• érthetőség• mérhetőség• viselkedés• elérhetőség• eltérés• javulás• biztonság	1. Az esetek száma 2. A gyakorlat megfigyelése 3. A dokumentáció értékelése 4. A vélemény megismerése	<ul style="list-style-type: none">• A külső cég (tanúsítás)• Intézeteken kívüli kollégák (szakfelügyelet, peer review)• Intézetben belüli kollégák (belső audit, klinikai audit)• Menedzserek• Érdekeltek szakmai felek• Érdekeltek laikusok (lakosság, az ellátottak képviselői)

2. sz. táblázat (Gődény, 2007)

Az egészségügyi ellátás mérése kritériumokkal, standardokkal és indikátorokkal

Az ellátottak állapotát és a számukra nyújtott ellátást nagyon sokféle adattal lehet leírni, jellemezni. Lényegi feltétel, hogy az adatok relevánsak, fontosak, validak, hitelesek legyenek, továbbá hogy az elért eredmények mérése megbízható módszerekkel történjen. Fontos az is, hogy az adatok, illetve az adatokból képzett mérőszámok (indikátorok) értékelését követően a szükséges intézkedések, beavatkozások megtörténjenek (reaktív módon: az észlelt eltérések korrigálása, illetve proaktív vagy megelőző módon: az ellátás minőségének fejlesztése).

E helyen is fel kell hívni a figyelmet arra, hogy az indokolatlan adatgyűjtés feleslegesen terheli az erőforrásokat, gátolja a valóban fontos adatok gyűjtését és rontja az ellátók elkötelezettségét.

A **benchmarking** (szintkijelölés, összemérés) olyan hivatkozási alapnak tekinthető, ahonnan az ellátás mérését el lehet kezdeni. Meghatározza az aktuális szintet, és kijelöli azt a magasabb szintet, ahová a tervek szerint az ellátásnak el kell jutnia. Ezzel támogatja azt a folyamatot is, hogy az elérendő szinthez vezető legjobb gyakorlat kerüljön alkalmazásra a legjobb minőség elérése érdekében.

A **kritériumok** segítik kiválasztani azokat az adatokat, amelyek az előre meghatározott szempontok szerint mérik és értékelik az ellátást. A kritériummal szembeni követelmény, hogy egyértelmű legyen, pontosan meghatározott, precízen mérhető legyen, tükrözze a minőséggel szoros kapcsolatban álló, a struktúrára, a folyamatra vagy az eredményre vonatkozó követelmények / elvárások egyikét.

A **standard** az egészségügyi ellátás számára megfogalmazott, olyan teljesítendő elvárás, cél, ami kifejezhető szóveges vagy számszerű formában.

Minőségügyi megközelítésben két formája van:

- A *leíró standard* előre megfogalmazott elvárások összessége, melyek teljesítése szükséges feltétel a kívánt minőség eléréséhez. Ilyen az ellátás minimumfeltételeinek, a szakma irányelveinek, a szakma tevékenységeinek leírása, például a 2007-ben kiadott Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokban (MEES) szereplő "Háziorvosi ellátás folyamata" és a "Védőnői ellátás folyamata" fejezetekben szereplő elvárások.
- A *numerikus standard* az események bekövetkezésének azon számszerű aránya, amelyeknek az adott kritérium alapján képzett indikátornak teljesülnie szükséges. A numerikus standarddal megadható a kívánt célérték.

Az egészségügyben **az indikátor** olyan mutató, amellyel jellemezhető az ellátottak egészségi állapota, annak változása, és mérhető általa az egészségügyi szolgáltatások minősége is. Ez utóbbihoz (az egészségügyi ellátás minőségének méréséhez) olyan információs rendszereket szükséges kialakítani, amelyek lehetővé teszik a valid adatok gyűjtését, és ezek alapján indikátorok fejlesztését és alkalmazását. Nem minden egészségügyi adat használható minőségi indikátorként. A lakosság egészségi állapota kevésbé determinált az egészségügyi ellátórendszer minőségével, ezért a mortalitási, morbiditási adatok általában nem alkalmazhatók az ellátás minőségének értékelésére.

Ahhoz, hogy az indikátorok alapján helyes következtetést lehessen levonni az egészségügyi ellátás minőségére, először meg kell határozni azokat a kritériumokat, amelyek az ellátást befolyásolják.

A jó indikátor tulajdonságai:

- könnyen megérthető,
- populációs szinten alkalmazható,
- jelentős egészségügyi eredményeket vagy problémákat jelez,
- az általános egészségügyi célkitűzésekhez kapcsolódik,
- reprezentatív,
- jól mérhető adatok alapján képezhető,
- az egészségügyi ellátás több szintjén és területén is alkalmazható,
- érzékeny a változásra,
- kiegyensúlyozottan jelzi az elérendő célokat,
- az egészségpolitika és az egyén szintjén egyaránt alkalmazható.

(Gődény, 2007)

Az **indikátorok felosztása** több szempont szerint lehetséges. Attól függően, hogy az alkalmazott indikátor a minőség melyik dimenzióját tükrözi, megkülönböztethetünk struktúra-, folyamat- és eredményindikátorokat.

Egy más típusú felosztás szerint beszélhetünk *riasztó esemény-indikátorról*, *őrszem indikátorról* és *elemi esemény indikátorról* (sentinel event indicator). Ezek az indikátorok az egészségügyi ellátás súlyos, ritkán előforduló eseményeinek/eredményeinek (pl. fel nem ismert gyógyszerallergia miatt kialakult nem kívánatos esemény) mérésére használhatók. Az ilyen esetek egyedi, alapos kivizsgálást igényelnek arra vonatkozóan, hogy vajon a hiba elkerülhető lett volna, vagy sem. Az alapos tényfeltárás elősegíti a rendszerhibák kiküszöbölését, és ennek révén elkerülhető az eset ismétlődése.

Számolt vagy arány alapú indikátorok (rate-based indicator). Arány alapú indikátor esetében az eredményt hányados formájában fejezzük ki. Ezek az indikátorok lehetnek: 1. megoszlási viszonyszámok; 2. gyakorisági viszonyszámok. A megoszlási viszonyzámnál a számláló része a nevezőnek és így a rész viszonyát mutatja az egészhez képest. A számlálóba kerülnek pl. azok a betegek, akiknél az esemény előfordult, a nevezőben pedig az összes beteg, akinél az adott állapot fennállt, vagy átestek egy adott beavatkozáson (fel nem ismert betegségek száma/vizsgált gyerekek száma). A gyakorisági viszonyzámnál a számláló és a nevező mértékegysége különböző (ellátottak száma / orvosok és/vagy védőnők száma). Arány alapú indikátor esetében további vizsgálat akkor szükséges, ha az arányszám lényeges változást mutat, vagy meghalad egy korábban már felállított küszöb értéket.

Átlagérték, mint indikátor Ritkábban előfordul, hogy nem hányados formájában fejezzük ki egy mutatót, hanem átlagérték formájában (pl. átlagos várakozási idő).

Például:

Leíró standard: 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról.

Kritérium: A házi gyermekorvos elvégzi a szűrővizsgálatokat, valamint a védőnő által jelzett elváltozással kapcsolatos vizsgálatokat.

Indikátor 1: (elvégzett az orvosi szűrővizsgálatok száma/ körzethez tartozó 0-7 éves gyermekek száma) x 100.

Indikátor 2: (a védőnő által jelzett elváltozások orvosi vizsgálatainak száma / a védőnő által jelzett elváltozások száma) x 100

Numerikus standard (célérték: 100 %)

Az egészségügyi ellátás struktúrájának, folyamatának és eredményének mérése leíró standardok alapján meghatározott kritériumok, illetve indikátorok segítségével történik. „A standardok alkalmasak a szolgáltató szervezeten belüli szakmai és szervezeti tevékenység ellenőrzésére, nyomon követésére, értékelésére, azaz a belső auditra, a külső fél általi minősítésre, a szakmai ellenőrzésre, szakfelügyeleti (klinikai) auditra”.

(Gődény, Dobos, 2011)

Az egészségügyi alapellátás értékelése a klinikai audit módszerével

Az „audit” kifejezés alatt felülvizsgálat értendő, az egészségügyi ellátó-rendszer tekintetében pedig az egészségügyi ellátás kiválasztott részének szisztematikus áttekintése, kritikus elemzése. A kiválasztás annak alapján történik, hogy az egészségügyi ellátás során mely területen valószínűsíthető minőségi probléma előfordulása.

„A klinikai audit ciklikusan ismétlődő folyamat, melynek során az egészségügyi dolgozók orvosok, ápolók, szakdolgozók szisztematikusán áttekintik ellátó tevékenységük eredményességét, és ha szükséges változtatnak a betegek kezelésével és ellátásával kapcsolatos gyakorlatukon.” (ESzCsM szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez, 2004)

A klinikai audit egy spirálhoz hasonlítható folyamat, ahol az új audit ciklusok ideális esetben az előzőnél magasabb szinten indulnak újra. A klinikai audit a folyamatos minőségfejlesztés alaplépéseit, a PDCA kört követi. „Plan” (tervezd meg), „Do” (végezd el), „Check” (ellenőrizd), „Act” (avatkozz be).

„Plan”: Megtervezni a gyermek vizsgálatát, szűrővizsgálatát, kezelését.

„Do”: A vizsgálat, szűrővizsgálat, kezelés elvégzése.

„Check”: A tevékenység ellenőrzése.

„Act”: szükség esetén a tevékenység korrigálása, illetve javítása.

A klinikai audit módszerével vizsgálható, hogy a folytatott gyakorlat (amit tesznek) megfelel-e az elvárt követelményeknek (standardok, kritériumok). A szakmai tevékenység egységes alapelvek szerint történő elemzése és értékelése segítséget nyújt a szakmailag indokolt változások megtervezéséhez (hogyan tehetnénk jobban), bevezetéséhez, illetve a változások hatásának nyomon követéséhez, ezzel a támogatva a minőségfejlesztés folyamatát.

A klinikai audit módszerének alkalmazásával meghatározható az adott körülmények között elvárható helyes gyakorlat, felismerhető a hiányosság és az ellátásban folyamatos javulás érhető el, alkalmas az egészségügyi ellátás biztonságosságának, hatásosságának és hatékonyságának biztosítására és folyamatos javítására. A szakmai minőségfejlesztés, illetve minőségbiztosítás eszköze is lehet, de csak abban az esetben, ha a vizsgált terület kiválasztása átgondolt és az alkalmazott módszerek pedig ennek megfelelőek. Ellenkező esetben a klinikai audit módszerével végzett értékelés nem lesz több, mint rutinszerű adatgyűjtés vagy adatszolgáltatás, és elmarad a kívánt eredmény - a gyakorlat javítása.

Az audit jellemzői:

- időben behatárolt folyamat (pl. a következő 2 év során);

- specifikus - pontosan meghatározott módszerekkel, végpontokkal és megnevezett szereplőkkel (felelősökkel) végzik;
 - mérhető (pl. valamelyik tényező 10 %-os csökkentése);
 - elérhető (a mérés tárgya saját erőforrásaira, lehetőségeire támaszkodva képes teljesíteni);
 - releváns (összhangban van a mérést végző alapvető céljaival/prioritásaival).
- (ESzCsM szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez, 2004)

A klinikai audit módszerével történő értékelési terv szakmai szempontjai

1. Témaválasztás
2. Téma jogi és irányelv szabályozásának összegyűjtése
3. Irányelvek kritikus értékelése
4. Ajánlás (minőségi dimenzió mátrix) tábla készítése
5. Audit céljának megfogalmazása – minőség azonosítása
6. Indikátorok kijelölése
7. Adatgyűjtés és értékelés
8. Következtetések
9. Intézkedések (= minőségfejlesztés)

A **témaválasztáshoz**, a vizsgálandó terület meghatározásához szükséges figyelembe venni az alábbi szempontokat is:

- jelentős legyen a probléma (a szervezet, az ellátó vagy az ellátott szempontjából),
- sok embert érintsen,
- a megfelelő ellátásról legyenek meggyőző bizonyítékok (irányelvek),
- alapos gyanú van arra, hogy a jelenlegi ellátás színvonala javítható,
- elégedettségi vizsgálatok eredményei,
- a feltételezett minőségi probléma megváltoztatható,
- a választott téma a szervezet, illetve az ellátó céljai között prioritást élvez,
- nemzeti-és egészségpolitikai törekvésekkel összhangban van.

Az értékeléshez szükséges összegyűjteni a témához kapcsolódó **jogi és irányelv szabályozásokat**. Vannak olyan jogszabályok és szakmai szabályok is, amelyek adott témát illetően nincsenek összhangban egymással. A megfelelő kritériumok kiválasztásához szükség van **az irányelvek kritikus értékelésére**. A legmegbízhatóbb kritériumokat tudományos bizonyítékokra épülő irányelv vagy irodalom kritikus értékelése tartalmazza.

Minőségi dimenzió mátrix és prioritizálás

A **minőségi dimenzió mátrix** egy olyan táblázat, amelybe a *jó minőségű ellátást jellemző* kritériumokat, standardokat lehet/kell összegyűjteni a minőség dimenzióinak (struktúra, folyamat, eredmény) megfelelően. Ezeket rendezni kell azon szempontok szerint, hogy az adott elem eredményes / hatékony / megfelelő / hozzáférhető / biztonságos / betegközpontú megközelítésben jellemzi a jó minőségű ellátást.

A rendezés a minőség mindhárom dimenzióján belül számításba veszi a szakmai, a szervezeti és az interperszonális jellemzőket is.

Az így kialakuló táblázat (a mátrix) szinte „ajánlatot tesz” arra, hogy mely tényezők alapján történjen az értékelés, vagyis a táblázat –lényegét tekintve- *ajánlás az értékelés elemeire* (ezért ajánlás táblának is szokták nevezni).

A **priorizálás** során az ajánlás táblázatban szereplő minden egyes elemet (standardokat vagy kritériumokat) értékelni kell, numerikusan, 1-től 5-ig. Az 1 pontra értékelt elem a legkisebb, az 5 pontra értékelt a legnagyobb jelentőséggel bír *az értékelő személy véleménye szerint*.

Az értékelést minden egyes elem tekintetében az alábbi szempontok szerint külön-külön kell elvégezni:

- aktualitás,
- fontosság,
- mérhetőség,
- befolyásolhatóság,
- várható hatás,
- megvalósíthatóság.

Ez után az egyes értékelések szempontonkénti átlagát egymással összeszorozva kialakul az értékelés szempontjából lényeges *sorrend*, vagyis a **prioritási score**. A sorrend megállapításakor azonban fontos figyelembe venni azt is, hogy a mátrix melyik eleme volt átlagban a legmeghatározóbb és a leginkább befolyásolható¹.

Az audit céljának megfogalmazása

Az audit célja - az érdekelt felektől függően – irányulhat

- a szakmai minőségre,
- a szervezeti minőségre (irányítás minősége),

¹ Az ajánlás tábláról és a prioritási mátrixról részletes ismertetést tartalmaz a „Jó gyakorlat” c. fejezet

- az interperszonális kapcsolatok minőségére (bánásmód az ellátott, és/vagy az ellátó szempontjából).

A klinikai audit célja *elsődlegesen* a szakmai tevékenység fejlesztése. Ennek érdekében lehet és kell javítani az irányítás és az interperszonális kapcsolatok minőségén. Ez különbözteti meg az általános audittól (pl. ISO).

Indikátorok kijelölése

A jó minőséget kifejező mennyiségi (számszerű) mutatót kell képezni, amely megmutatja, hogy az egyes, kritériumként megfogalmazott eseménynek milyen mértékben kell megvalósulnia a gyakorlatban, például:

- a páciensek törzskartonját x évente frissíteni kell (elérendő numerikus standard: 100 %),
- a páciensek 20%-ának van x évente frissített törzskartonja (eredményindikátor: frissített törzskartonok száma/összes kardonok száma) x 100).

A leíró standardokat figyelembe véve, a legmeghatározóbb, leginkább befolyásolható kritériumok alapján kell **meghatározni az indikátorokat**. Meg kell határozni a gyűjtendő adatokat, továbbá az abból származó számlálót, valamint a nevezőt (az indikátor leggyakrabban egyszerű törtszámból képzett viszonyszám, bár az egészségügyben használatos az ún. elemi esemény indikátor is).

Adatgyűjtés és értékelés

Az ellátás minőségének fejlesztéséhez **hiteles, megbízható** adatokra van szükség. Nem megfelelő módszerrel, hiányosan gyűjtött adatok, vagy azok szakszerűtlen feldolgozása téves következtetések levonását eredményezik és gátolják az egészségügyi ellátás fejlesztését. Az egységes értelmezés érdekében pl. a kérdőívekhez megfelelő kitöltési útmutatót kell csatolni. Szükséges az is, hogy a szolgáltatott adatok **relevánsak**, az egészségügyi szolgáltatás és a szükséges fejlesztés szempontjából fontosak legyenek. Adatgyűjtést és adatfeldolgozást folytatni kizárólag az adatvédelem, adatkezelés és adatbiztonság szabályai szerint lehet.

Az audit célja szerint meghatározott kritériumoknak és standardoknak megfelelően kell meghatározni és megvalósítani az adatgyűjtést, és adatelemzést. Erre alkalmasak például:

- specifikusan szerkesztett jegyzőkönyvek,
- felmérő/önfelmérő kérdőívek,
- beszámolók, jelentések:
 - a védőnői szakmai tevékenységről a területi védőnői on-line adatgyűjtés (kiterjedt és friss információt szolgáltat, egyben lehetőséget a folyamatos obszervációra),
 - az orvosi szakmai tevékenység legalapvetőbb információinak on-line gyűjtése,

- egészségügyi dokumentáció (pl. egészségügyi törzslapok, gondozási tervek, nyilvántartások, stb.),
- az egészségügyi ellátók megkérdezése,
- az ellátottak (gondozottak) megkérdezése,
- az ellátottak hozzátartozóinak megkérdezése,
- adminisztratív adatbázisok (finanszírozási programok),
- országos statisztikai jelentések (OSAP).

Az **értékelés** (az eredményeknek a standardokkal való összevetése) során áttekintik, hogy mely standardok esetében sikerült a kívánt eredményeket kitűzött célokat) elérni, illetve hogy mely területeken van jelentős lemaradás. Azt is szükséges vizsgálni, hogy mely területeken voltak a standardok teljesíthetetlenek, különböző előre nem látott, jól megfogható, de az ellátás kontrollján kívül eső okok miatt. Ezeket az eredményeket elkülönítetten javasolt bemutatni. Az értékelésnek arra is ki kell térnie, hogy milyen okok húzódnak meg a fellelt hiányosságok mögött, és milyen lépéseket kell tenni a kívánt (előírt) teljesítmény eléréséhez.

Az adatelemzés célja (leíró statisztikai információk elkészítése mellett) a különbségek, illetve a trendek jelentőségének a megítélése. Annak ellenére, hogy ma már komplex számítógépes statisztikai elemző programok állnak rendelkezésre, amelyek segítségével az összegyűjtött adatokat sokféleképpen lehet elemezni, törekedni kell az egyszerű, könnyen érthető és követhető módszertan alkalmazására, az eredmények bemutatásánál a világos, áttekinthető és érthető formátum javasolt.

(Gődény, Dobos, 2011)

Az egészségügyi ellátás során a leggyakrabban előforduló hibák forrásai:

- kommunikációs problémák,
- a képzés és a tájékozódás hiányosságai,
- a team-munka hiánya,
- az állapotfelmérés hiányosságai,
- az ellenőrzés elhanyagolása,
- a beleegyezés nélküli kezelés,
- létszámhiány

(Dobos, 2012)

A **következtetések** során össze kell foglalni az audit legfontosabb eredményeit, ajánlásait, utalva arra, hogy a javaslatok gyakorlati megvalósításának milyen várható

kihatásai lesznek az ellátásra. Ki kell térni arra is, hogy mikor lesz esedékes egy újabb, az audit által generált változások hatását felmérő audit.

A klinikai audit módszerével végzett értékelésről jól áttekinthető, összefoglaló **jelentés** készül a felsőbb szakmai irányítás számára.

A jelentés elkészítéséhez az alábbi szerkezet javasolható:

- A klinikai audit módszerével elvégzett értékelés *háttere, oka, jogszabályi, szakmai irányelv hivatkozással* (hogyan és miért került az adott téma kiválasztásra).
- Melyek voltak az általános, alapvető és konkrét (mérhető) *célkitűzések és feladatok*.
- Mely *célcsoport* vizsgálata történt, milyen *időintervallumban*, mi volt az *adatgyűjtés módja*.
- Ismertetni kell a *kritériumokat, és annak mértékét, hogy a kritériumokhoz rendelt numerikus standardoknak az esetek hány %-ban kell teljesülnie*.
- *Eredmények és megbeszéléshez* a statisztikai elemzések, az ábrákkal, grafikonokkal illusztrált ténymegállapítások, és azok értelmezése kerül.
- *Változtatási javaslatok*: ez a jelentés legfontosabb fejezete, mely tartalmazza
 - az értékelést végző (szakfelügyelő, minőségügyi szakfőorvos, minőségügyi szakterületi vezető) végső megállapításait és észrevételeit,
 - a szolgáltatás/ellátás javítását, változtatását célzó konstruktív javaslatokat,
 - minden olyan tényezőt, feltételt, mely a javasolt változtatások megvalósításához elengedhetetlenül szükséges.

Intézkedések, minőségfejlesztés

Az eredmények feldolgozását, a következtetések megfogalmazását intézkedések követik. Javaslatokat kell megfogalmazni arra vonatkozóan, hogy milyen változásokra van szükség az ellátás biztonságosságának, hatásosságának, költség-hatékonyságának és egyéb minőségi paramétereinek a javítása érdekében. Alapvető követelmény, hogy a kapott eredmények (adatok), továbbá a javaslatok és intézkedések között egyértelmű kapcsolat legyen.

Az egészségügyi ellátásban elért pozitív változásokat meg kell őrizni, és lehetőség szerint tovább kell gyarapítani. Ehhez elengedhetetlen a változás folyamatos monitorozása, értékelése, és a pozitív változás elismerése. Egy meghatározott időtartam után az adatgyűjtést meg kell ismételni annak érdekében, hogy meg lehessen ítélni a változás mértékét. A változás monitorozása és az újraértékelés a minőségjavítás szerves része.

Ha a kívánt numerikus standardot nem sikerült elérni, akkor vagy más stratégiát kell választani, vagy a leíró és a numerikus standard megfelelését felül kell vizsgálni.

Ha sikerül a megfelelő változást elérni, akkor is szem előtt kell tartani, hogy további inspiráció nélkül a pozitív változás idővel fokozatosan eltűnik, emiatt a klinikai audit módszerével végzett értékelést tervezett módon időről-időre meg kell ismételni.

A kívánt változások elindításához mindig az adott helyzethez igazodó stratégiát kell választani. Időnként az eredmények pusztán visszajelzése, széleskörű megismertetése elegendő ahhoz, hogy a pozitív változások elinduljanak, de a legtöbb esetben rendszerszerű megközelítésben, és több támadásponton ható komplex intézkedési csomag szükséges a számottevő és hosszán fenntartható változás eléréséhez.

A stratégia irányulhat

- az egészségügyi szolgáltatást nyújtók és a szolgáltatást igénybe vevők képzésére,
- az eljárásrendek megváltoztatására,
- emlékeztetők alkalmazására,
- új irányelv vagy protokoll bevezetésére,
- jogszabály módosításra,
- továbbképzésre,
- személyi és/vagy tárgyi feltételek javítására,
- ágazatközi, vagy a társszakmákkal közös munkaértekezlet összehívására.

(Gődény, Dobos, 2011) (ESzCSM szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez, 2004)

(A Módszertani útmutató „Jó gyakorlat” című fejezete részletesen, gyakorlat-orientált módon mutat be egy védőnői szakmai tevékenységre irányuló értékelési eljárást, amely a klinikai audit módszerével történik.)

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai tevékenységének értékelése

Az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről szóló 33/2013. (V. 10.) EMMI rendelettel a kormány új alapokra helyezte az egészségügyi szolgáltatók szakmai tevékenységének értékelését.

A szakfelügyeleti tevékenység keretében az egészségügyi ellátás teljes folyamatában az egészségügyi ágazati jogszabályok, továbbá az egyedi panaszok kivizsgálásával kapcsolatban az egészségügyi ágazati jogszabályok és a szakmai szabályok érvényesülésének hatósági célú ellenőrzése történik.

Az egészségügyi szolgáltatókkal, szolgáltatásokkal összefüggésben a hatósági szakfelügyeletet, a hatósági ellenőrzési feladatokat az Állami Népegészségügyi Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatala a megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei a szakfelügyelők közreműködésével látja el.

A szakfelügyelő olyan, az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő, a szakterületén szakképesítéssel, speciális szakértelemmel és gyakorlattal rendelkező személy, akit az országos tisztifőorvos névjegyzékbe vesz szakterületének megnevezésével.

Kivételt képez az ápolási és szakdolgozói, valamint a védőnői szakterületek szakfelügyelete. E két szakterület esetében a szakfelügyeletet

- az országos szakfelügyelő ápoló/védőnő,
- a megyei (fővárosi) szakigazgatási szervnél kormánytisztviselőként foglalkoztatott megyei szakfelügyelő ápoló/védőnő,
- a járási (fővárosi kerületi) szakigazgatási szervnél kormánytisztviselőként foglalkoztatott járási szakfelügyelő ápoló/védőnő

látja el az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) szakmai, módszertani irányításával.

(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

A gyermekegészségügyi alapellátás szakmai tevékenységének értékelése

A védőnői szakmai tevékenység értékelésének sajátosságai

A védőnői tevékenység szakmai tevékenységének irányítása továbbra is az országos vezető védőnő feladatkörébe tartozik, gyakorlati megvalósítása pedig a megyei/fővárosi (20 fő), valamint a járási/kerületi vezető védőnők közreműködésével történik (98 fő).

A járási/fővárosi kerületi vezető védőnő hatáskörébe a területi védőnői és az iskola-védőnői tevékenység, a megyei/fővárosi vezető védőnő hatáskörébe a kórházi védőnői, a Családvédelmi Szolgálat védőnői és a járási/fővárosi kerületi vezető védőnők szakmai tevékenységének értékelése tartozik.

A szakmai irányítást ellátó vezető védőnők tevékenysége mindig szélesebb körű volt a szakfelügyeleti ellenőrzésnél. Szakmai megbeszélés keretében egyeztettek a fenntartóval/működtetővel a szükséges minimum feltételek kialakítása érdekében. Szakmai látogatás keretében segítették, támogatták a védőnőket feladatuk ellátásában. Munkaértekezletek, illetve szervezett továbbképzések keretében biztosították a védőnők számára a munkavégzésükhöz szükséges ismereteket (protokollokat, szakmai irányelveket, módszertani leveleket) az egységes eljárás érdekében.

Alapelvek a védőnői szakmai tevékenység értékelésében

A védőnői szakmai tevékenység értékelése **folyamatosan és összehangoltan** működik, egységes célokkal és módszerekkel. Alapelvei:

- **tervszerűség** – az ellenőrzés éves munka- és ütemterv alapján történjen. Ez segíti az ellenőrzés előkészítését, továbbá az ellenőrzésben résztvevők felkészülését egyaránt.
- **rendszeresség** – az ellenőrzésnek meghatározott időintervallumok szerint, rendszeresen visszatérően kell megvalósulnia.
- **prevenció** – az előzőekből következően amennyiben a vizsgálandó szolgáltató számít az ellenőrzésre, saját hatáskörében is meg fogja tenni a hibák, hiányosságok, jogsértések keletkezését megelőző intézkedéseket.
- **koncentráltág** – a helyszíni felügyeleti ellenőrzést lehetőség szerint úgy kell ütemezni és lefolytatni, hogy az a legkisebb mértékben és a legrövidebb ideig zavarja meg a vizsgálandó tevékenység ellátását. Az értékelés koncentrált lebonyolítása nem mehet az ellenőrzés alaposságának rovására.
- **törvényesség** – az értékelés (vizsgálat) során a törvényességnek, a jogszerűségnek kell érvényesülnie. Mind az ellenőrzést végzők, mind pedig az ellenőrzöttek jogait és kötelezettségeit, továbbá magatartási, cselekvési normáit meghatározzák jogszabályok és egyéb szabályok. A rendelkezéseket mind a

szakfelügyelők, mind az ellenőrzöttek kötelesek betartani, az eljárás során alkalmazni.

- **szakszerűség** – az ellenőrzést, értékelést jól képzett szakemberek végezzék, megfelelő elméleti és gyakorlati felkészültséggel, jó kommunikációs képességekkel, az eljárási szabályok biztos ismeretével (információgyűjtés, problémamegoldás, végrehajtás, változások elősegítése).
- **következetesség, bizonyítottság** – a szakfelügyeleti tevékenységben résztvevők munkájuk során legyenek következetesek, azaz módszeresen és logikai alapon derítsék fel a hibákat, hiányosságokat, jogsértéseket, lehetőség szerint a keletkezés okáig igyekezzenek a tényfeltárást visszavezetni. Megállapításaikat tényekkel, bizonyítékokkal támasszák alá.
- **segítségnyújtás** – a szakfelügyeleti ellenőrzés célja nem merülhet ki a hibák feltárásában, a felelősség megállapításában és szankciók alkalmazásában, ugyanolyan fontos feladat a problémák megoldásához szükséges támogatás, segítség megadása.
- **együttműködés, partnerség** – mind a felügyeleti ellenőrzést végző, mind az ellenőrzött személyekre vonatkozó követelmény, e nélkül nincs megalapozott eredmény, intézkedés.
- **jobbítás, javítás igénye** – a korszerű felfogás szerint működő felügyeleti ellenőrzésnek nem lehet elsődleges célja a hiba feltárása.

(Nemzeti Államigazgatási Központ, Módszertan 2012)

Folyamatos monitorozás a védőnői szakmai tevékenység értékelése során

A monitorozás különböző eszközökkel és módszerekkel történik:

- tájékozódás a **rendszeres adatgyűjtésekből**. (A védőnői on-line adatokhoz az illetékeseknek folyamatos hozzáférése van.)
- **jelentés kérése** meghatározott adatokról, eljárásokról, tevékenységekről írásos beszámoló kérése egy meghatározott feladat elvégzéséről (pl. a gyermekvédelmi tevékenység éves beszámolója).
- tájékozódás egyes szakterületek **jelentéseiből, beszámolóiból, adataiból** (pl. havi védőoltási, fejtetvességről szóló jelentések, a járványügyi, egészségügyi igazgatási, egészségfejlesztés szakterületek éves jelentései, CSVSZ védőnő tapasztalatai)
- tájékozódás a népegészségügyi szakigazgatási szervek, ill. intézetek **munkaértekezletein**, ahol más szakterületek (járványügy, kórház -higiéne, iskola-egészségügy, település-egészségügy, ételmezés, egészségügyi igazgatás) ellenőrzési tapasztalatai érinthetnek védőnői tevékenységet.

- Az egészségügyi szolgálatot fenntartó **önkormányzatok** képviselőtestületeinek, az egészségügyi alapellátást érintő **ülésein való részvétel**, a védőnő, az orvos beszámolójának, hozzájuk intézett kérdéseknek, véleményeknek meghallgatása, vagy a beszámolók megkérése.
- **szakmai látogatás** az egészségügyi ellátóknál.

Az információk **folyamatos** igényléséhez, azokból érdemi következtetések levonásához szükséges, hogy ezt a módszert is a **rendszeresség és állandósság** jellemezze (pl. mindig ugyanazok a jelentési, beszámolási határidők, meghatározott adattartalommal).

Védőnői szakmai tevékenység értékelésének jellemzői

Célja:

- az értékelésbe vont védőnő tevékenységének segítése,
- a feladatok megfelelő ellátását akadályozó körülmények feltárása, azok megismétlődésének megelőzése,
- a jó tapasztalatok elterjesztése,
- a jogszabályoknak megfelelő működés biztosítása.

Az értékelés konkrét céljainak megfelelően az ellenőrzés lehet teljes körű, de lehet annál szűkebb is. Irányulhat a tevékenység egy részére, de kiterjedhet az egész tevékenységre.

A szakmai tevékenység értékelésének típusai:

- **Átfogó szakmai értékelés:** a *jogszabályokban foglalt védőnői feladatok teljesülésének teljes körű értékelése a nő-, a várandós, az otthon gondozott gyermekek, családok védőnői ellátásával kapcsolatban. Időigényes és költséges, ezért a gyakorlatban ritkán alkalmazzák.*
- **Részleges szakmai értékelés:** részfeladat végrehajtásának ellenőrzésére irányul *(pl. a csecsemők védőnői ellátásának értékelése).*
- **Értékelés egy adott témában** - meghatározott téma, adott feladat ellátásának egyidejűleg vagy közel egy időszakban végzett értékelése több egészségügyi szolgáltatónál, abból a célból, hogy az értékelés eredményeként általánosítható következtetéseket lehessen levonni *(pl. a csecsemők szűrővizsgálatának teljesülése).*
- **Utóvizsgálat** - előzőleg végrehajtott szakmai értékelés megállapításaival összefüggésben a szakfelügyelő által előírt, javasolt, megvalósított intézkedések teljesítésének és azok hatásainak vizsgálata.
- **Rendkívüli vizsgálat** - az előre nem tervezett, váratlan esemény, vagy hiányosság, jogszabálysértés napvilágra kerülése esetén végzett rendkívüli vizsgálat, amelynek a haladéktalan kivizsgálásához fontos érdek fűződik. Itt a

sürgősségen van a hangsúly. (pl. csecsemőhalálozás, csecsemő-gyilkosság, panaszügy).

(Nemzeti Államigazgatási Központ, Módszertan 2012)

A védőnői szakmai értékelést szükség szerint, de legalább évi két alkalommal a védőnői körzetre vonatkozóan kell végezni. Ez történhet helyszíni ellenőrzéssel vagy adatgyűjtéssel. Az illetékességi körbe tartozó vizsgálandó egységekben (védőnői tanácsadó, óvoda, iskola, kórház, népegészségügyi intézet) a *működési feltételeket* három évenként szükséges ellenőrizni.

A szakmai tevékenység értékelése megfigyelő, vizsgáló, összehasonlító, bíráló tevékenység. Magatartást, állapotot, tényt vet össze meghatározott követelményekkel, jogszabályi előírásokkal. Ezek alapján a vizsgáló konkrét intézkedéseket, illetve javaslatot tesz. A szakmai tevékenységet értékelő szakembertől elvárható, hogy vizsgálata során jogszerűen, magas szakmai színvonalon, a minőségügyi alapelvek, a bizonyítékokon alapuló gyakorlat figyelembevételével célzottan, eredményesen és hatékonyan járjon el, megbízható információkat, pontos, valid adatokat rögzítsen.

Fontos, hogy az ellátók jó gyakorlataira, jó megoldásaira is történjen visszajelzés, azokat a vizsgálatot végző szakember gyűjtse és értékelje, továbbá használja fel munkája során.

Amennyiben a szakmai tevékenység értékelése elsődlegesen nem a hibák keresésére és a szankcionálásra irányul, úgy a vizsgálat alá vont személyben nem félelmet és ellenállást vált ki, hanem együttműködést. A tapasztalatok közösen elvégzett összegzésével, értékelésével, elemzésével (munkaértekezleten) és hasznosításával (konkrét támogató intézkedésekkel) a védőnőket meg lehet nyerni az együttműködésre, ezáltal tevékenységük eredményesebb, hatékonyabb, hatásosabb lesz.

A gyermeket ellátó házi gyermekorvosi, házi orvosi szakmai tevékenység értékelésének sajátosságai

A házi gyermekorvostan, házi orvostan szakterületen eljáró, névjegyzékben szereplő szakfelügyelőt a megyei, fővárosi, járási, fővárosi kerületi vagy az országos tisztifőorvos bízza meg a jogszabályban meghatározott, hatáskörébe tartozó konkrét feladat, illetve tevékenység elvégzésére. A névjegyzékbe felvehető házi gyermekorvostani, házi orvostani szakfelügyelők száma a hatályos jogszabály alapján 20-20 fő. A szakfelügyelő a tevékenységét személyesen köteles ellátni. A szakfelügyelő főorvosi szakfelügyeletet a

megyei kormányhivatalok népegészségügyi szakigazgatási szervei az országos tisztifőorvos által az adott megyére jóváhagyott eljárásrendben foglaltaknak megfelelően működtetik.

A megyei kormányhivatal népegészségügyi szakigazgatási szerve adott feladat ellátására eseti megbízási szerződést köt a szakfelügyelővel, irányítja a felkért szakfelügyelő tevékenységét és rendelkezésére bocsátja számára a szükséges információkat.

Ha egy adott ügyben országos szintű szakfelügyelet bevonására van szükség, akkor az az egészségügyi szakmai kollégium javaslatára, az egészségügyért felelős miniszteren keresztül történik meg a felkérés a szakfelügyeleti vizsgálat lefolytatására. Ez esetben olyan személyt is meg lehet bízni, aki a névjegyzékben nem szerepel, de megfelel a névjegyzékbe való felvétel feltételeinek.

(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

A jelenlegi szervezeti struktúrában a szakfelügyelő főorvos rendszeres, tervszerű szakmai értékelést nem végez. Tevékenysége a megbízásában foglaltaknak megfelelően vizsgálatra, illetve vélemény-nyilvánításra terjed ki, amelyre az országos tisztifőorvos vagy helyettesei, a megyei (fővárosi) tisztifőorvos, illetve a járási (fővárosi kerületi) tisztifőorvos kérheti fel.

Megbízása keretében a szakfelügyelő főorvos az érintett egészségügyi szolgáltatónál vizsgálja:

- az egészségügyi jogszabályok rendelkezéseinek végrehajtását,
- a feladatok ellátásához szükséges személyi és tárgyi feltételek meglétét,
- az egyedi panaszok érdemi kivizsgálásával kapcsolatban:
 - a megelőzés, a kórismézés, a gyógyítás, az ápolás, a gondozás, a rehabilitáció és az orvosi szakvéleményezés szakszerűségét, eredményességét,
 - a szakmai irányelvek, protokollok és módszertani levelek előírásainak végrehajtását, teljesülését.

(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

Az értékelő tevékenységhez felkészült szakemberekre van szükség, akik a védőnői, gyermeket ellátó házi gyermekorvosi, házi orvosi szakterület alapos ismeretén túl a felkészültek a kapcsolatos jogszabályok, szakmai szabályok, az egészségügyi szolgáltatói jogok, a minőségügyi alapelvek, a bizonyítékokon alapuló gyakorlat, valamint a vizsgálat folyamatának szabálya és módja tekintetében. Az értékelést végző szakembernek jó kapcsolatteremtő, elemző és kommunikációs képességgel, támogató, segítő attitűddel is kell rendelkeznie. Tudnia kell prioritásokat felállítani, összefüggéseket felismerni, következtetéseket levonni és döntéseket meghozni.

Ehhez célorientált képzés, ismeretek és módszerek elsajátítása, folyamatos szinten tartása szükséges. A szakfelügyeletet ellátók továbbképzéséről az országos tisztifőorvos a szakfelügyeleti rendszer irányítása keretében gondoskodik.

Az értékelés megtervezése, lefolytatása

Az értékelés előkészítése – vizsgálati program készítése

Az előkészítési szakaszban történik az információk gyűjtése és rendszerezése. A legfontosabb információforrások a jogszabályok, a szakmai szabályok, illetve korábbi ellenőrzések anyagai. Szükséges meghatározni a vizsgálat célját, központi kérdéskörét, témáját, az ellenőrzési feladatokat, a vizsgálandó egységeket, személyeket, a vizsgálat időbeosztását (megtől meddig tart a vizsgálat), az egyes munkaszakaszokra fordítható időt, továbbá a tapasztalatoknak és az értékelésnek az írásba foglaláshoz szükséges időt.

A módszereket az értékelés célja határozza meg. Ilyenek: az értékelés tárgyához, céljához és időszakához kapcsolódó egészségügyi dokumentumok (nyilvántartások, törzslapok, törzskartonok, stb.) vizsgálata, tevékenységek közvetlen megfigyelése (pl. szűrővizsgálat végzése), a minimum feltételek meglétének ellenőrzése. Értékelést lehet végezni egységesen bekért iratok, dokumentumok, adatok (egészségügyi dokumentumok, jelentések, önfelmérő kérdőív) elemzésével, értékelésével, valamint az egészségügyi ellátás helyszínen történő vizsgálatával.

Előfordulhat, hogy egy adott vizsgálatba több szakterület szakembereinek bevonására van szükség, akik ilyen esetben külön-külön készítik saját értékelésükről írásos összefoglalót, jelentést.

Az előkészítési munkaszakasz írásos összefoglalása **a vizsgálati program**, ez szolgál vezérfonalként az értékelés lefolytatásához. Általában nincs kötelező formája, de jól alkalmazhatók például a fővárosi és megyei kormányhivatalok ellenőrzésére meghatározott szempontok, amelyek az alábbiak:

- a) a vizsgálat alá vont egészségügyi szolgáltató és egységének, szakterületének megnevezése,
- b) a vizsgálat témája (tárgyköre), célja,
- c) a vizsgálat formája (törvényesség, szakszerűség),
- d) a vizsgálat típusa (átfogó-, téma-, cél-, utó- rendkívüli vizsgálat),
- e) a vizsgálat módja (helyszíni ellenőrzés, adat- és információkérés, iratellenőrzés),
- f) a vizsgálatra vonatkozó jogszabályi és/vagy egyéb felhatalmazás,
- g) a vizsgálatot végző szervezet megnevezése,

- h) a vizsgálat részletes feladatai, az alkalmazott módszerek,
- i) a vizsgálandó időszak,
- j) a vizsgálatot végző(k) megnevezése (név, beosztás), a vizsgálatra feljogosító dokumentum (hatósági igazolvány, megbízólevél) azonosítója (szám, iktatószám stb.).
(Több vizsgáló személy esetén a vizsgálati feladatok megosztása)
- k) a vizsgálat tervezett kezdő időpontja, az értékelés rész- és összefoglaló jelentésének elkészítési határideje,
- l) a program kelte,
- m) a program készítőjének aláírása.

Felkészülés a vizsgálatra

A felkészülés lényege a vizsgálat eredményes lefolytatáshoz szükséges speciális ismeretek felfrissítése vagy megszerzése, áttekintése, rendszerezése. Ez a szakasz gyakran az előkészítés szakaszán belül megvalósul.

Helyszíni vizsgálat

A szakmai tevékenységet értékelő szakember gyakran végez helyszíni ellenőrzést. Az egészségügyi szolgáltatót és a vizsgálat alá vont személyt a vizsgálat megkezdése előtt legalább 5 nappal *előzetesen* értesíteni kell – kivéve, ha az a vizsgálat célját veszélyeztetné. Az előzetes értesítésnek a vizsgálat céljától és tartalmától függően tartalmaznia kell

- o a vizsgálat tervezett időpontját,
- o helyszínének megjelölését,
- o a vizsgálat célját,
- o a vizsgálat és az értékelés módszerét,
- o a vizsgálatához szükséges dokumentumok előkészítésére irányuló felhívást.

(2004. évi CXL. tv.)

A helyszíni vizsgálat megkezdése előtt tájékoztatni kell az érintett szolgáltatót/személyt az ellenőrzésre vonatkozó jogszabályi rendelkezésekről, az ellenőrzöttet megillető jogokról és az őt terhelő kötelezettségekről, a kötelezettség elmulasztásának jogi következményeiről.

A helyszíni vizsgálat lefolytatása a kitűzött célnak leginkább megfelelő módszerekkel történik. A **téma-specifikus jegyzőkönyvek** kérdései jól vezetik az értékelést végzőt, hogy minden, a témához kapcsolódó, az ellátással összefüggő lényeges szempont megválaszolásra kerüljön.

A kérdésekre adott válaszok, a megfigyelések, a szolgáltatott adatok elemzése alapján kerülnek rögzítésre a **megállapítások**, amelyeknek mindig tényeken és bizonyítékokon kell alapulnia. Fel kell tární, hogy

- az ellátás megfelel-e jogszabályi előírásoknak és a szakmai szabályoknak,
- milyen tényezők állnak a hibák, hiányosságok, szabálytalanságok hátterében.

Az értékelés megállapításainak írásba foglalása

A helyszíni vizsgálatról **jegyzőkönyvet kell készíteni**. A jegyzőkönyv általános és specifikus részre tagozódik.

Az általános rész tartalmi elemei:

- a vizsgálatot lefolytató szervezet megnevezése,
- a vizsgálatot végző neve, beosztása,
- a vizsgálat tárgya,
- az irat azonosítója,
- a jegyzőkönyv készítésének helye,
- a vizsgálat kezdetének és végének időpontja,
- a vizsgálat alá vont jogairól és kötelezettségeiről történő tájékoztatás,
- az értékelő személyazonosító adatai (név, születési idő, hely, anyja neve, lakcím) és elérhetősége,
- az értékelést végző megállapításai, véleménye,
- a javasolt intézkedések,
- az értékelt, vagy vizsgált, vagy ellenőrzött, vagy szakfelügyelt (fenntartó felelőssége esetén a fenntartó) ténymegállapításokra vonatkozó nyilatkozata,
- a vitatott, illetve a véleményt megalapozó legfontosabb iratok másolata, amelyet dátummal, aláírással kell hitelesíteni (ezek a jegyzőkönyv mellékletét képezik),
- a jegyzőkönyv oldalait a pótlapokkal és a mellékletekkel együtt, folyamatos oldalszámozással és aláírással kell ellátni.

A specifikus rész tartalmi elemei az értékelés vagy vizsgálat jellegétől (témájától) függően változnak. Az előkészítés (a felkészülés) során meg kell fogalmazni azokat a konkrét kérdéseket, amelyekre adandó válaszok alapján eldönthető az értékelt tevékenység megfelelése.

A specifikus rész tartalmi elemei (a kérdések) legyenek

- célorientáltak,
- egyértelműek,
- világosan megfogalmazottak,
- eldöntendők (igen – nem válaszlehetőség).

A jegyzőkönyv egy példányát az egészségügyi szolgáltató/a vizsgált személy számára át kell adni.

Ha az egészségügyi szolgáltató részéről felelős személy nem volt jelen a vizsgálat során, akkor a jegyzőkönyv másolati példányát meg kell küldeni részére azzal, hogy nyilatkozatát a kézbesítéstől számított tizenöt napon belül megtehesse.

(1991. évi XI. tv.)

A kötet végén található Mellékletben szemléltetésül bemutatunk néhány példát a specifikus jegyzőkönyvek köréből. Ezekhez mintaként ténylegesen használatban lévő jegyzőkönyvek szolgáltak, melyeket felkészült, a szakmai tevékenységek értékelésében járatos szakemberek állítottak össze, akik a saját, jól bevált gyakorlatukat szívesen megosztják az érdeklődőkkel².

Intézkedés kezdeményezése

A helyszíni vizsgálat alapján tett megállapításokról, továbbá a véleményéről a vizsgálatot végző értesíti az őt megbízó illetékest (például a tisztifőorvost). Ha a vizsgálat során megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltató az egészségügyi ágazati jogszabályokat, illetve a szakmai szabályokat súlyosan megsértette, akkor a vizsgálatot végző az egészségügyi alapellátás tekintetében intézkedés, a vizsgálat jellegétől függően esetenként hatósági intézkedés megtételét kezdeményezi:

- a) meghatározott egészségügyi tevékenység végzésének felfüggesztése,
- b) az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedély módosítása vagy visszavonása,
- c) a szakmai irányelvek, protokollok, helyi eljárásrendek előírásai végrehajtásának betartatása.

Ha a vizsgálat során megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltató **súlyos szabálysértést követett el**, akkor az illetékes tisztifőorvos az ellenőrzési jegyzőkönyv egy példányát haladéktalanul megküldi a GYEMSZI részére, további minőségügyi értékelés, vizsgálat és minőségfejlesztési célú javaslattétel céljából.

Ha szakfelügyeleti vizsgálatra került sor, és annak megállapításaival az illetékes tisztifőorvos nem ért egyet, akkor a szakfelügyelő által készített, illetve az adott ügyel kapcsolatosan keletkezett dokumentumokat, az egyet nem értés indokolásával együtt,

² lásd még: „Jó gyakorlat” c. fejezet

felterjeszti az országos tisztifőorvoshoz, aki az adott ügygel kapcsolatosan az egészségügyért felelős miniszteren keresztül az **egészségügyi szakmai kollégium véleményét kéri.**

(288/2010. (XII. 21.) Korm. rend.) (33/2013. (V. 10.) EMMI rend.)

A szakfelügyelet során megállapított tényállás alapján az illetékes tisztifőorvos a hiányosságok, szabályszegések jellegét és súlyát mérlegelve megteszi a szükséges intézkedéseket és ellenőrzi azok végrehajtását.

- Figyelmeztetésben részesítheti a szolgáltatót kisebb súlyú cselekmény (mulasztás) esetén.
- Kezdeményezheti a fegyelmi eljárás lefolytatását a fegyelmi jogkör gyakorlójánál, ha megállapítható a fegyelmi vétséget megvalósító magatartás.
- Elrendelheti a hiányosságok megszüntetését, illetőleg a szükséges intézkedések végrehajtását, az egészségügyi dolgozó tevékenységben való jártasságának igazolását.
- Korlátozhatja vagy felfüggesztheti a hiányosságok megszüntetéséig az intézmény, létesítmény stb. működését, illetve az egészségre ártalmas vagy veszélyes tevékenység folytatását, ha a szabálytalanság fennállása egészségkárosodást okozhat.
- Feljelentést tehet bűncselekmény észlelése esetén az illetékes szervnél.

(1991. évi XI. tv.)

Panaszügyek vizsgálata

A panaszügyek kivizsgálásában a szakfelügyeletnek jogszabályban rögzített feladata van.

A népegészségügyi szakigazgatási szervek hatáskörébe olyan panaszok, közérdekű bejelentések vizsgálata tartozik, amelyek

- orvos szakmai felügyeleti és/vagy
- ápolás és/vagy
- védőnő szakmai felügyeleti kérdéseket érintenek, valamint
- felmerül az egészségügyi ellátással, működéssel kapcsolatos jogszabályok megsértése,
- továbbá ha az egészségügyi szolgáltató a működése során nem a működési engedélyében foglaltak szerint jár el.

Az egészségügyi szolgáltatóval szembeni panasz, közérdekű bejelentés esetén az adott szakmai felügyeletet ellátó személyt (szakfelügyelő főorvos, szakfelügyelő védőnő) be kell vonni a kivizsgálásba.

A panaszbejelentés kivizsgálásának folyamata

A panaszügyek kivizsgálásának lefolytatása az illetékes tisztifőorvos hatáskörébe tartozik, aki ezt a feladatot a szakfelügyelet bevonásával látja el.

Az egészségügyi ellátással kapcsolatos kifogások (panasz, közérdekű bejelentés) vizsgálatában az eljárás rendjét az európai uniós csatlakozással összefüggő egyes törvénymódosításokról, törvényi rendelkezések hatályon kívül helyezéséről, valamint egyes törvényi rendelkezések megállapításáról szóló 2004. évi XXIX. törvény („panasztörvény”) szabályozza. A panaszügyek vizsgálatát az országos tisztifőorvos szakmai irányításával a megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek és a járási népegészségügyi intézetek végzik.

A panasz, közérdekű bejelentés kivizsgálására az a népegészségügyi intézet illetékes, ahol az egészségügyi szolgáltatás működési engedélyezése történt.

A kivizsgálás mellőzhető, ha:

- a bejelentés névtelen (ismertnek kell lenni a bejelentő nevének, címének.)
- a bejelentő nem jogosult bejelentésre (Pl. nem őt érte a sérelem, nincs meghatalmazása, cselekvőképtelen és nem a gondnoka nyújtotta be a panaszt)
- az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszra alapot adó eseménytől számítva eltelt fél év (vagy több) a panaszbejelentésig. (Amennyiben eltelt már egy év, vagy hosszabb idő, a panaszt el kell utasítani.)

A bejelentést annak tartalma szerint is vizsgálni kell, mert ez meghatározza az eljárás további folyamatát. Amennyiben fennáll a

- bűncselekmény gyanúja, feljelentést kell tenni a nyomozóhatóságnál,
- szabálysértés gyanúja, feljelentés a szabálysértési hatóságnál,
- etikai vétség gyanúja, a bejelentést át kell tenni az etikai eljárás lefolytatására hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szervhez,
- fegyelmi vétség gyanúja, ide értve a foglalkozási szabályszegést is, abban az esetben az egészségügyi dolgozó munkáltatójánál kell fegyelmi eljárást kezdeményezni.

Amennyiben a fentiekén kívül az egészségügyi szolgáltatókra vonatkozóan más jogszabály vagy szakmai szabály megsértésének gyanúja is fennáll, le kell folytatni az eljárást.

A panasz vizsgálatának kötött eljárási szabályai vannak, melytől eltérni nem lehet. A vizsgálat megkezdése előtt a vizsgálatot végzőnek külön fel kell készülnie ezekből.

A vizsgálat fő lépései

- Rögzítendő az eljárás megkezdésének ideje (ez lehet a panaszbejelentés napja, de lehet ettől eltérő időpont is, a jogszabály vonatkozó kitételei szerint).
- Az eljárás megkezdésétől 15 napon belül értesíteni kell a panaszost a kivizsgálás befejezésének várható időpontjáról, amennyiben előre láthatóan nem lesz elegendő 30 nap az eljárás lefolytatásához.
- A panaszolt egészségügyi szolgáltató nyilatkozatának bekérése.
- A panasz vizsgálata
 - szakfelügyelő bevonása az eljárás lefolytatásába
 - a panaszhoz kapcsolódó szakterületen eljáró, névjegyzékben szereplő, **szakfelügyelő főorvost** az illetékes tisztifőorvos **esetileg bízza** meg,
 - a **szakfelügyelő védőnőt bevonja** a panaszügy kivizsgálásába.

(33/2013. (V. 10.) EMMI rend.)

- a panaszolt személy meghallgatása.
- a szakvélemény kialakításához a szakfelügyelő helyszínen vizsgálódik, vagy bekért egészségügyi dokumentumokból, iratokból tájékozódik.
- A helyszíni vizsgálat lefolytatásához, megállapítások rögzítéséhez jegyzőkönyvet használ, vagy feljegyzést készít, amit továbbít az illetékes tisztifőorvosnak, a szakvéleménnyel együtt.
- A jegyzőkönyv, illetve a feljegyzés **bizonyítékul** szolgálhat az eljárás lefolytatásához, hatósági intézkedésekhez, más eljárások kezdeményezéséhez,

ezért fontos, hogy a **jegyzőkönyv ill. feljegyzés megfeleljen a tartalmi követelményeknek.**

- A szakfelügyelő (szakfelügyelő főorvos / szakfelügyelő védőnő) az **illetékes tisztifőorvos által megfogalmazott kérdésekre** válaszolva alakítja ki a **szakvéleményét.**
- A szakfelügyelő kötelessége, hogy:
 - a tisztifőorvos minden egyes kérdésre kielégítő, pontos választ adjon,
 - szakterületén az érvényes jogszabályok, szakmai szabályok figyelembevételével és elfogulatlanul vizsgálja a panasz hátterét, jogosságát,
 - javaslataival segítse a jogsértések orvoslását, a megfelelő intézkedések meghozatalát, azok megvalósításának figyelemmel kísérését.
 - Az ügghöz tartozó jogszabályokat, protokollokat, módszertani útmutatókat ismerje.
- A tisztifőorvos érdemben megvizsgálja a szakfelügyelők hozzá eljuttatott szakvéleményét, a következő szempontok szerint:
 - a feltett kérdések megválaszolásra kerültek?
 - a válaszok, megállapítások megfelelnek az érvényben lévő jogszabályoknak, szakmai irányelveknek?
 - a hivatkozott szakmai protokollok érvényesek?
 - a vélemény elfogulatlannak tekinthető?
- Amennyiben a szakvéleményben leírtakkal az illetékes tisztifőorvos nem ért egyet, a szakvéleményt az egyet nem értés indoklásával egyidejűleg megküldi az országos tisztifőorvosnak, aki az egészségügyért felelős miniszteren keresztül az egészségügyi szakmai kollégium véleményét kéri.
- A panasz lezárása:
 - A vizsgálat lezárását követően a bejelentőt (panaszost) tájékoztatni kell a vizsgálat **eredményéről.** (Másolatot kap a panaszolt egészségügyi szolgáltató.)
 - Szakmai szabályszegés, jogszabálysértés megállapítása esetén a panaszost arról is tájékoztatni kell, hogy a szükséges **intézkedések** megtörténnek, ill. arról, hogy milyen egyéb **jogérvényesítési lehetőségei** vannak.

Fontos szabály, hogy

- a panaszolt részére nem küldhető meg a bejelentés,
- a panaszos és a panaszolt nem tekinthet bele az iratokba, számukra a szakfelügyelői vélemény, és a szolgáltató nyilatkozata nem ismerhető meg.

A panaszbejelentések kivizsgálásának folyamatát az I. Melléklet mutatja be.

Hatósági intézkedések a panasz jogossága esetén:

- Kisebb súlyú cselekmény esetén figyelmeztető végzéssel felhívja a bepanaszolt figyelmét a jogkövető magatartásra.
- A határozatban, határidő megjelölésével kötelezi a bepanaszoltat a jogszerű állapot visszaállítására.
- Jogszabályi rendelkezések ismételt megszegését szankcióval sújtja (egészségügyi bírság), különösen a lakosság széles körét érintő, egészségét veszélyeztető, sértő szabálytalanság esetén.
- Amennyiben felmerül a bűncselekmény gyanúja, feljelentést kell tenni a nyomozóhatóság felé.

A panaszügyek nemcsak az egészségügyi ellátás, de a szakfelügyeleti tevékenységnek is fontos minőségi mutatói (pl. az egészségügyi szolgáltatók számához viszonyított panaszügyek száma, a bejelentések és a jogos panaszok aránya, hatósági intézkedést igénylő panaszok aránya).

Az orvosi és a védőnői tevékenység értékelésének összehangolása

A gyermekek fejlődését segítő egészségügyi alapellátás komplex szaktudást és integrált együttműködést igényel. A házi gyermekorvosi/háziorvosi és a védőnői szolgálat feladatait önállóan végzi, a szabadon választott orvos és a lakóhely szerint illetékes területi védőnő tevékenysége azonban térben és időben is elkülönül. Ez nehezíti az együttműködést, a team-munkát, ezért különösen nagy a jelentősége a szakmai tevékenységre vonatkozó egységes alapelveknek, a gyermekegészségügyi alapellátás folyamatszabályozása minőségének, a szabályok szerinti eljárásoknak, az ellátók közti kommunikáció megfelelőségének.

A 0-7 éves korú gyermekek ellátásában a védőnői és az orvosi (háziorvosi, házi gyermekorvosi) ellátás egymást feltételezi és kiegészíti. A két szakterület egyaránt felelősséggel tartozik az ellátandók egészségi állapotáért. A legtöbb tevékenység minőségét (esély-egyenlő, hozzáférhető, hatásos, hatékony, eredményes, biztonságos, szükségleteknek megfelelő, folyamatos, betegközpontú), befolyásolja az együttműködés, a kapcsolattartás, és a kommunikáció színvonala.

Az orvos és védőnő közti együttműködés összehangolt értékelésének alapelvei

1. A házi gyermekorvosi/háziorvosi és a védőnői tevékenységhez tartozó feladatok ellátása **jogszabályok és szakmai szabályok betartásával** történjen.
2. Az ellátás legyen **biztonságos**. A közös tevékenység-területeken ne maradjon el a szükséges felismerés, észlelés, információ-csere, ne maradjon ki egyetlen gyermek sem szűrésből, oltásból, szükségleteinek megfelelő gondozásból azért, mert az orvos és a védőnő közötti kommunikációs kapcsolat nem megfelelő. Az ellátás olyan módon történjen, hogy közben a gyermek védett legyen a lehetséges veszélyektől és ártalmaktól.
3. Az ellátás legyen **eredményes**. Az ellátók tudása adódjon össze, erősítsék, és ne gyengítsék, ne oltsák ki egymást. Az ellátottak az adott körülmények között legkorszerűbb, megfelelő minőségű, esély-egyenlőségen alapuló ellátást kapják. Az egymásnak ellentmondó információk (pl. táplálás, alternatív oltások), az eltérő szemlélet, a nem egyeztetett szakmai elvek, az eltérő gyakorlat megrendítik az ellátottak bizalmát. A jogszabályban, szakmai szabályokban leírtaktól eltérő ellátási folyamat (pl. életkorhoz kötött védőnői szűrővizsgálatok esetén a védőnő közvetlenül a szakrendelésre irányítja a gyermeket, nem pedig a házi gyermekorvoshoz), vagy a *kiszűrt elváltozás jelentőségének eltérő értékelése* nem csak az ellátottak bizalmát, de együttműködési hajlandóságát is visszaveti.

4. Az ellátás legyen **hatékony** (költség-hatékony), például a párhuzamosságok elkerülésével.
5. Az ellátás legyen a **szükségleteknek megfelelő** (például valódi szükségétfelmérésen és a szülő-orvos-védőnő egyetértésén alapuló, közösen kialakított, egyeztetett és elfogadott gondozási terv).
6. Az együttműködési, kapcsolattartási, közreműködési és jelzési kötelezettség mindkét fél részéről dokumentáltan, követhetően teljesüljön.

Az egészségügyi szolgáltatók felett szakmai felügyelet gyakorlók munkája is akkor eredményes, ha az alapellátók tevékenységének értékelését, támogatását és a fejlesztésre irányuló intervenciókat összehangoltan, azonos szemlélettel és módszerekkel végzik.

A házi gyermekorvosi, a háziorvosi és a védőnői szakfelügyelet eltérő struktúrája, eltérő elveken történő szerveződése a gyermek-egészségügyi alapellátás szakfelügyelete összehangolásának speciális módjait, eszközeit igényli.

Az is elengedhetetlen, hogy az OTH országos és a Népegészségügyi Szakigazgatási Szerv megyei/járási tisztifőorvosai és a szakfelügyelet országos, megyei, járási szakmai vezetői, irányítói is egységes elv és gyakorlat megvalósítására törekedjenek a szakfelügyelet vonatkozásában.

Ez az útmutató a következőkben minőségügyi megközelítésben mutatja be azokat a gyermek-egészségügyi alapellátási tevékenységeket, amelyeknek összehangolt értékelése különösen nagy jelentőségű.

Szempontok, módszerek, és eszközök

Elsődleges feltételként az orvosi és a védőnői tevékenység **szabályozó-rendszerének** (jogi szabályozás, szakmai irányelvek, eljárásrendek) **kritikus elemzése** szükséges, az ezekben az orvosi, ill. védőnői feladatok tekintetében felfedezhető párhuzamosságok, ellentmondások feltárása céljából.

Ezt követi a **közös cél meghatározása** országosan és/vagy helyi szinteken (pl. átoltottság növelése, a szűrések hatékonyságának fokozása, a korai észlelést, felismerést követő intervenció, célirányos beutalás, stb.), különösen azokban a tevékenységekben, amelyek minőségét (biztonságosság, megfelelés, eredményesség, esélyegyenlőség, hatékonyság, hatásosság) nagymértékben **meghatározza az együttműködés minősége, a csapatmunka**, ahol az orvos és a védőnő tevékenységei egymást kiegészítik, egymásra épülnek.

Az összehangolt értékelés további fontos eleme **az eredmények kölcsönös megismerése (átadása)**, kölcsönös javaslattétel az orvosi/védőnői tevékenység javítására.

A szakfelügyeleti tapasztalatokról **egyedi esetekben is** szükséges **a kölcsönös tájékoztatás**, különösen akkor, ha az ellátás hiányosságai, elakadásai a másik féllel való együttműködési problémákból, az egységes szemlélet hiányából vagy nem a kompetenciáknak megfelelő munkavégzésből erednek.

A különböző szinteken szervezett **közös munkaértekezletek** az orvosi és a védőnői szakmai tevékenység bemutatásának, megbeszélésének, összehangolásának színterei lehetnek.

Városi/járási szinten: munkaértekezlet a Járási Népegészségügyi Intézet szervezésében, évi egy alkalommal, az egészségügyi gyermek-alapellátás, illetve más érintett ágazat képviselőinek részvételével.

Megyei/fővárosi szinten: munkaértekezlet a Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve szervezésében, évi egy alkalommal, a gyermek-egészségügyi alapellátás értékelésében érintett minőségügyi szakfőorvosok, szakterületi vezetők, továbbá szakfelügyelő főorvosok, szakfelügyelő védőnők részvételével. Tervek szerint itt történe a gyermek-egészségügyi alapellátási tevékenység elemzése és értékelése, meghatározásra kerülnének a prioritások, a feladatok és megvalósításuk lehetőségei, különös tekintettel a népegészségügyi célokra, feladatokra.

Országos szinten: országos értekezlet az ÁNTSZ OTH szervezésében, évente egy alkalommal, a gyermek-egészségügyi alapellátás értékelésében közreműködő minőségügyi szakfőorvosok, szakterület vezetők, a szakfelügyelő főorvosok, az országos és a megyei vezető védőnők, a Szakmai Kollégium, valamint az illetékes egyéb szakmai szervezetek vezetőinek részvételével. Témák: a házi gyermekorvosi/háziorvosi és a védőnői szakterület tevékenységének elemzése, értékelése, majd ez alapján és a népegészségügyi céloknak megfelelően az országos szintű prioritások, feladatok és a szükséges intézkedések meghatározása.

A módszerek között kiemelt jelentőségű az **adatgyűjtés** korszerűsítése, különös tekintettel az online adatokra. Az elérendő cél az, hogy mindkét szakfelügyelet releváns adatokat tudjon értékelni a szakmai tevékenység/mozzanat minőségének értékelése során.

A minőségügyi dimenziók (struktúra, folyamat, eredmény) közül különösen fontos az egészségügyi tevékenységek folyamatainak értékelése, mérése, fejlesztése, de nem lehet figyelmen kívül hagyni a struktúra (pl. minimumfeltétel, továbbképzés színvonala) és az eredmény (pl. elégedettség, morbiditási, mortalitási adatok, panaszok) vizsgálatát,

mérését sem, ezek mindegyikének minősége kölcsönös befolyással bír a többire. Egy kiváló struktúra önmagában nem biztosíték a magas színvonalú egészségügyi ellátásra, de pozitívan befolyásolja azt, és az eredmény sem csak az egészségügyi ellátók szakmailag hibátlan munkájának a függvénye.

Az alapellátás minimumfeltételei jogszabályban rögzítettek, és a működési engedély kiadásának feltételeit képezik.

A morbiditási, mortalitási adatok elemzése a népegészségügyi intézetek szervezésében megtartott csecsemőhalálozási és/vagy anya és gyermekvédelmi munkaértekezletek kiemelt témái közé tartozik. Ezek az értekezletek nem egységes szempontok szerint, és nem minden megyében kerülnek megrendezésre, ennek hátterében számos, megoldásra váró probléma van. Tény, hogy szükség lenne a közös munkaértekezletek rendszeres összehívására. Az eredményességi mutatók közül a csecsemőhalálozási adatok, demográfiai, koraszülöttségi adatok elemzése, értékelése kijelölhetné a fontosabb közös intervenciókat, az eljárásrendekben való módosítás igényét, segíthetné a társszakmák egymáshoz való közeledését, a közös gondolkodást.

A közös munkaértekezletek az orvosi és a védőnői szakmai tevékenységet vizsgáló szakemberek számára megbízható alapot adhatnak az értékelések összehangolásához. (Pl. kritériumok, mutatók meghatározása, kérdőívek kérdéseinek összeállítása, specifikus jegyzőkönyvek készítése, stb.).

Egyes szakmai tevékenységek összehangolt értékelése a gyermek-egészségügyi alapellátásban

Ebben a fejezetben olyan alapellátási tevékenységek értékelésének minimum-standard jellegű szempont-rendszere kerül bemutatásra, amelyekben az ellátás minőségét, a 0-7 éves korú gyermekek egészségi állapotát nagymértékben befolyásolja az orvos és a védőnő együttműködése, kommunikációja.

Ezekben a tevékenységekben különösen jól szemléltethető az, hogy az orvosi és védőnői feladatok egymást kiegészítik, egymást feltételezik.

A bemutatott értékelési szempontrendszerek struktúráját és probléma-kezelési stratégiáját mind az értékelésre illetékesek, mind pedig a vizsgálandó szolgáltatók (házi gyermekorvosok, háziorvosok és védőnők) felhasználhatják arra, hogy ezek mintájára a saját belső minőségügyi rendszerük számára hasonló elvek alapján állítsanak fel szempontrendszereket.

Az ellátottak nyilvántartása minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

- A házi gyermekorvosi / háziorvosi, továbbá a védőnői ellátás folyamatának kiindulópontja az ellátott nyilvántartásba vétele.
- Az ellátás lezárása az ellátott nyilvántartásból történő törlése (kijelentkezés).

Alapvető értékelési szempontok:

- A házi gyermekorvosi / háziorvosi, továbbá a védőnői ellátásban minden ellátottról, gondozottról, vizsgált vagy kezelt páciensről a hatályos jogszabályok és szakmai szabályok szerint (elektronikus és / vagy papír alapú) dokumentációt hoznak létre, és azt vezetik.
- A gyermek-egészségügyi alapellátásban alkalmazott nyilvántartás minőségét és megfelelőségét a vonatkozó jogszabályok és szakmai szabályok szerint kell értékelni.
- A dokumentáció adatainak kezelése és védelme a hatályos jogszabályok figyelembe vételével, dokumentáltan szabályozott.
- Az ellátott / gondozott más alapellátási orvosi praxisba / védőnői körzetbe történő átirányítása szabályozott és dokumentált.
- Az ellátott / gondozott nyilvántartásból történő kijelentkezése, az ellátási esemény lezárása a jogi szabályozás, szakmai irányelvek és más szakmai előírások figyelembe vételével történik, a folyamat szabályozott és dokumentált.

Az ellátottak nyilvántartásával kapcsolatos házi gyermekorvosi / háziiorvosi tevékenység értékelési szempontjai	Az ellátottak nyilvántartásával kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontjai
Új páciens praxisba jelentkezésekor a törzskarton kitöltése megtörténik.	Az újszülött/csecsemő nyilvántartásba vétele az első értesítéskor/jelentkezéskor megtörténik.
Beköltözés, átjelentkezés esetén az ellátott törzskartonjának és az eddigi ellátási események összefoglalásának kikérése az előző praxisból megtörténik.	Az ellátott és a törvényes képviselő érdemi azonosítására alkalmas (személyi) adatok felvétele megtörténik.
Az újonnan bejelentkezett ellátott részletes anamnézise, átvételi statusa dokumentált, és biztosítja az ellátás folyamatosságát.	Az ellátásra való jogosultság megállapítása megtörténik.
0-7 éves korú ellátott (a család) beköltözése, új páciens praxisba történő jelentkezése esetén a házi gyermekorvos / háziiorvos a lakóhely szerint illetékes védőnőt dokumentált módon tájékoztatja.	A jogszabály által előírt dokumentumok kitöltése, annak egyéni azonosítóval való ellátása megtörténik.
Az ellátott (a család) elköltözése, praxisból való távozása pontosan dokumentált az egészségügyi dokumentációjában (mikor, hová költözött, a kikérő orvos neve, azonosítója)	Ha az ellátottnak nincs bejelentett lakcíme a védőnői körzetben, de életvitelszerűen (3 hónapnál hosszabb ideig) ott él, és ott veszi igénybe a védőnői gondozást, a szülőnek / törvényes képviselőnek erről nyilatkozatot kell tennie.
0-7 éves korú ellátott (a család) elköltözése, praxisból való távozása esetén az orvos az elhagyott lakóhely szerint illetékes védőnőt dokumentált módon tájékoztatja.	Az állandó lakhely szerinti illetékes védőnőt az adatkezelési és adatvédelmi jogszabályok, továbbá a betegjogok szem előtt tartásával értesíteni kell a gondozásba vételről, amennyiben az ellátott életvitelszerű tartózkodás esetén más védőnői körzetben kerül gondozásra.
Az ellátott (a család) elköltözése, praxisból való távozása esetén az ellátott további gondozásához szükséges megfelelő adatok dokumentált átadása megtörténik.	A védőnői ellátás megtagadása megfelelően dokumentált. A védőnői ellátás megtagadásáról a védőnő dokumentált módon értesíti a gyermek házi gyermekorvosát / háziiorvosát, továbbá a gyermekjóléti szolgálatot. A nyilvántartásból nem törli az ellátottat.
	<i>Beköltözés esetén:</i> <ul style="list-style-type: none"> • az előző lakhely szerinti körzet védőnője értesíti az új lakhely szerinti védőnőt, vagy a szülő jelentkezik a védőnőnél, aki meggyőződve a beköltözésről, törzslapkérőt küld, • az ellátásra való jogosultság megállapítása, a személyi adatok érdemi azonosítása után megtörténik a nyilvántartásba vétel. • A nyilvántartás adatainak változásáról a gyermek házi gyermekorvosát, háziiorvosát tájékoztatja a védőnő.

	<p><i>Elköltözés esetén:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • a védőnő értesíti (postai vagy elektronikus úton írásban, telefonon) az új lakhely szerinti védőnőt (védőnői, adatbázis). • az új lakhely szerinti védőnő törzslapkérője alapján megküldi a védőnői dokumentumok másolatát, • a gyermeket törli a nyilvántartásból, a távozás helye, ideje megjelölésével, • az ellátott védőnői dokumentációját az egészségügyi dokumentáció irattározási szabályainak megfelelően megőrzi.
	<ul style="list-style-type: none"> • Veszélyeztetett gyermek költözését a gyermekjóléti szolgálat számára dokumentált módon jelzi a védőnő.
<p>Az orvos és a védőnő elérhetősége a Gyermek-egészségügyi kiskönyvben, valamint az orvosi és védőnői dokumentációban is megtalálható.</p>	<p>Az orvos és a védőnő elérhetősége a Gyermek-egészségügyi kiskönyvben, valamint az orvosi és védőnői dokumentációban is megtalálható.</p>

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv, 2007)
(Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Közleménye, 2009)

A szűrővizsgálatok minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok részben jogszabályok alapján, részben szakmai szabályok alapján történnek.

- Az 5 éves adatlapos vizsgálat az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok közé tartozik, jogszabályban rögzített.
- A fejlődési szint megítélése segíti az iskolai felkészítést, időben megkezdhető a szükséges fejlesztés, kezelés.
- A sajátos nevelési igény megállapításához, a szükséges pedagógiai fejlesztés biztosításához, és a gyermek számára megfelelő iskola kiválasztásához szükség van az adatlapos vizsgálat eredményére.
- Az időben elkezdett fejlesztéshez, kezeléshez (egészségügyi, oktatási szakirány, esetleg szociális munka) is ez az input feltétel.

Alapvető értékelési szempontok:

- A szűrővizsgálatokat a jogszabályok és a szakmai szabályok szerint végzik.
- A szűrővizsgálatok tervezése, előkészítése és végrehajtása dokumentált.
- Az orvos szakvéleményének kialakításához felhasználja a területi védőnőtől kapott információkat, adatokat.

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos házi gyermekorvosi / házi orvosi tevékenység értékelési szempontjai	A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontjai
	A védőnő a nyilvántartás alapján megtervezi az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokat.
	Írásban tájékoztatja szülőt / törvényes képviselőt a szűrővizsgálatok céljáról, jelentőségéről, idejéről, helyéről a vizsgálat elmulasztásának következményeiről.
	Elvégzi a szűrővizsgálatokat az erre vonatkozó szakfelügyeleti ajánlás mellékleteiben rögzített adattartalom és forma szerint.
	A védőnő a szűrővizsgálat során tett megállapításait, a vizsgálat eredményeit írásba foglalja („Igazolás”).
	A szűrővizsgálati eredményeket a védőnő a szülővel / törvényes képviselővel megbeszéli.
	A szűrés eredményéről szóló „Igazolás”-t megkapja a szülő / törvényes képviselő, és az adatok a „Gyermek-egészségügyi kiskönyv”-be is rögzítésre kerülnek.
A házi gyermekorvos / házi orvos a védőnői összefoglalót bekéri, áttekinti, a gyermek orvosi dokumentációjában rögzíti annak tartalmát, ide értve a szűrés időpontját és a szűrést végző védőnő nevét is.	A védőnő a szűrővizsgálati eredmények írásos összefoglalásával a házi gyermekorvoshoz / házi orvoshoz irányítja a szülőt / törvényes képviselőt.
A házi gyermekorvos / házi orvos elvégzi az orvosi szűrővizsgálatokat, valamint a védőnő által jelzett elváltozással kapcsolatos vizsgálatokat.	Kóros elváltozás észlelése esetén a védőnő igazolható módon értesíti a házi gyermekorvost / házi orvost.
Az orvosi szűrés eredményét a gyermek orvosi dokumentációjában rögzíti, a „Gyermek-egészségügyi kiskönyvbe” bejegyzi, és a szülővel / törvényes képviselővel megbeszéli.	
Az orvos a szűrővizsgálatról (amely a védőnő által észlelt kóros eltérésre is kiterjed) leletet ad, és ebben a további teendőkről is értesíti a védőnőt. Szükség esetén személyes konzultációt kezdeményez a védőnővel.	
A kialakított orvosi véleménynek megfelelően kitölti az 5 éves kori adatlapot, hiánytalanul, pontosan.	
Figyelemmel kíséri és aktívan irányítja a kiszűrt kóros eltérésekkel kapcsolatos	

további vizsgálatok, kezelések, teendők folyamatát. Ehhez (a helyzettől függően) szükség szerint kéri a védőnő közreműködését, ebben az esetben a védőnővel személyes megbeszélést kezdeményez.	
	A védőnő az orvos által végzett szűrővizsgálatok eredményét áttekinti, szükség szerint intézkedik (fokozott gondozásba vétel, jelzés a gyermekvédelem felé, javaslat a fejlesztés irányára, stb).
A tájékoztatás és az adatlap átadása a szülő erről szóló aláírásával dokumentált.	
Az orvos az „Adatlap” 2. példányát az óvodát ellátó védőnőhöz eljuttatja.	
Az „Adatlap” az óvoda/iskola-egészségügyi dokumentáció része.	Az 5 éves kori szűrővizsgálatok védőnői leletei, továbbá a szülői tájékoztatásról szóló bizonylatok a védőnői dokumentáció részét képezik.
A szakértői vizsgálathoz az „Adatlapot” az óvoda / iskola-egészségügyi ellátó adja át.	

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv, 2007)
(Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Közleménye, 2009)

A védőoltások megvalósítása minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

- Minden gyermeknek a hatályos jogszabályok és szakmai szabályok szerint meg kell kapnia a kötelező védőoltásokat.
- A járványügyi biztonság érdekében a magas átoltottság fenntartása indokolt és szükséges.
- A védőnő és a házi gyermekorvos / háziorvos egyaránt felel a kötelező védőoltások előírások szerinti, zavartalan végrehajtásáért.
- A házi gyermekorvos / háziorvos és a védőnő szoros együttműködése nélkülözhetetlen.
- Az utóbbi időben terjedő védőoltás ellenes nézetekkel szemben egységes, közösen képviselt szakmai érvekkel lehet hatékonyan fellépni.

Alapvető értékelési szempontok:

- Az életkorhoz kötött kötelező védőoltások végrehajtása a hatályos jogszabályok és szakmai szabályok szerint tervezett és dokumentált.
- A fakultatív (nem kötelező) védőoltásokról a szülők számukra egyéniesített módon a házi gyermekorvostól / háziorvostól dokumentáltan kapnak tájékoztatást és tanácsot.

A védőoltások megvalósításával kapcsolatos házi gyermekorvosi / házi orvosi tevékenység értékelési szempontjai	A védőoltások megvalósításával kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontjai
A házi gyermekorvos / házi orvos (az oltóorvos) nyilvántartást vezet a praxisába bejelentett oltandó személyekről.	A védőnő a nyilvántartásában szereplő gyermekek védőoltási tervét elkészíti a hatályos jogszabályok és a gyermek házi gyermekorvosa / házi orvosa véleményének figyelembe vételével.
Az oltóorvos a védőnő közreműködésével gondoskodik az oltóanyag megrendeléséről, tárolásáról.	Az oltási ütemterv alapján dokumentáltan megküldi az írásos tájékoztatót a szülőnek (törvényes képviselőnek) a jogszabályban előírt tartalommal. A tájékoztató tudomásulvételét a szülő aláírásával igazolja.
Az oltás működési engedéllyel rendelkező oltóhelyen (házi gyermekorvosi, házi orvosi rendelő, védőnői tanácsadó) történik.	
Az oltóorvos oltási értesítőt küld a területi ellátási kötelezettségéhez nem tartozó gyermek védőoltása esetén, továbbá a védőnő jelenléte nélküli oltás esetén az illetékes népegészségügyi intézetnek.	
Az oltás elvégzését az oltóorvos dokumentálja saját nyilvántartásában és a Gyermek-egészségügyi könyvben.	A védőnő az oltóorvossal közös tanácsadáson, vagy az oltásról szóló dokumentum alapján (Gyermek-egészségügyi kiskönyv, oltási értesítő) nyilvántartásába bejegyzni az elvégzett oltást.
Az oltóorvos oltás elmaradás esetén dokumentált módon tájékoztatja a védőnőt az oltás elmaradásának okáról.	
Az oltóorvos az adott hónapban esedékes oltás elmaradásáról, annak indokáról a járási népegészségügyi intézetet írásban értesíti.	A védőnő az oltások teljesüléséről / elmaradásáról határidőre jelentést küld népegészségügyi intézetnek.
Az orvos a fakultatív védőoltásokról részletesen tájékoztatja a szülőt, segíti döntésében a szakmai irányelveknek megfelelően, s az oltás beadása előtt a szülői beleegyező nyilatkozatot aláírhatja.	Indokolatlan oltáselmaradás (2 hónapon túli) esetén, a szülő ismételt tájékoztatását követően jelez a népegészségügyi intézetnek.
A fakultatív védőoltást az oltó orvos dokumentálja a Gyermek-egészségügyi könyvbe valamint a beteg orvosi kartonjára.	A védőnő látogatások, tanácsadások során felhívja a figyelmet a nem kötelező oltások igénybevételének lehetőségeire.

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv, 2007)

(Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Közleménye, 2009)

Az első újszülött-látogatás és vizsgálat minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

Az újszülött első otthoni látogatása, és az első házi gyermekorvosi / házi orvosi vizsgálata kiemelkedő jelentőséggel bír

- az ellátási folyamat megtervezése és kivitelezése,
- az ellátás megkezdése,
- az ellátók további tevékenységével kapcsolatos elvárások,
- a szülők és a család, továbbá az ellátók együttműködése, és
- a bizalmi viszony kialakítása

tekintetében egyaránt.

Alapvető értékelési szempontok:

- Az újszülött első védőnői látogatása és első házi gyermekorvosi / házi orvosi vizsgálata az erre vonatkozó jogszabályok és szakmai szabályok szerint történik.
- Az ellátási folyamat minden lépésének van dokumentált felelőse.

Az első újszülött-vizsgálattal kapcsolatos házi gyermekorvosi / házi orvosi tevékenység értékelési szempontjai	Az első újszülött látogatással és vizsgálattal kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontja
Hazaadást követően a jogszabályoknak és a szakmai szabályoknak megfelelően az orvosi vizsgálat megtörténik.	Az első védőnői látogatás a család otthonában történik a hazaadástól számított 48 órán belül.
	Az első védőnői látogatás szabályozott módon dokumentált.
Adaptációs zavar, fejlődési rendellenesség, betegség esetén a gondozásba vétel, a szükséges vizsgálatok szervezése, ellenőrzése (zárójelentés, illetve az újszülött vizsgálata alapján) dokumentált.	Az első védőnői látogatás tartalma a jogszabályoknak és a szakmai szabályoknak megfelelő, dokumentált. Kiterjed: <ul style="list-style-type: none"> ○ az anamnézis felvételére, ○ állapotfelmérésre, megfigyelésekre (szomatikus, pszichés, szociális), ○ fizikális vizsgálatokra, ○ a 0-4 napos életkorban végzett szűrővizsgálatok megtörténtének és dokumentumainak ellenőrzésére, ○ ellátási / gondozási terv készítésére, amely a ház gyermekorvossal / házi orvossal egyeztetésre kerül, ○ az ellátó orvos által előírt kontroll és egyéb szűrővizsgálatok teljesítésére.

A területileg illetékes védőnővel a kapcsolatfelvétel dokumentált módon megtörtént.	Az újszülött védőnői vizsgálata során tapasztalt kóros jelenség, elváltozás vagy tünet esetén a házi gyermekorvos / háziorvos tájékoztatása, továbbá a konzultáció az orvossal, dokumentált.
	A védőnő a 0-4 napos életkorban végzett szűrővizsgálatok elmaradása, hiányossága esetén dokumentált módon értesíti a házi gyermekorvost / háziorvost.
	Veszélyeztető állapot és / vagy életkörülmény esetén a védőnő szabályozott és dokumentált módon jelzés küld a házi gyermekorvos / háziorvos, továbbá a gyermekvédelem (gyermekjólét) számára.
Az házi gyermekorvos / háziorvos visszajelez a védőnőnek a 0-4 napos életkorban esedékes, de elmaradt vagy hiányos szűrővizsgálat pótlólagos megtörténtéről.	
A gyermekegészségügyi alapellátás 24 órás elérhetősége a szülő számára átadott dokumentációban rögzített (a házi gyermekorvos / háziorvos elérhetősége, telefonszáma, a háziorvosi ügyelet helyszíne, telefonszáma).	

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv, 2007)
(Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Közleménye, 2009)

A szoptatás-támogatás és a női tejjel történő táplálás-monitorozás minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

- A csecsemő részére a legjobb táplálék az anyatej.
- Törekedni kell arra, hogy minden anya megismerje és elfogadja a szoptatás előnyeit és fontosságát a csecsemő testi, lelki és mentális fejlődésében.
- Az anyatejjel való táplálás ösztönzése különösen az első 6 hónapban kiemelt fontosságú.
- A védőnő a női tejet adó nővel, továbbá az újszülöttet / csecsemőt gondozó szülővel / törvényes képviselővel és a gyermek orvosával együttműködve szervezi meg az anyatejellátást a központi anyatejgyűjtő állomás igénybevételével, vagy háztól-házig akció keretében.
- Az anyatejes táplálás monitorozásához, az adatok értékeléséhez, helyes következtetések levonásához, intézkedésekhez, javaslatokhoz egységes értelmezésre, valid adatokra van szükség.

Alapvető értékelési szempontok:

- A szoptatásra történő felkészítést, tanácsadást a várandósság ideje alatt kell megkezdeni.
- Fel kell hívni az anya figyelmét a szoptatás elmaradásából eredő esetleges hátrányos következményekre is.
- Az újszülött és csecsemő anyatejjel történő táplálása érdekében szoptatásbarát, szoptatástámogató környezetben (védőnői tanácsadóban, orvosi tanácsadóban és rendelőben) történik az ellátás.
- A csecsemők táplálására vonatkozó tanácsadás a vonatkozó szakmai szabályok szerint történik, ez az ellátott dokumentációjában nyomon követhető.
- A női tejjel való ellátás biztosítása a hatályos jogszabályok, szakmai szabályok figyelembe vételével, szabályozottan és dokumentáltan történik.
- A csecsemőtáplálásról szóló szakmai szabályok fogalmi rendszerét kell alkalmazni a táplálás, ezen belül a szoptatás adatainak dokumentálása során, továbbá a jelentések készítésekor.

A szoptatás-támogatással és a női tej táplálás-monitorozással kapcsolatos házi gyermekorvosi / házi orvosi tevékenység értékelési szempontjai	A szoptatás-támogatással és a női tej táplálás-monitorozással kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontjai
Az orvos ismeri a WHO kódex („Az anyatejet helyettesítő tápanyagok marketingjének nemzetközi szabályzata”) tartalmát.	A védőnő ismeri a WHO kódexet („Az anyatejet helyettesítő tápanyagok marketingjének nemzetközi szabályzata) tartalmát.
Az orvosi rendelőben és az orvosi tanácsadóban, váróhelyiségekben, és a gondozottak által látogatott egyéb helyeken anyatej-pótló tápszerek, cumik reklámja nem található.	A védőnői tanácsadóban, váróhelyiségekben, és a gondozottak által látogatott egyéb helyeken anyatej-pótló tápszerek, cumik reklámja semmilyen formában nem található.
A tápszerek alkalmazásának orvosi kritériumai meghatározottak és dokumentáltak.	A tápszerek alkalmazásának védőnői kritériumai meghatározottak és dokumentáltak.
Az orvosi rendelőben és az orvosi tanácsadóban, váróhelyiségben a szoptatást támogató kiadványok, plakátok, szoptatást segítő (önkéntes) csoportok, szoptatási tanácsadó elérhetősége megtalálható.	A védőnői tanácsadóban, váróhelyiségben a szoptatást támogató kiadványok, plakátok, szoptatást segítő (önkéntes) csoportok, szoptatási tanácsadó elérhetősége megtalálható.
	A védőnő megtanítja a szoptatás helyes technikáját, tájékoztat a tejelválasztás fokozásának és fenntartásának módjairól. A tanítás és tájékoztatás tartalmát és időpontját minden alkalommal a védőnői dokumentációban rögzíti.

A házi gyermekorvos / háziorvos a jogszabályok és a szakmai szabályok, valamint az ellátott gondozásban résztvevő védőnő szakmai véleményének figyelembe vételével rendeli el a női tejjel való táplálást.	A védőnő a jogszabályok, a szakmai irányelvek, egyéb szakmai és szakhatósági előírások, valamint az ellátott gondozásban résztvevő házi gyermekorvos / háziorvos szakmai véleményének figyelembe vételével tervezi és szervezi meg a női tejjel való ellátást
A tápszerek alkalmazásának kritériumai dokumentáltan meghatározottak.	A védőnő tanácsadási tevékenysége kiterjed a női tejellátással kapcsolatos felvilágosítás keretei között az anyatejadással kapcsolatos, kötelező szűrővizsgálatokra, a tejdonorra vonatkozó higiénés tanácsokra.
	A védőnő által vezetett dokumentációban megtörténik a tejet adó nő és az anyatejet kapó személyek azonosítása.
	A védőnő tanácsadása kiterjed az anyatej biztonságos tárolására és felhasználására vonatkozó ismeretek átadására.
	A női tejadás folyamata dokumentált, értékelt.
	A női tejadás folyamata a dokumentációban nyomon követhető, adatai visszakereshetők.
	A női tejadással kapcsolatos jelentési kötelezettség határidőre megtörténik.
Valamennyi nyilvántartásban lévő, gondozott csecsemő táplálásának jellemzői egységes fogalmi rendszernek megfelelően kerülnek rögzítésre az orvosi dokumentációban.	Valamennyi nyilvántartásban lévő, gondozott csecsemő táplálásának jellemzői egységes fogalmi rendszernek megfelelően kerülnek rögzítésre a védőnői dokumentációban.
	Az anyatejes/női tejes táplálásról a védőnő az egészségügyi dokumentáció alapján havi rendszerességgel on-line adatot szolgáltat.
	Az adatszolgáltatás a jogszabályok szerint, a szakmai irányelvben foglaltaknak megfelelően történik.

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv, 2007)

Az ellátott veszélyeztetettségének megállapítása, és az azzal kapcsolatos tevékenység minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

- Elsődleges cél a gyermek családban történő nevelkedésének elősegítése, a gyermek veszélyeztetettségének megelőzése és megszüntetése.
- Krónikusan beteg, speciális ellátást igénylő gyermekek fokozott gondozása történhet az alapellátásban, de gyakran van szükség a szakellátás támogató, irányító tevékenységére.
- A gördülékeny és sikeres együttműködéshez folyamatos adat- és információ-csere, és gyakori konzultáció szükséges.

- Az ellátott fejlődésének bármely területén fellépő zavar korai felismerése teszi lehetővé, hogy a rászoruló gyermek időben jusson hozzá a szükséges ellátáshoz. Minden gyermek alapvető joga, hogy a megfelelő körülmények biztosításával elősegítsük az optimális fejlődését.

Alapvető értékelési szempontok:

- Az ellátott veszélyeztetettségének megállapítása, és az azzal kapcsolatos tevékenység a hatályos jogszabályoknak és szakmai szabályoknak megfelelően, dokumentáltan valósul meg.
- Dokumentáltak a további teendők és az igénybe vett más szolgáltatások, a terápiára és életmódra vonatkozó javaslatok, s a következő kontroll javasolt időpontja is szerepel, melynek betartását nyomon kell követni.

Az ellátott veszélyeztetettségének megállapításával kapcsolatos házi gyermekorvosi / házi orvosi tevékenység értékelési szempontjai	Az ellátott veszélyeztetettségének megállapításával kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontjai
	A 0-6 éves gyermekek ellátása során az ellátott családok társadalmi, szociális helyzetének megismerése, a gondozott szomatikus, mentális és pszichés állapotának megismerése biztosított.
A házi gyermekorvos / házi orvos rendelkezik a szociális és mentálhigiénés segítségnyújtást biztosító intézmények, szervezetek, szakemberek adatbázisával.	A védőnő rendelkezik a szociális és mentálhigiénés segítségnyújtást biztosító intézmények, szervezetek, szakemberek adatbázisával.
	A védőnő a szociális és mentális segítségnyújtás lehetőségeit közvetíti a családok felé, és figyelemmel kíséri az eredményességet. A folyamatot és tevékenységet dokumentálja.
A házi gyermekorvos / házi orvos és a családok ellátásában, gondozásában résztvevő más szakemberek, intézmények között a tájékoztatás, az információ átadás, a veszélyeztetettség jelzése, a visszajelzés biztosított és dokumentált.	A védőnő és a családok ellátásában, gondozásában résztvevő más szakemberek, intézmények között a tájékoztatás, az információ átadás, a veszélyeztetettség jelzése, a visszajelzés biztosított és dokumentált.
Veszélyeztető tényező észlelése, valamint az együttműködő szakemberek, továbbá a szakhálózat házi gyermekorvos / házi orvos által történő értesítése dokumentáltan történik.	Veszélyeztető tényező észlelése, valamint az együttműködő szakemberek, továbbá a szakhálózat védőnő által történő értesítése dokumentáltan történik.
	A családokat segítő karitatív és támogató szervezetekkel az együttműködés koordinatív és dokumentált.
	Veszélyeztetettség észlelése esetén az adatkezelés és adatvédelem szempontjai,

	továbbá az ellátott önrendelkezéshez és titoktartáshoz fűződő jogai kiemelten kezelendők.
	A várandósok és a gyermekek védelmével kapcsolatos területi védőnői feladatok ellátásának helyi eljárásrendje, ezen belül a dokumentálás is szabályozott.
A házi gyermekorvos / háziorvos a fokozott gondozást igénylő gyermekekről külön nyilvántartást vezet. Az ellátott fokozott gondozás igénylő állapotáról, krónikus betegségéről az orvos dokumentáltan értesíti a védőnőt.	A védőnő a fokozott gondozást igénylő gyermekekről külön nyilvántartást vezet.
A házi gyermekorvosi / háziorvosi dokumentációban jól követhetők az ellátott állapotának változásaival, szükségleteinek módosulásával, betegsége lefolyásával kapcsolatos beavatkozások, ellátási események és műveletek.	A védőnői dokumentációban jól követhetők az ellátott állapotának változásaival, szükségleteinek módosulásával, betegsége lefolyásával kapcsolatos beavatkozások, ellátási események és műveletek.
A szakellátásra szóló beutalók, írásos összefoglalók tartalmaznak, konzultatív jellegűek.	A védőnő segíti, tanácsaival támogatja a szakellátás javaslatainak betartását. Szükség szerint a javaslatok megvalósulását kontrollálja.
A szakellátás lelete, véleménye, javaslata jól dokumentált a házi gyermekorvosi / háziorvosi dokumentációban.	A védőnő követi a szakellátás által javasolt ellenőrző vizsgálatok megtörténtét, azok elmaradása esetén szorgalmazza annak pótlását.
A szakellátás javaslatainak betartása ellenőrzött.	
A szakellátás által javasolt kontrollok elmaradása esetén a szülő felszólítása annak bepótlására megtörténik,	
	<p>Minden nyilvántartott gyermek fejlődésének követése, monitorozása, szabályozott és dokumentált, különös tekintettel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gondozási terv elemeire (részletes anamnézis, állapotfelmérés, rizikótényezők meghatározása), • az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok teljes körű elvégzésére, értékelésére, • a gyermekre jellemző fejlődési ütemének meghatározására, • szoros együttműködés, kölcsönös jelzés a fejlődési zavar korai észlelésére az alapellátás szakemberei, a bölcsődei gondozónők, óvodapedagógusok között, • a gyermek fejlődésének elmaradása esetén a szükséges intézkedések

	<p>megtétele: továbbküldés a házi gyermekorvos/háziorvos felé,</p> <ul style="list-style-type: none"> • a szülő jogosult a tájékoztatásra, a további teendőkről való konzultációra, • a háziorvos, házi gyermekorvos és a védőnő a javasolt és a szülők által elfogadott fejlesztést, terápiát figyelemmel kísérik, segítik, • fejlődési zavar szempontjából fokozottan veszélyeztetettek nyomon követése a szakellátókkal szoros együttműködésben valósul meg (koraszülött ellátás, intenzív ellátásban részesülők utógondozása).
--	---

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv, 2007)

Az ellátás tervezése minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

A védőnő és a házi gyermekorvos / háziorvos az egyénre szabott ellátási folyamatban szorosan együttműködik egymással, a szülővel, a gyermekkel és a családdal.

Alapvető értékelési szempontok:

- A gondozás tervezése és megvalósítása az ellátott szükségleteinek megfelelően történik.
- A gondozás során az ellátott szükségleteit is figyelembe veszik, és a számára legmegfelelőbb módszereket alkalmazzák.
- Az ellátott állapotváltozásának, szükségletei módosulásának megfelelően változik a gondozási terv.
- A gondozási terv egy-egy életszakaszt követően értékelésre és lezárásra kerül.

Az ellátás tervezésével kapcsolatos házi gyermekorvosi / háziorvosi tevékenység értékelési szempontja	Az ellátás tervezésével kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontja
A házi gyermekorvos / háziorvos dokumentáltan tájékoztatja a védőnőt a gyermek állapotában bekövetkezett kóros változásokról, fejlődésének zavarairól.	
A házi gyermekorvos / háziorvos a fokozott gondozási szükséglet változásáról, és a gondozási terv módosításának szükségességéről dokumentáltan tájékoztatja a védőnőt.	Az ellátási terv a gyermeket gondozó szülő / törvényes képviselő közreműködésével valósul meg, folyamatos tájékoztatás és megbeszélés mellett.

	A tájékoztatás kiterjed a gyermeket, anyát / törvényes képviselőt megillető jogokra és kötelezettségekre, a gyermek ellátásával, gondozásával kapcsolatos beavatkozásokra, eseményekre, ismeretekre, elvárásokra is.
	A fejlődés zavarainak, a gondozott állapotváltozásnak észlelésekor a védőnő dokumentáltan tájékoztatja a gyermek orvosát.
	Az ellátási terv egyénre szabottan, a gondozásban résztvevő szakemberek és a gondozott aktuális állapotának megfelelően változtatva, dokumentálva valósul meg, folyamatos értékelés mellett,
	Az ellátási folyamat dokumentáltan nyomon követhető, értékelt, lezárt és visszakereshető.
	A védőnői gondozás visszautasításának esetén, a jogszabályok szerint készül és továbbításra kerül az előírt dokumentáció

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv, 2007)

Az orvosi - védőnői együttműködés és kommunikáció minőségének és megfelelőségének értékelési szempontjai

Megfontolások:

- A házi gyermekorvos/háziorvos az alapellátási tevékenységet, a védőnő a gondozási feladatait önállóan végzi.
- A két alapellátási tevékenység egymást kiegészíti.
- Az eredményes megelőző-gyógyító alapellátás csak a két szakterület szoros, kölcsönösen fenntartott együttműködésével, zavarmentes kommunikációjával valósulhat meg.

Alapvető értékelési szempontok:

- Jogszabályok és a szakmai szabályok több helyen hivatkoznak az együttműködés egyes formáira, területeire (együttműködés, kapcsolattartás, közreműködés, jelzés, stb.). Ezek a hivatkozások képezik a szempontrendszer alapját.

Az orvos - védőnő együttműködésével és kommunikációjával kapcsolatos házi gyermekorvosi / házi orvosi tevékenység értékelési szempontjai	Az orvos - védőnő együttműködésével és kommunikációjával kapcsolatos védőnői tevékenység értékelési szempontjai
A házi gyermekorvosi / házi orvosi dokumentáció részét képezi az ellátott / gondozott védőnőjének neve, elérhetősége.	A védőnői dokumentáció részét képezi az ellátott / gondozott házi gyermekorvosának / házi orvosának neve, elérhetősége.
Felmerülő veszélyeztetettség esetén amennyiben a házi gyermekorvos / házi orvos a gyermekvédelem felé jelzéssel él, az illetékes védőnőt dokumentáltan értesíti erről.	Felmerülő veszélyeztetettség esetén, amennyiben a védőnő a gyermekvédelem felé jelzéssel él, az illetékes házi gyermekorvost / házi orvost dokumentáltan értesíti erről.
	A védőnő a családban észlelt olyan eseményekről, történésekről és jelenségekről, melyek az ellátott szomatikus, mentális, pszicho-szociális fejlődését hátrányosan befolyásolják, befolyásolhatják, az illetékes házi gyermekorvost / házi orvost dokumentáltan értesíti.
Az ellátott krónikus betegségéről a házi gyermekorvos / házi orvos dokumentáltan értesíti a védőnőt.	
Az ellátott olyan akut betegségéről, amelynek során a családnak gondozási / ápolási tanácsokra van szüksége, a házi gyermekorvos / házi orvos dokumentáltan értesíti a védőnőt	
	A védőnő az ellátott / gondozott szomatikus, mentális, pszicho-szociális fejlődésében tapasztalt kóros eltérésekről az illetékes házi gyermekorvost / házi orvost dokumentáltan értesíti.

(Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv, 2007)

(Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Közleménye, 2009)

Ágazatközi együttműködés – együttműködési deficit

A koragyermekkori ellátás Magyarországon számos, más-más ágazathoz tartozó szakterület tevékenységét érintő feladat, azonban az ellátásban érdekelt szervezetek jelenleg egymástól elkülönülten működnek, közöttük gyakorlatilag hiányzik a formalizált kapcsolat. Az együttműködésükre vonatkozó, jelenleg fellelhető szabályozás gyenge. Megállapítható, hogy jelenleg szinte csak a szerencsés esetben kialakuló informális, személyközi kapcsolatok mentén lehetséges pótolni a hiányos együttműködésből következő ellátási veszteséget.

Ez az együttműködési deficit felismerhető a szakmai tevékenység vizsgálata során is, különösen akkor, amikor a gyermekek ellátási szükségleteinek felmérése, és a szükségletek megfelelő kielégítése is szerepel a szakfelügyelet témái között. Az a tapasztalat, hogy minden szakterület a maga számára előírt feladatok teljesítését tartja szem előtt.

A védőnői tevékenység kiterjed az ágazatok határterületeire. Az egyes ágazatok ellátói speciális jelzéseket várnak a védőnőktől, és a saját információik közvetítőiként számítanak rájuk. A gyermekek egészségi állapotával, szociális körülményeivel kapcsolatos adatokat és információkat kérnek munkájukhoz, anélkül, hogy erre jogszabályi felhatalmazás vagy eljárásrend alapot adna.

A jelenlegi struktúrában **az együttműködés javítása érdekében** erőfeszítéseket kell tenni. A kapcsolatfelvételhez és annak fenntartásához a kapcsolattartók rugalmassága, motiváltsága, elhivatottsága, minőség szemlélete és szakmai tudása is szükséges. Történt már kezdeményezés járási/megyei szintű **kapcsolati háló** kialakítására, amelynek alapja egy helyi, folyamatosan frissített **információs adatbázis**, amely mindenki számára elérhető, naprakész információkat tartalmaz a gyermekek ellátásában érdekelt ágazatok szakembereinek és intézményeinek elérhetőségéről. Ebben az informális folyamatban különösen fontos az előítéletek és a presztízsféltés leküzdése, egymás munkájának megismerése és elismerése, megbecsülése is. Tolerancia, felelősség vállalás, a kompetenciák határainak tiszteletben tartása nélkül nincs jó együttműködés.

Az informális törekvéseken túl elengedhetetlen a kora gyermekkori ellátás szereplői (házi gyermekorvos, házi orvos, védőnő, bölcsőde, óvoda, pedagógiai szakszolgálat, korai fejlesztők, nevelési tanácsadó, gyermekjóléti szolgálat, családsegítő szolgálat, gyermekvédelem) tevékenységének hivatali, formalizált összehangolása, a fenntartók és szolgáltatók felelősségének meghatározása (és számon kérhetősége). Az egységes elveken működő, ágazati határokon átívelő szabályozás a gyermekellátás minőségbiztosításának és minőségfejlesztésének elengedhetetlen feltétele.

Ehhez a minőségfejlesztéshez tartozik (tartozna) a gyermekek ellátásában érdekelt valamennyi ágazatban a minőségügyi szakfelügyelet megteremtése, továbbá az egyes szakfelügyeletek tevékenységének összehangolása is.

Jó gyakorlat

A „jó gyakorlat” általános értelemben olyan folyamat, módszer, cselekvés és eszközhasználat együttese, amely a szakmai kritériumoknak megfelel, amelyet kipróbáltak, sikeresen és hatékonyan alkalmaztak egy adott tevékenység, feladatellátás során. Tudásmegosztás, horizontális tanulásforma, olyan ösztönző minta, ami hiteles tapasztalon alapul.

A „jó értékelési gyakorlat” alkalmazása sikeres, hatékony és eredményes az egészségügyi ellátók szakmai tevékenységének értékelése során, ezt a klinikai audit módszerével megvalósult szakfelügyelet eredményei bizonyítják. Alkalmazásával a felügyeleti tevékenység valamennyi alapelve megvalósul, úgymint a folyamatosság, a koncentrálttság, a bizonyítottság, és a fejlesztés. A módszer komplex, és alkalmazása egyúttal a minőségfejlesztést is szolgálja.

A következőkben szemléltető példaként részletesen bemutatunk egy, **a szakmai tevékenység értékelési** köréből kiválasztott jó gyakorlatot, melynek **módszerét és elemeit** az értékelést végző szakemberek más (további) vizsgálati téma kiválasztása esetén is biztonsággal alkalmazhatják, de a gyermek-egészségügyi alapellátás szereplői (házi gyermekorvosok, házi orvosok és védőnők) is felhasználhatják saját ellátási gyakorlatuk minőségének és megfelelőségének javítására.

A bemutatandó jó gyakorlat témája:

Területi- és iskolavédőnői érzékszervi szűrővizsgálatok megfelelőségének szakmai értékelése

A tervezés

A tervezés szakasza

Az adott járási vezető védőnői értekezleten meghatározták az adott év kiemelt vizsgálati és értékelési munkaterv feladatát.

Több felmerült témakör közül a választás a védőnői érzékszervi szűrővizsgálatokra esett, az alábbi megfontolásból:

- Az érzékszervi szűrővizsgálat a védőnői ellátás nagy jelentőséggel bíró területe, mely magas szakmai színvonalú, minőségi munkát igényel.
- A jogszabályok a védőnők által végzendő szűrővizsgálatok tekintetében
 - a szűrővizsgálatok önálló végzését, és
 - önálló felelősségvállalást feltételeznek.
- Szakmai irányelvek jelentek meg a 0-18 éves korú gyermekek látás- és hallásfejlődésének szűrővizsgálatához.
- A szakmai irányelvek bevezetése
 - új ismeretek elsajátítását és
 - új kompetenciák bevezetését feltételezte.
- Eddig az időpontig a védőnői alapképzésben ezek az ismeretek még nem szerepeltek.
- Az irányelvek megismeréséhez elméleti gyakorlati felkészülésként mindkét témában továbbképzést szerveztek. Az érdekeltek részvétele mindkét továbbképzésen csaknem teljes körű volt (93,1%).
- A továbbképzésen kívül további segédanyagokat kaptak a védőnők DVD-n és egyéb elektronikus formátumokban.

A járási vezető védőnők napi gyakorlatukban (szakmai látogatások, a védőnőkkel történő konzultációk során) azt tapasztalták, hogy a védőnői érzékszervi szűrővizsgálatok végzése nem egységes gyakorlat szerint történt, mert:

- nem mindig és mindenütt voltak biztosítottak a megfelelő körülmények és a szükséges eszközök,
- nem mindig és mindenütt volt elegendő a ráfordított idő,
- nem volt megfelelő a választott szűrési módszer.

Ezek következtében a kapott eredmények megbízhatósága különböző mértékű, esetenként kérdéses lehetett.

Mindezekre tekintettel kiemelt jelentőségűvé vált a védőnői látás- és hallásszűrés vizsgálatok értékelése és támogatása.

A feladatokat a következők szerint határozták meg:

1. feladat:

- a vizsgálat és az értékelés szempontjainak, valamint a jegyzőkönyvek szakmaspecifikus részének kidolgozása, véleményezés után véglegesítése.

2. feladat:

- a vizsgálat és értékelés lebonyolítása.

3. feladat:

- az értékelés tapasztalatainak összesítése, következtetések, szükség szerint intézkedések.

Munkamódszer:

- a véleményezés, javaslattétel elektronikus úton történik,
- személyes megbeszélések a soron következő járási vezető védőnői értekezleten kerül sor.

Időközben (2011.03.24- 2011.04.26.) zajlott az OTH minőségfejlesztéshez, indikátorképzéshez, és a klinikai audit módszeréhez kapcsolódódó, vezető védőnők részére szervezett továbbképzése. Témák:

- Indikátorok fejlesztése a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyve (MEES) I/3. Védőnői ellátás folyamata fejezetének egyes standardjaihoz
- Klinikai audit módszerének alkalmazása a védőnői szakfelügyelet során.

Az első modul elméleti képzési napjain minden vezető védőnő, a többi képzésen a megyei vezető védőnők vettek részt. A hallgatók a képzésen tanultakat megpróbálták hasznosítani a folyamatban lévő munkáikban, és elhatározták, hogy a védőnői érzékszervi szűrővizsgálatok értékelését megkísérik a klinikai audit módszerének felhasználásával elvégezni.

A tervezéshez a továbbképzéshez csatlakozó workshop-on elsajátított szempontrendszert használták fel, ami az alábbi volt:

1. Témaválasztás

- Mi a probléma?
- Milyen szempontok alapján választották ki az adott témát?
 - A témaválasztás indoklása.

2. Az adott téma jogi és szakmai szabályozásának összegyűjtése

- Jogszabályok
- Saját irányelvek, protokollok
- Nem saját irányelvek, protokollok
- OGYEI módszertani anyag
- Egyéb szakmai anyag

3. Irányelvek kritikus értékelése

- Jól átlátható, világos, érthető az irányelv? Egyértelmű, hogy ez az egyetlen érvényben lévő?
- Vajon a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak az ajánlások?
 - Bizonyítékok besorolását bemutatják?
 - Irodalomjegyzék: mi a tanulmányok kiadási dátuma, van-e közöttük szakmai irányelv, „guideline”?
- Érintett szakterületek bevonásával, vagy velük egyeztetve készült az irányelv?
- Minden ajánlása alkalmazható a hazai ellátó környezetben?
- Ad-e az alkalmazást támogató segédanyagokat? (indikátor, dokumentációs adatlap, betegtájékoztató, stb.)

4. Ajánlás tábla elkészítése

5. A jó minőségű ellátásnak melyek a feltételei? A jó minőségű ellátás mely dimenziókban jellemezhető valamilyen standarddal? Ahhoz milyen kritériumok tartoznak? Pl. Megfelelő az ellátás, ha..., Eredményes az ellátás, ha... stb. (mátrix tábla)

6. A megfogalmazott standardok és/vagy kritériumok közül prioritás score alkalmazásával választják ki azt, amelyekre vonatkozóan mérést végeznének.

7. Megfogalmazzák az audit célját.

8. Kiválasztott standardok alapján meghatározták a kritériumokat és az indikátorokat, amelyekkel az ellátás minősége mérhető és viszonyítható az ellátás elvárható szintjeként meghatározott numerikus standardokhoz.

9. Adatgyűjtést és az adatok feldolgozását is meghatározták: milyen adatokra van szükség, és azokat hogyan gyűjtenék? Mi lesz a módja az adatok feldolgozásának és az eredmények értékelésének?

10. A várható következtetések, intézkedések:

- képzési témakörök meghatározása,
- bizonyítékok keresése,
- irányelvek ajánlásainak módosítása,
- ellátás feltételrendszerében változtatás,
- ellátási folyamat módosítása,
- külső kapcsolódási ponton szükséges egyeztetés,
- jogszabály módosítás,
- betegtájékoztató, a betegek együttműködésének javítása.

A megvalósítás

A tervezésben leírtak alapján, abban pontról - pontra haladva összeállításra került a területi- és iskolavédőnői érzékszervi szűrővizsgálatok kivitelezésének értékeléséhez a **saját szempontrendszer**, a klinikai audit módszerének felhasználásával, az alábbiak szerint:

1. Témaválasztás

Mi a probléma?

- A védőnői érzékszervi szűrővizsgálatok végzése nem egységes gyakorlat szerint történik,
 - nem mindig és mindenütt biztosítottak a megfelelő körülmények és a szükséges eszközök,
 - nem mindig és mindenütt elegendő a ráfordított idő,
 - nem megfelelő a választott szűrési módszer.
- Ezért a kapott eredmények megbízhatósága különböző, esetenként kérdéses lehet.

A témaválasztás általános indokolása

2009. évben két új irányelv jelent meg a 0-18 éves korú gyermekek látás és hallásfejlődésének szűrővizsgálatához.

Az irányelvek megismeréséhez elméleti és lehetőség szerinti gyakorlati segítséget nyújtottak.

Szeretnék tovább támogatni és megerősíteni a védőnők továbbképzésen kapott ismereteit, azok gyakorlatba történő alkalmazását, ezért 2011. évben kiemelt megyei szakfelügyeleti szempontjuk volt a védőnői látás- és hallásszűrés vizsgálatok támogatása a szakmai tevékenység értékelésének eszközeivel.

Az értékelés lényege:

- a látás és hallásszűréssel kapcsolatos védőnői feladatellátás elemzése,
- annak értékelése, hogy a jelenlegi védőnői gyakorlat megfelel-e az elvárt követelményeknek (szűrővizsgálatokkal kapcsolatos standardok, kritériumok),
- a konkrét védőnői gyakorlat értékelése (indikátorok),
- az ellátás javítására vonatkozó javaslatok kidolgozása, a jó gyakorlatok megerősítése, terjesztése (minőségfejlesztés).

Az egységes szempont szerint végzett értékelés célja, hogy:

- az érzékszervi szűrővizsgálatok kivitelezése megfelelő szakmai ismeretek birtokában,
- az irányelvekben rögzített egységes gyakorlat szerint,
- kellő alapossággal történjenek.

A témaválasztás részletes indokolása

- Az életminőség tekintetében az érzékszervek megfelelő működése sorsdöntő jelentőségű, az eltérések időben történő észlelése lehetőséget ad a korrekcióra, ellenkező esetben viszont az egész életre kiható negatív következmények lehetnek.
- A téma minden védőnőt és a gondozottak túlnyomó többségét érinti (0-18 éves korosztály).
- A megfelelő ellátásra meggyőző bizonyítékok léteznek (érvényes szakmai irányelvek).
- Megalapozott elvárás, hogy az aktuális ellátási színvonal javítható.
- A feltételezett minőségi probléma javítható.
- A védőnői szűrővizsgálatok szakszerű és megbízható ellátása a szervezet céljai között prioritást élvez.

2. A védőnői érzékszervi szűrővizsgálatok jogi és szakmai szabályozásának dokumentumai

Jogszabályok (a bemutatott tevékenység időpontjában):

- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 49/2004. (V. 21.) EszCsM rendelet a területi védőnői ellátásról
- 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról
- 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

Irányelvek:

A bemutatott tevékenység időpontjában érvényes közös szakmai irányelvek, valamint saját irányelvek felsorolása

Protokollok:

A bemutatott tevékenység időpontjában érvényes szakmai protokollok felsorolása

Egyéb szakmai anyagok:

A bemutatott tevékenység időpontjában érvényes OTH kiadványok, továbbá a Védőnői Szakmai Kollégium az idő szerint releváns Módszertani útmutatói

Ütközések, tisztázatlanságok a jogi és szakmai szabályozásban:

- Ellentmondás a jogszabályokban: Eü. tv. szerint kötelező az újszülöttkori és a tankötelezettség alatti szűrővizsgálat. A 49/2004. (V. 21.) EszCsM rendelet szerint gyermekjóléti szolgálathoz kell fordulni, ha a gondviselő nem veszi igénybe az ellátást, ill. hatósági intézkedés súlyos elhanyagolás esetén.
 - Mikor minősül súlyos elhanyagolásnak egy kötelező vizsgálat megtagadása? Minden esetben? Vagy csak ha olyan probléma lép fel, amely a szűrővizsgálattal megelőzhető, korrigálható lett volna?
 - Az Eü tv. szerint a nem kötelező szűrővizsgálatokat jogszabály kedvezményekkel ösztönözheti, vagy a részvétel megtagadása esetén a beteg egészségi állapotát hátrányosan nem érintő kedvezményeket megvonhat.
- A rendelkezésre álló két szakmai irányelv orvosok, szakdolgozók és szurdopedagógusok részére készült, de az irányelvekben a kompetenciák nem kerültek meghatározásra.
- A szűrendő korcsoportok megjelölése nem azonos a jogszabályokban és az irányelvekben (még a korcsoporti bontás sem). Ez még a jogszabályi hierarchia figyelembe vétele mellett is zavaró.
- Nem egyértelműen szabályozott a Mikor? Mit? Hogyan? kérdése sem.
- Nem egyértelműen szabályozott, hogy *el tudja végezni, elvégezheti, vagy kötelező elvégezni* az egyes vizsgálatokat (lehet vagy kell, mikor lehet vagy mikor kell?).
- Nem egyértelmű, melyek az érvényes szabályozók.
- A vonatkozó irányelvekben nincs a gyakorlati tevékenységet bemutató DVD-re utaló hivatkozás, így az abban foglaltak az értékelés során nem kérhetők számon az irányelv részeként.

- A szakmai kollégiumi módszertani útmutatóban nem egyértelmű a feladatok meghatározása (gondoskodik az elvégzésről, vagy elvégzi?), érvényes egyáltalán?

3. Irányelvek kritikus értékelése

(A vonatkozó szakmai irányelvek megújítása folyamatban van, kritikus értékelésükre a megjelenésük után lesz mód.)

4. Ajánlás tábla elkészítése

Az ajánlás tábla az érintett szabályzók tömör, áttekinthető összefoglalója, amely 3 szerkezeti egységből áll.

- 1. egység: meg kell határozni, hogy a védőnői ellátás értékelésére aktuálisan kiválasztott részének melyek a felvetett probléma szempontjából leghangsúlyosabb területei, amelyek az ellátást meghatározzák, amelyre létezik jogi/szakmai szabályzó, és amelyekre az értékelés befolyással, hatással lehet.
- 2. egység: be kell írni a táblázatba, hogy mely joghelyek szabályozzák ezeket a területeket. (Ide azt kell röviden beírni, hogy az adott joghely *hogyan* szabályoz, „mit mond” az adott témában. Lehetséges megoldás az is, hogy csak a hivatkozások kerülnek a táblázat oszlopaiba, a joghelyek idézése a táblázaton kívül kerül leírásra.)
- 3. egység: azon kérdések felsorolása, amelyek a szabályzók alkalmazásával kapcsolatban merültek fel. Ez azért fontos, mert segít az adott problémára fókuszálni, ezzel közelebb lehet jutni a vizsgálandó terület behatárolásához, pontosításához, szűkítéséhez.

Ajánlás tábla

1. egység

2. egység

3. egység

Az értékelés szempontjából legfontosabb (problémás) elemek	A felsorolt elemekre vonatkozó szabályozók (hivatkozás joghelyekre)							A szabályozók alkalmazásával kapcsolatosan felmerülő kérdések
	1	2	3	4	5	6	stb.	

A hivatkozott joghelyek idézése	
sorszám (az „Ajánlás” táblán)	idézés
1	
2	
3	
4	
5	
6	
stb.	

5. A jó minőséget meghatározó feltételek táblázatának elkészítése

Ez a táblázat annak a megjelenítésére szolgál, hogy a jó minőségű, meghatározott standard szerinti ellátás mely minőségi dimenzióban jellemezhető valamilyen kritériummal. A struktúra, a folyamat, az eredmény vonatkozásában, szakmai, szervezeti és interperszonális tényezők tekintetében

- eredményesség,
- hatékonyság,
- megfelelés,
- hozzáférhetőség,
- biztonságosság,
- személyközpontúság (betegközpontúság)

figyelembevételével állapíthatók meg a kritériumok (eredményes az ellátás, ha....., megfelelő az ellátás, ha....., stb.)

Kritérium tábla készítésekor mindenekelőtt meg kell határozni, hogy mely standard megvalósulásának értékeléséhez készülnek a kritériumok.
(Például: A védőnő által önállóan végezhető vizsgálatok, szűrővizsgálatok tervezetten történnek, és dokumentáltak.)

	struktúra			folyamat			eredmény		
	szakmai	szervezeti	interperszonális	szakmai	szervezeti	interperszonális	szakmai	szervezeti	interperszonális
Eredményes									
Hatékony									
Megfelelő									
Hozzáférhető									
Biztonságos									
Betegközpontú									

A táblázat egyes celláiba kerülnek az adott oszlop/sor metszéspontjának megfelelő kritériumok. (Megjegyzés: általában maradnak üres cellák, és gyakran egy cellába több kritérium is kerül.)

6. A megfogalmazott kritériumok prioritási sorrendjének felállítása

Ebben a szakaszban történik meg az előző táblázatban meghatározott kritériumok prioritás sorrendjének megállapítása. A sorrend alapján kerülnek kiválasztásra azok a kritériumok, amelyek a munkacsoport tagjai szerint a legmagasabb prioritásúak. Az az értékelésbe bevonandó kritériumok kiválasztása segít a problémára fókuszálni.

A prioritási sorrend megállapításának menete a következő:

- Az egyes kritériumokat egyenként kell értékelni (pontozás 1 és 5 között)
 - az aktualitás,
 - a fontosság,
 - a mérhetőség,
 - a befolyásolhatóság,
 - a várható hatás,
 - a megvalósíthatóságszempontjából.
- A pontok alapján ki kell számolni a prioritás score-t.
- A score értéke szerint kell megállapítani a prioritás sorrendet.

Részletes leírás:

- A táblázat kritériumonként egységekre tagolódik.
- Az előzőekben meghatározott kritériumokat az egyes egységek elején fel kell tüntetni.
- A táblázat első oszlopában a munkacsoport tagjainak azonosítója (pl. a nevek kezdőbetűi) szerepelnek.
- A munkacsoport minden tagja minden kritériumot értékeli (pontoz) aktualitás, fontosság, mérhetőség, befolyásolhatóság, várható hatás és a megvalósíthatóság szempontjából külön-külön 1 és 5 között, ahol az 1 pontra értékelt kritérium a legkisebb, az 5 pontra értékelt a legnagyobb jelentőséggel bír *az értékelő személy véleménye szerint*.
- Az adott egység legelső sorában a munkacsoport által adott átlagérték jelenik meg.
- Ezen átlagértékek szorzata adja a prioritás score-t, ami egységenként (kritériumonként) a score oszlopban jelenik meg.
- Ezen score érték alapján (annak nagyság szerinti sorrendjében) állítható fel a kritériumok közötti sorrend, ez szerepel az utolsó oszlopban.
- A következő lépésben meg kell határozni, hogy az értékelésbe milyen (mekkora) score feletti kritériumok kerüljenek be.

- A meghatározott score érték alatti elemeket (kritériumokat) egyszerűen el kell hagyni, mert csak a legfontosabb, legnagyobb jelentőséggel bíró tényezőkre érdemes koncentrálni.

Véleményező k azonosítója	Aktualitás	Fontosság	Mérhetőség	Befolyásol- hatóság	Várható hatás	Megvalósít- hatóság	SCORE	Sorrend
A prioritizálandó kritérium megnevezése, például:								
A szükséges eszközök megfelelő minőségben rendelkezésre állnak								
AB	5	5	4	3	3	2		
CD	5	5	3	4	4	3		
EF	5	5	5	5	3	4		
GH	5	5	3	3	5	5		
XY	4	5	4	3	4	3		
átlag	4,8	5	3,8	3,6	3,8	3,4	4242	
<i>További kritériumok megnevezése (ahány kritérium, annyi pontozó tábla készül)</i>								
AB								
CD								
EF								
GH								
XY								
átlag								

a csoporttagok által adott értékek

prioritási score (az átlagértékek szorzata)

7. Az audit módszerével végzett értékelés céljának megfogalmazása

A tervezésnek ebben a szakaszában az eddigi ismeretek birtokában pontosítani és konkretizálni lehet az audit módszereivel végzett értékelés céljait. Jelen példa esetében ezek a következők:

- Felhívni a figyelmet a szűrővizsgálatok korrekt, pontos, a szakma szabályai szerinti kivitelezésének jelentőségére.
- Elősegíteni, hogy a védőnők a jogszabályokban és szakmai szabályokban (irányelvekben) rögzített egységes szakmai szempontok alapján végezzék a szűrővizsgálatokat.
- A szűrővizsgálat során az esetleges eltérések időben észlelésre kerüljenek.
- A szükséges korrekciók időben megtörténhessenek!

8. Kritériumok és indikátorok rendező táblázata

- A prioritás sorrend alapján kiválasztásra kerülnek az egyes kritériumok, és az illeszkedő indikátorok.
- Az indikátorok alapját (a mérőszám számításának alapját) az alapellátás dokumentációjának (ellátottak egészségügyi dokumentumai, jelentések, nyilvántartások, stb.) egyes elemei, és/vagy a szakmai értékelés céljából külön feltett kérdések és az azokra adott válaszok képezik.
- A minőség és megfelelés értékelése céljából külön feltett kérdések az egyes vizsgálódások (pl. a szakfelügyelet) előkészítése során az adott célfeladathoz kialakított kérdőíveken szerepelnek, ezek többnyire a *jegyzőkönyvek specifikus és/vagy szakmaspecifikus tartalmi elemei*.³

A prioritás sorrend alapján meghatározott kritériumokat és indikátorokat az áttekinthetőség, követhetőség és érthetőség támogatására összefoglaló táblázatba rendezik, ennek szerkezetét szemléltetjük a következőkben.

³ Mintákat mutatunk be a kötet végén található Melléklet „II. A jegyzőkönyv specifikus tartalmi elemei” cím alatt.

standard	kritérium	indikátor	Az indikátor-számítás módszere (pl.: számláló/nevező) (pl.: számláló/nevező X szorzószám)			mértékegység	a minőséget befolyásoló tényező
			számláló	nevező	szorzószám		
„A” standard	„A1” kritérium	A1.1					
		A1.2					
	„A2” kritérium	A2.1					
		A2.2					
	„A3” kritérium	A3.1					
„B” standard	„B1” kritérium	B1.1					
		B1.2					
	„B2” kritérium	B2.1					
		B2.2					
	„B3” kritérium	B3.1					
stb., stb.							

A táblázatban követhető, hogy az adott folyamatban egy standard megvalósulásának értékeléséhez (a priorizálás során meghatározott sorrend szerint) hány és milyen kritérium teljesülését kell/lehet vizsgálni, továbbá azok hány és milyen indikátorral mérhetők a minőség és megfelelés értékelése során.

Az indikátor mértékegysége az indikátor típusától függ, például az arány alapú indikátoroknál a mértékegység általában %, átlagérték esetében a mértékegység lehet eset, fő, perc, stb.

9. Adatgyűjtés (jegyzőkönyv, kérdőív) és az adatok feldolgozása

Az adatgyűjtés forrásai és módszerei:

- Helyszíni vizsgálat, egységes szakmaspecifikus jegyzőkönyv alkalmazásával. Az adatgyűjtés a következők alapján történt:
 - a szűrővizsgálat kivitelezésének megtekintése,
 - a dokumentáció áttekintése,
 - a védőnővel történő konzultáció,
 - szervezési és működési feltételek értékelése.
- Az önbevalláson alapuló kérdőívet az értékelés előtt kiküldték a védőnők számára, majd a helyszíni ellenőrzés során a védőnő az értékelést végző személlyel megbeszélte annak tartalmát.
- Az értékelők semmire nem kérdeztek rá, semmit nem figyeltek meg, amit jogszabály, szakmai szabály ne írt volna elő, vagy nem támasztott volna alá!
- Az eredmény átfogó, szisztematikusan felépített, nagyon részletes, nagyon alapos, és a lehetséges mértékben objektív értékelés lett.

A védőnői önbevallásos kérdőív alkalmazásának elsődleges célja a látás- és hallásszűrés vizsgálatokhoz készült irányelvek alkalmazásának értékelése, ezen belül és ezen egy kicsit túl:

- a szükséges ismeretek meglétének vizsgálata,
- a védőnők hozzáállásának, hajlandóságának értékelése a látás- és hallásszűréshez készült szakmai irányelvek megvalósítására, továbbá az elvárt, magas minőségű feladatteljesítéshez fűződő védőnői attitűd vizsgálata,
- a védőnők viszonyulásának felmérése általában a jogszabályok és szakmai szabályok alkalmazásához, betartásához,
- a védőnők tapasztalatainak, véleményének megismerése a két szakmai irányelv gyakorlati alkalmazhatóságáról.

A helyszíni vizsgálat során:

- Az értékelés tapasztalatainak összefoglalása, javaslat az esetleges hibák, hiányosságok kijavítására.
- A kérdőívek értékelése adatösszesítő lapok segítségével, a tapasztalatok megbeszélése.
- A kapott pontszám hozzávetőlegesen jelzi a védőnő hozzáállását, hajlandóságát, a feladathoz történő viszonyulását. Ha alacsony az elért pontszám fontos annak okát feltárni, és a védőnő szakmai szabályozókkal kapcsolatos véleményét, javaslatait megbeszélni, rögzíteni.

- A minimumfeltételek teljesülésének hiányosságai esetén a fenntartót tájékoztatása mellett kezdeményezés történt a jogszabályban rögzített eszközök, feltételek hiányának pótlására.

Az értékelés lezárását követően:

- Megtörtént az adatok feldolgozása járási és megyei szinten egyaránt.
- Munkaértekezleten értékelték, kistérségenként összehasonlították és elemezték az adatokat.
- Az első vizsgálati év részadatainak összesítését követően a tapasztalatok alapján módosították a jegyzőkönyvet és az összesítő táblázatokat.
- Megbeszélték az intézkedés céljai eléréséhez szükséges feladatokat, a lehetőségeket.

10. Következtetések és intézkedések

Következtetések, tapasztalatok

- Egyrészt nem mindig elég az
 - új ismeretek,
 - kompetenciák és
 - a gyakorlat kialakítása területén
 a feltételek és a lehetőségek biztosítása, mert ezzel
 - nem mindenki tud, és
 - nem mindenki akar élni!
- Másrészt olyan jó gyakorlatok jöttek létre, továbbá olyan magas minőségű védőnői tevékenység folyt, amire méltán lehetnek büszkék mind a védőnők, mind a szakmai értékelést végzők!

A klinikai audit módszer egyes fázisainak következetes véghezvitele során szerzett tapasztalatok megerősítették a fejlesztőket abban, hogy az értékelés során

- a szabályozókra támaszkodva,
- szisztematikusan építkezve,
- a lehető legobjektívebben, konkrétumokat vizsgálva,
- mutatók, indikátorok mentén lehet lényeges eredményt elérni.

Legfontosabb megállapítások:

- nem lehet „általánosságban” szakmai tevékenységi értékelést végezni, csak konkrét szempontok szerint,
- nem lehet feltételezésekre támaszkodni, csak konkrét megállapításokra.

Intézkedések

- Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a szakmai irányelvek, helyi eljárási leírások betartása nem opcionális!
- Az új és/vagy pályakezdő védőnőket részletesen tájékoztatni kell az alkalmazandó jogszabályokról és szakmai szabályokról.
- Az új eszközöket (is) igénylő szakmai szabályok megjelenése feltételezi a szakmai vizsgálat fokozott figyelmét az eszköz szükséges beszerzése, a hiányok pótlására érdekében.
- Szorgalmazni kell, hogy a védőnői szűrővizsgálatok a védőnői tanácsadáson történjenek, és *ne az orvossal közös tanácsadás előkészítési idejében*. A védőnői tanácsadáson van idő és lehetőség, a szűrővizsgálatok elvégzésére, a szülővel való elbeszélgetésre, fejlesztési, gondozási, nevelési tanácsok, javaslatok átadására, a szülői kompetencia fejlesztésére.
- Meg kell vizsgálni, mi az oka annak, hogy a szűrővizsgálatok a tanácsadási időbe „nem férnek bele”. Intézkedés alternatívák: körzetlétszám csökkentése körzetrendezéssel, a helyettesítés lehetséges elhagyása, üres állás betöltésének szorgalmazása, stb.
- Figyelemfelhívás a jogszabályok, szakmai szabályok betartására.

A klinikai audit módszereinek alkalmazásával végzett értékelés tapasztalatai röviden a következőkben foglalható össze:

- A megfelelően előkészített és elvégzett értékelési tevékenység időigényes.
- A jó gyakorlatot folytató védőnők megerősítése fontos és hasznos, példájuk, valamint a jó gyakorlat terjesztése az ellátás minőségfejlesztésének egyik igen hatékony eszköze, és egyúttal alkalmas a bizonytalanok segítésére, továbbá a szakmai fejlődésben lépést tartani nem akarók, a helytelen, szakmailag elavult rutinba beragadók „felrázására” is.
- Nem elég elemezni az eredményeket, az eredményes változtatáshoz és fejlesztéséhez **az eltérések okainak elemzése is szükséges**.

Irodalomjegyzék

1. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Közleménye az alapellátásban dolgozó házi gyermekorvos, illetve házi orvos és a területi védőnő együttműködése helyi eljárásrendjének kialakításához kiadott szakfelügyeleti ajánlásról (2009) Egészségügyi Közlöny 2. szám, pp. 288-293.
2. Bércesi, F., Ivancsics, I. (2003) *A felügyeleti ellenőrzés*. Magyar Közigazgatás, LIII. évfolyam 2. szám
3. Boján, F., Belicza, É. (1995) *Bevezetés az egészségügyi minőségbiztosításba*. EMIKK Füzetek 5.
4. Dobos, É. (2012) *Hivatalos egészségügyi szakmai irányelvek és gyakorlati alkalmazásuk* <http://www.rehab.dote.hu/tananyag/dobos-szirrehab-nyomtat.pdf> (Letöltve: 2013. november 2.)
5. Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez (2004), Egészségügyi Közlöny, 3. szám, pp. 746-764.
6. Elvi állásfoglalás a népegészségügyi szakigazgatási szervezetben működő vezető védőnői feladatok egységes ellátásához (OTH 479-7/2011.)
7. Gődény, S. (szerk.) (2007) *A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben* Pro Die pp.143-176.
8. Gődény, S., Dobos, É. (2011) *Rendszer-specifikus auditori tanfolyam szakfelügyelő vezető védőnőknek – klinikai audit módszerének alkalmazása a védőnői szakfelügyelet során*, Oktatási jegyzet pp. 29-36.; pp. 49-58; pp. 96-101;
9. Gulács, L. (szerk) (2000) *Minőségfejlesztés az egészségügyben*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
10. Herczog, M. (2013) *Koragyermekkorai fejlesztés* <http://gyermekbantalmazas.hu/celcsoportok/szuloknek/item/herczog-maria-koragyermekkorai-fejlesztes> (Letöltve: 2013. november 5.)
11. Farkas, F. (szerk.) (2004) *Emberi erőforrás menedzsment kézikönyv*. KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, pp. 220-222.
12. *Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok* (MEES) kézikönyv (2007) Egészségügyi Közlöny, 2007. évi 4. szám
13. Nemzeti Államigazgatási Központ (2012. 02. 18.) *Módszertan a fővárosi és megyei kormányhivatalokat érintő ellenőrzések lefolytatásához*, Iktatószám: CC-12/2/2012.]
14. Ovreveit, J. (1999) *Minőség szemlélet az egészségügyben - Bevezetés az egészségügyi szolgáltatások minőségügyi módszertanába*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest

Hivatkozott jogszabályok jegyzéke

- 1991. évi XI. törvény az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről
- 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
- 2004. évi XXIX. törvény az európai uniós csatlakozással összefüggő egyes törvénymódosításokról, törvényi rendelkezések hatályon kívül helyezéséről, valamint egyes törvényi rendelkezések megállapításairól
- 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól
- 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról
- 288/2010. (XII. 21.) Korm. rendelet a fővárosi és megyei kormányhivatalokról
- 323/2010. (XII. 27.) Korm. rendelet az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról, a népegészségügyi szakigazgatási feladatok ellátásáról, valamint a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelöléséről
- 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól
- 33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről

Fogalmak áttekintése

Adatkezelés: az alkalmazott eljárástól függetlenül az adatokon végzett bármely művelet vagy a műveletek összessége, így például gyűjtése, felvétele, rögzítése, rendszerezése, tárolása, megváltoztatása, felhasználása, továbbítása, nyilvánosságra hozatala, összehangolása vagy összekapcsolása, zárolása, törlése és megsemmisítése, valamint az adatok további felhasználásának megakadályozása. Személyes adatot csak törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben lehet kezelni.

(1992. évi LXIII. tv.)

Beteg: Az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy.

(1997. évi CLIV. tv.)

Betegbiztonság: 1. Az egészségügyi ellátás minőségének egyik alapvető területe, amely a „véletlenszerű károsodás”-tól való mentességre vonatkozik. 2. A gyógykezelés következtében kialakuló nem kívánt esemény elkerülését, megelőzését vagy korrigálását célzó tevékenységek összessége.

(Gődény Sándor, 2013.)

Bizonyítékokon alapuló gyakorlat: A rendelkezésre álló legjobb bizonyítékok világos és körültekintő felhasználása az egészségügyi ellátás során, figyelembe véve a beteg/páciens individuális helyzetét, preferenciáit, prioritásait és a rendelkezésre álló erőforrásokat.

(Gődény Sándor, 2013.)

Csapatmunka: A minőségfejlesztés során javasolt munkamódszer, az egyik legfőbb eleme és eszköze a problémák megoldására, a fejlesztések megvalósítására, mely során az egymást kiegészítő képességekkel rendelkező emberek kisszámú csapatot alkotnak és elkötelezik magukat egy teljesítményhez kötődő cél megvalósítása érdekében. A csapatmunka hatékonysága lényegesen nagyobb, mint a csapat tagjai által végzett egyéni munkák összessége, így az egészségügyi ellátás minősége a munkatársak együttműködésével növelhető. A csapatban a közvetlen szervezeti és/vagy funkcionális kapcsolatban álló munkakörök képviselői dolgoznak együtt, szemben azzal az egészségügyben még általános helyzettel, amikor a vezető és a beosztottak közötti kommunikáció többnyire tárgyalások és rendelkezések formájában valósul meg. A minőségfejlesztési tevékenységek jelentős része (pl. klinikai audit, illetve a szakmai tevékenység fejlesztése) nem valósítható meg csapatmunka nélkül. Egy jól működő csapat dinamizálja, rugalmassá teszi az egészségügyi szervezetet. Megfelelő vezetői támogatottság mellett képes arra, hogy gyorsan, nehézségektől, akadályoktól mentesen mindig a legjobb erőket tömörítse a konkrét feladatok elvégzésére. A csapatmunka fontos eleme az ötletroham. Az embereket kreativitásuk alapján feltaláló, újító és végrehajtó

kategóriába lehet sorolni. A feltaláló jellegű emberek képesek elvetni, felülbírálni a mások által egyedüli igaznak vélt megoldásokat, mindig új, szokatlan, addig még nem alkalmazott megoldásokat keresnek. Az újíto típusú ember mások ötleteit megismerve ismeret és gondolattársítás révén igyekszik javaslatot készíteni, továbbfejleszteni mások megoldási javaslatait. A végrehajto típusú ember elfogadja mások véleményét, esetleg kritizálja is, de nem keresi a probléma megoldását.

(Gődény Sándor 2014.)

Egészségfejlesztés: Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcél kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következésképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége.

(Ottawai Charta, 1986.)

Egészségügyi alapellátás: az általános megfogalmazás szerint az a lakosság-közeli ellátási forma, amely az általánosan igénybe vett "alap" (nem szak) ellátásokat biztosítja. Az alapellátás hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolaton alapuló, a lakosság által nemre, korra és a betegség természetére tekintet nélkül, a lakos által közvetlenül, a lakóhely-közelségben (lehetőleg lakóhelyén), egyenlő eséllyel igénybe vehető, behatárolt szakmai kompetenciájú gyógyító ellátások, és egyes egészségügyi szakszemélyzet által nyújtott prevenció, rehabilitációs és gondozó jellegű ellátások összessége.

Az egészségügyi törvény 88.§-ának meghatározása szerint: "Az alapellátás célja a közösség egészségét fejlesztő megelőző tevékenység, illetve az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása és nevelése, a külön jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett. Ezen kívül a szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából, a beteg gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján, és szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, illetőleg a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.

Az alapellátás területei ma Magyarországon az egészségügyi törvény 152. § értelmében: a házi orvosi, házi gyermekorvosi ellátás, a fogorvosi alapellátás, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás.

(Egészségtudományi Fogalomtár)

Egészségügyi ellátás: a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége;

(1997. évi CLIV. tv.)

Egészségügyi dokumentáció: az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától

(1997. évi CLIV. tv.)

Egészségügyi technológia: A gyógyító-megelőző ellátás során alkalmazott preventív, diagnosztikai, terápiás, rehabilitációs és gondozási módszerek, folyamatok, illetve az ezekhez szükséges struktúra.

(Gődény Sándor 2014.)

Egészségügyi szakma: az Eütv. 3. § q) pontjában meghatározott egészségügyi szakképesítéssel, továbbá jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható olyan egészségügyi szolgáltatások összessége, amely az egészségügyi szakmai kódjegyzékben önálló szakmai kóddal szerepel;

96/2003.(VII.15.) Korm. rend.

Egészségügyi szakképesítés: az adott egészségügyi tevékenység folytatására jogosító, Magyarországon szerzett, valamint a külföldön szerzett és Magyarországon honosított, illetve elismert, alap-, közép-, emeltszintű, illetve felsőfokú szakképzés vagy felsőoktatási szakképzés keretében megszerzett szakképesítés, valamint felsőoktatási alap-, mester- vagy egységes osztatlan képzés keretében megszerzett végzettség és szakképzettség, továbbá egészségügyi szakirányú szakmai képzés, egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés során megszerzett képzettség

(1997. évi CLIV. tv.)

Egészségügyi szakmai tevékenység: a betegségmegelőzéssel, valamint a betegellátással összefüggésben végzett, a betegellátás eredményét befolyásoló, a beteg állapotának feltárására irányuló és annak javulását elősegítő ellátói és az egyes beteg egészségügyi ellátásával kapcsolatos szervezési tevékenységek összessége.

(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

Egészségügyi szakmai tevékenység minősége: az adott tevékenység széleskörűen elfogadott szakmai előírásoknak és az érvényben lévő minőségügyi szabályoknak megfelelő, a beteg számára elfogadható módon, a szükséges időn belül végrehajtott, biztonságos, hatásos és eredményes elvégzése.

(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

Egészségügyi szolgáltatás: az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely

az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővétételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is;

(1997. évi CLIV. tv)

Egészségügyi tevékenység: az egészségügyi szolgáltatás részét képező minden tevékenység, kivéve azon tevékenységeket, amelyek végzéséhez nem szükséges egészségügyi szakképesítés vagy egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy szakmai felügyelete;

(1997. évi CLIV. tv)

Eredményesség: Valamely gyógyító-megelőző eljárásnak (egészségügyi technológiának) a mindennapos gyakorlat során a betegre, a betegpopulációra gyakorolt hatása. Eredményes az az eljárás, amellyel mindennapos körülmények között is elérhető a kívánt változás.

(Gődény Sándor 2014.)

Észlelő és jelző rendszer

A családok segítése érdekében veszélyeztetettséget és krízishelyzetet észlelő jelzőrendszer működik. A jegyző, továbbá a szociális, egészségügyi szolgáltató, intézmény, valamint a gyermekjóléti szolgálat, a pártfogói felügyelői és a jogi segítségnyújtói szolgálat jelzi, a társadalmi szervezetek, egyházak és magánszemélyek jelezhetik a családsegítést nyújtó szolgáltatónak, intézménynek, ha segítségre szoruló családról, személyről szereznek tudomást.

(1993. évi III. tv.)

Fejlődési zavar: a gyermek a vizsgálat időpontjában egy, vagy több fejlődési területen megkésett, vagy kóros fejlődést mutat.

(2. sz. Módszertani levél, OGYEI 2004.)

Fokozott gondozás: a védőnői nyilvántartásban a fokozott gondozottak besorolása az alapján történik, hogy a háttérben van-e egészségi, környezeti vagy mindkettő kategóriában veszélyeztető tényező. A pszicho-motoros fejlődést veszélyeztető környezeti

tényezők meghatározásánál a fontosabb szempontok: a lakáshelyzet, az anyagi helyzet, a család belső harmóniája, a családtagok egymáshoz való kapcsolata, a gyermeket gondozó, nevelő szocio-kulturális magatartásának, egészségi állapotának jellemzői.

Gondozás: a védőnői munka módszere. Azon módszerek összessége, mely segíti az egyén, a család és a közösség ismereteit, képességeit és készségeit kialakítani annak érdekében, hogy egészségtudatosan, aktívan közreműködjön az egészségfejlesztésben. A védőnő az egészségi állapot figyelemmel, kísérésével, a fejlődés nyomon követésével, meghatározott szűrővizsgálatok elvégzésével közreműködik az elváltozások, betegségek korai észlelésében, az egészségi állapot helyreállításában, ill. a lehető legjobb állapot elérésében.

(Javaslat védőnői és a házi gyermekorvosi/házi orvosi ellátás szakmai, szervezeti együttműködés javítására és a fejlesztés irányára. Odor Andrea 2002.)

Gondozási terv: a gondozott személy egészségi állapotára, a családi-, munkahelyi-és közösségi anamnézis során szerzett ismereteken, észleléseken, tapasztalatokon alapul. Ezen ismeretek birtokában a védőnő a gondozott személlyel együtt határozza meg azokat a célokat és feladatokat, melyek prioritást kell, hogy kapjanak az anya, a magzat, a gyermek, a család egészsége érdekében (rövid, közép, hosszabb távon). Közösén feltárják azokat a teendőket, alternatív megoldásokat, melyek szükségesek a célok megvalósításához. A védőnő lehetőségeihez képest segítséget és támogatást nyújt a célok megvalósításában. A gondozás folyamata során a veszélyeztető tényezők vagy azok gyanúja, kóros elváltozások észlelése esetén jelez az illetékes szakember felé (pl.: a kezelő orvos, a gyermekjóléti szolgálat felé). A közösén kialakított gondozási tervet rögzíteni, anyával, törvényes képviselővel aláíratni szükséges.

(Javaslat védőnői és a házi gyermekorvosi/házi orvosi ellátás szakmai, szervezeti együttműködés javítására és a fejlesztés irányára Odor Andrea 2002.)

Hatásosság: Ideális, kísérleti körülmények között elért hatás (eredmény) az egészségi állapotban; egy egészségügyi technológia hatása a kiválasztott betegpopulációra, ellenőrzött klinikai körülmények között. Hatásos az az eljárás, amely ellenőrzött (ideális) körülmények között létrehozza az általunk elérni kívánt változást.

(Gődény Sándor 2014.)

Hatékonyság: Az elért eredmény és a ráfordítás viszonya (összes ráfordítás / elért egészségnyereség). Növekvő hatékonyság ugyanazon eredmény (egészségnyereség) mellett kevesebb pénzügyi vagy humán erőforrás jelent, vagy nagyobb egészségnyereséget ugyanannyi pénzügyi vagy humán erőforrás mellett.

(Gődény Sándor 2014.)

Indikátor: az ellátás során előforduló események mennyiségi mérőszáma, amely felhasználható az ellátás minősége, a lakosság egészségi állapota és az egészségügyi ellátó rendszer mérésére és értékelésére.

(Gödény, S. (szerk) (2007)

Jegyzőkönyv: bizonyító erejű irat. Tanácskozásokon, tárgyalásokon elhangzott kijelentések, vizsgálatok során tett megállapítások, megtörtént események, cselekmények írásbeli rögzítése meghatározott formában.

Jó gyakorlat: olyan folyamat, módszer, cselekvés és eszközhasználat együttese, amelyet sikeresen és hatékonyan alkalmaztak, kipróbáltak egy adott tevékenység, feladatellátás során. Szakmai kritériumoknak megfelelő gyakorlat. Tudásmegosztás, horizontális tanulásforma, olyan ösztönző minta, ami hiteles tapasztalon alapul.

(Gödény, S. (szerk) (2007)

Klinikai audit: azon módszerek összességét nevezzük, amely segítségével az egészségügyi szakemberek rendszerezett formában-strukturált ellenőrzési rendszer segítségével vizsgálják, értékelik az egészségügyi ellátás minőségét és az eredmények alapján jobbtó változásokat vezetnek be.

(Gödény, S. (szerk) (2007)

Közérdekű bejelentés: bármely beadvány, ami olyan körülményre hívja fel a figyelmet, amelynek orvoslása, illetőleg megszüntetése a közösség vagy az egész társadalom érdekét szolgálja.

(2004. évi XXIX. tv.)

Kritérium: 1. Az egészségügyi ellátás szisztematikusan kifejlesztett jellemzője, amely az elvárt, vagy megkívánt minőséget határozza meg, olyan mérhető szempont, amelynek teljesítése szükséges ahhoz, hogy egy feltétel, egy tevékenység vagy egy eredmény az előírásoknak megfelelően valósuljon meg. A kritériumok három fő csoportba oszthatók: a struktúra kritériumai (mire van szükség a működéshez); a folyamat kritériumai (hogyan történik az ellátás); az eredmény kritériumai (milyen eredményeket várunk). 2. Olyan jellemző, amely valamely szempont szerint egy előre meghatározott kategóriába való besorolást szolgál.

(Gödény Sándor 2014.)

Minimumfeltételek: azoknak a (tárgyi és személyi) struktúrára és folyamatokra vonatkozó feltételeknek a megléte, amelyek biztosítják egyrészt az egészségügyi szolgáltatások megfelelő minőségét, különös tekintettel azok eredményességére, hatékonyságára, másrészt az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevő (páciens, beteg), valamint a szolgáltatásokat nyújtó személyek (egészségügyi dolgozó) biztonságát és jogait. Az egyes szakmákra vonatkozó minimumfeltételeket ellátási szintenként az

illetékes szakmai kollégiumok dolgozzák ki, és az Egészségügyi Minisztérium hagyja jóvá és adja ki.

(Egészségtudományi Fogalomtár)

Minőség az egészségügyben: Az egészségügyi szolgáltatás minősége olyan értékítélet, mely az egészség megőrzésében, helyreállításában és fenntartásában résztvevők által kinyilvánított, elvárható igények megvalósulásának mértékét fejezi ki.

A megvalósulás mértéke minden egyes komponens tekintetében az erre jellemző mutatóval írható le.

(Konszenzus Konferencia, Hajdúszoboszló, 1995.)

Minőségfejlesztés: a minőségfejlesztés (quality improvement) olyan tevékenységek összessége, melyek során a teljes rendszer vagy annak egy részének fejlesztése a cél, kiemelten a minőségi problémák megelőzése, a problémás vagy a potenciálisan problémás folyamatok azonosítása, tökéletesítése és új minőségelemek bevezetése.

(Egészségtudományi Fogalomtár)

Módszertani levél: olyan prevenció, terápiás vagy rehabilitációs eljárás leírás, amelyet az adott szakma elismert szakértői dolgoznak ki az ellátók számára

(Egészségtudományi Fogalomtár)

Működési engedély: egészségügyi szolgáltatás nyújtására – ha törvény másként nem rendelkezik – működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató jogosult. Az engedélyezési eljárás lefolytatása és működési engedély kiadása a Népegészségügyi Intézet feladat-és hatáskörébe tartozik. Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint működési

(96/2003 (VII.15.) Korm. rend.)

Nyilvántartásba vétel: a védőnő és a gondozott első találkozásánál történő adatfelvétel, valamint adatrögzítés a bemutatott személyi azonosságot igazoló dokumentumok vagy nyilatkozatok alapján.

(A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a védőnői nyilvántartásba vételről.)

Panasz: olyan kérelem, amely egyéni jog- vagy érdeksérelem megszüntetésére irányul és elintézése nem tartozik más - így különösen bírósági, államigazgatási - eljárás hatálya alá.

(2004. évi XXIX. tv.)

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

(Egészségtudományi Fogalomtár)

Prevenció: Magában foglalja mindazon törekvéseket, melyek az egészség fejlesztését, megőrzését, illetve egészségkárosodás esetén az egészség mielőbbi visszaállítását, a károsodás további súlyosbodásának kivédését szolgálják.

A prevenció (megelőzés) szintjei:

elsődleges megelőzés: az egészség általános védelme és támogatása. Célja a megbetegedés, egészségkárosodás megelőzése, a betegségekkel szembeni ellenálló képesség erősítése.

másodlagos megelőzés: célja az elváltozás korai felismerése és azonnali hatásos kezelése a manifeszt betegség kivédése és a jó egészségi állapot visszaállítása érdekében (pl. szűrés).

harmadlagos megelőzés: mindazon intézkedések és tevékenységek, melyek a sérülések és betegségek kapcsán a komplikációk, tartós károsodások, rokkantság kivédését és a gyógyulás időtartamának csökkentését célozzák.

(Epidemiológiai szótár)

Protokoll: Az aktuálisan végzett meghatározott egészségügyi ellátás, kezelés, beavatkozás, a beteg menedzsment elvégzéséhez szükséges események és tevékenységek rendszerezett listája, a szakmai irányelvek és módszertani levelek ajánlásainak figyelembe vételével. A protokollok általában szigorúan vett, merevebb sémák, mint az irányelvek ajánlásai, és az azoktól való eltérés csak kivételes esetekben megengedett.

(Gődény Sándor: Minőségfejlesztés és Minőségbiztosítás az Egészségügyben Minőségügyi rendszerek modul, 2011. Klinikai audit módszerének alkalmazása a védőnői szakfelügyelet során)

Standard: az egészségügyi ellátás számára megfogalmazott, olyan teljesítendő elvárás, cél, ami kifejezhető szöveges vagy számszerű formában.

Minőségügyi megközelítésben két formája van:

A **leíró standard** előre megfogalmazott elvárások összessége, melyek teljesítése szükséges feltétel a kívánt minőség eléréséhez. Ilyen az ellátás minimumfeltételeinek, a szakma irányelveinek, a szakma tevékenységeinek leírása, például a 2007-ben kiadott Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokban szereplő "Háziorvosi ellátás folyamata" és a "Védőnői ellátás folyamata" fejezetekben szereplő elvárások.

A **numerikus standard** az események bekövetkezésének azon számszerű aránya, amelyeknek az adott kritérium alapján képzett indikátornak teljesülnie szükséges. A numerikus standarddal megadható a kívánt célérték.

(Gődény Sándor, 2013.)

Struktúra kritériumok / a struktúra kritériumai: azok a szempontok, amelyek meghatározzák egészségügyi ellátáshoz szükséges tárgyi, emberi és szellemi erőforrásokat, beleértve a gazdasági feltételeket, a menedzsmentet, az épületeket, az

eszközöket, a műszereket, az információs rendszert, a megfelelően képzett szakembereket és a kisegítő személyzetet.

(Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve a klinikai audit végzéséhez)

Szakfelügyelet: az egészségügyi ellátás teljes folyamatában az egészségügyi ágazati jogszabályok, továbbá az egyedi panaszok kivizsgálásával kapcsolatban a szakmai előírások, protokollok érvényesülésének hatóságú célú ellenőrzése.

(33/2013.(V.10.) EMMI rend.)

Szakmai felülvizsgálat: az adott egészségügyi szakmai tevékenység minőségének helyszíni felmérésen alapuló értékelése és elemzése.

(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

Szakmai irányelv: diagnosztikus és terápiás irányelvek meghatározott egészségügyi problémával kapcsolatos rendszerezett, tudományos módszertannal kifejlesztett ajánlások. Céljuk, hogy segítsék a gyógyító orvost és a beteget a legmegfelelőbb eljárás kiválasztásában, javítsák a gyógyító munka minőségét, hatékonyságát és költséghatékonyságát.

(Gődény Sándor 2014.)

Szakmai minőségértékelés: a megelőzésnek és a betegellátásnak a szakmai szabályaival, érvényben lévő szakmai irányelvekkel, eljárásokkal, ajánlásokkal, nemzetközi gyakorlatokkal való összevetése, értékelése, az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és az adatszolgáltatás minőségi követelményeinek meghatározása és értékelése, kapcsolódó konzultáció lefolytatása és a minőség-

fejlesztés módozatainak meghatározása, amelynek egyik eszköze a szakmai felülvizsgálat is.

(33/2013. (V.10.) EMMI rend.)

Szükséglet: 1. A szükséglet az egyén belső állapotában rendszeresen jelentkező elsődleges feszültségérzés feloldására vagy megelőzésére irányuló készlet. A szükségletek főbb típusai: (1) a fiziológiai szükségletek, (2) a társas szükségletek, (3) a megbecsülés iránti szükségletek, és (4) a magasabb rendű aktivitási szükségletek.

2. A "szükséglet" fogalmát mindannak megjelölésére használják, amit az emberek el szeretnének érni, vagy azért, mert hiányát érzik, vagy azért, mert annak meglétét szükségszerűnek [szükségesnek?] ítélik meg. ... A hiányállapotok megélése vagy a szükségszerűség, ill. szellemi-kulturális vagy civilizációs kívánalmak hatást gyakorolhatnak az ember testi állapotára. A biológiai-teszt szükségleteket (mindenekelőtt a veleszületetteket, mint például az éhség vagy szomjúság), mint vitális vagy primer szükségleteket (elsődleges indíték) megkülönböztetjük a szellemi vagy kulturális, avagy másodlagos szükségletektől (másodlagos indíték). Az utóbbiak tanultak, és az élettörténet

folyamán egyénileg nyilvánulnak meg. Szűkebb értelemben fiziológiai hiányállapot, amely az elemi motívumok (pl. éhség) alapja. Tágabb értelemben a szükségletek a társadalomnak és tagjainak történelmileg változó, a termelés fejlődésével bővülő igényei létük fenntartását és kiteljesítését szolgáló anyagi javak (termékek és szolgáltatások), kulturális értékek iránt.

(Akadémiai Kislexikon)

Szűrővizsgálat: olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának - ideértve a betegségre hajlamosító kockázati tényezőket is - korai felismerése.

Tájékoztatási kötelezettség: A kezelőorvos a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint, a betegjogok figyelembe vételével tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról.

Amennyiben a beteg cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes⁴, a kezelőorvos a törvényes képviselőt is tájékoztatja.

A szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával.

A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról.

(1997. évi CLIV tv.)

Tájékoztatáshoz való jog: a beteg⁵ jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra. A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon

a) egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is,

b) a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,

c) a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,

d) a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,

e) döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,

f) a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,

g) az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,

h) a további ellátásokról, valamint

⁴ korlátozottan cselekvőképes (egyebek mellett) az a kiskorú személy, aki a tizennegyedik életévét már betöltötte és nem cselekvőképtelen.

⁵ Id: a „beteg” fogalomnál

i) a javasolt életmódról.

(3) A betegnek joga van a tájékoztatás során és azt követően további kérdésre.

(4) A betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, esetleges sikertelenségét, illetve a várttól eltérő eredményt és annak okait.

(5) A cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes betegnek is joga van a korának és pszichés állapotának megfelelő tájékoztatáshoz.

(6) A betegnek joga van megismerni az ellátásában közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.

(7) A tájékoztatáshoz fűződő jogok gyakorlásához szükséges feltételeket a fenntartó biztosítja.

(8) A betegnek joga van arra, hogy számára érthető módon kapjon tájékoztatást, figyelemmel életkorára, iskolázottságára, ismereteire, lelkiállapotára, e tekintetben megfogalmazott kívánságára, valamint arra, hogy a tájékoztatáshoz szükség esetén és lehetőség szerint tolmácsot vagy jelnyelvi tolmácsot biztosítsanak.

(9) Az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget - amennyiben állapota lehetővé teszi - arról tájékoztatni, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni, ha a vizsgálat eredménye szerint sürgős szükség nem áll fenn és az ellátás költségének fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül sincs biztosítva.

A cselekvőképes beteg a tájékoztatásáról lemondhat, kivéve, ha betegsége természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse. Ha a beavatkozásra a beteg kezdeményezésére és nem terápiás célból kerül sor, a tájékoztatásról való lemondás csak írásban érvényes.

Az előző bekezdés szerinti rendelkezéseket a 16. életévét betöltött kiskorú személy esetén is alkalmazni kell.

A tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének.

(1997. évi CLIV. tv.)

Titoktartás: az egészségügyi dolgozót, valamint az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személyt minden, a beteg egészségi állapotával kapcsolatos, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott adat és egyéb tény vonatkozásában, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terhel, függetlenül attól, hogy az adatokat közvetlenül a betegtől, vizsgálata vagy gyógykezelése során, illetve közvetetten az egészségügyi dokumentációból vagy bármely más módon ismerte meg. A titoktartási kötelezettség nem vonatkozik arra az

esetre, ha ez alól a beteg felmentést adott vagy jogszabály az adat szolgáltatásának kötelezettségét írja elő

(1997. évi CLIV. tv.)

Veszélyeztető állapot: az az állapot, amelyben az azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg a környezetére közvetlen veszélyt jelentene;

(Egészségtudományi Fogalomtár)

Veszélyeztetettség: olyan - a gyermek vagy más személy által tanúsított - magatartás, mulasztás vagy körülmény következtében kialakult állapot, amely a gyermek testi, értelmi, érzelmi vagy erkölcsi fejlődését gátolja vagy akadályozza;

(1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, 2012.)

Védőnői adatszolgáltatás: a területi védőnő tevékenységéről havonta vezetett, év végén összesített és jelentett adatokat köteles szolgáltatni az egyes személyazonosításra alkalmatlan ágazati (egészségügyi, szakmai) adatok körének meghatározására, gyűjtésére, feldolgozására vonatkozó részletes szabályokról szóló 76/2004. (VIII. 19.) ESzCsM rendelete alapján. A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet pedig előírja, hogy a védőnő havonta oltási jelentést készítson a körzetében nyilvántartott oltásra kötelezett gyermekekről az illetékes járási népegészségügyi intézetek felé.

A védőnő tevékenységének szakmai felügyelete során köteles adatokat, dokumentumokat a védőnői szakfelügyelet számára biztosítani.

Védőnői ellátási terület (területi ellátási kötelezettség): A védőnő ellátási területe az Eütv. 152. §-ának (2) bekezdésében foglaltak szerint megállapított védőnői körzetre terjed ki. A területi védőnői ellátásról szóló 49/2004.(V. 21.) ESzCsM rendelet 2. § (3) bekezdése szerint a helyi önkormányzati határozatban rögzített utcalista, iskola, földrajzi terület.

Védőnői körzet: A védőnő ellátási területe a védőnői körzet. A települési önkormányzat képviselő-testülete állapítja meg és alakítja ki az egészségügyi alapellátások körzeteit, illetve több településre is kiterjedő ellátás esetén a körzet székhelyét. A védőnői körzet kialakításánál figyelembe kell venni a település szerkezetét, a lakosság összetételét, egészségi állapotát, szociális helyzetét és az ellátandó gondozottak számát, az ellátandó oktatási intézmények számát és típusát is, valamint mindezekre vonatkozóan a szakmai felügyelet véleményét. (49/2004. (V.21.) ESzCsM rend. alapján)

Védőnői nyilvántartás: a területi védőnő az ellátási területén (a körzetében) a lakcímmel rendelkező, valamint jogszerűen tartózkodó (ez esetben az igényét bejelentő) személyekkel kapcsolatban – a várandós anyákat, a 0-6 éves korúakat, az oktatási intézménybe nem járó 7-18 éveseket és családjukat - köteles ellátni és nyilvántartani.

(Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai protokollja a védőnői nyilvántartásba vételről. Eü. Közlöny 2011. évi 2. szám)

Védőnői tanácsadás: olyan interakció, felvilágosítás, tájékoztatás, oktatás, amely során a védőnő időt, figyelmet, elfogadó magatartást és olyan légkört biztosít, hogy segíteni tudja a gondozott egyént, családot az egészséges életvitelben, a problémák feltárásában, megfogalmazásában és a megoldás lehetőségeinek megtalálásában.

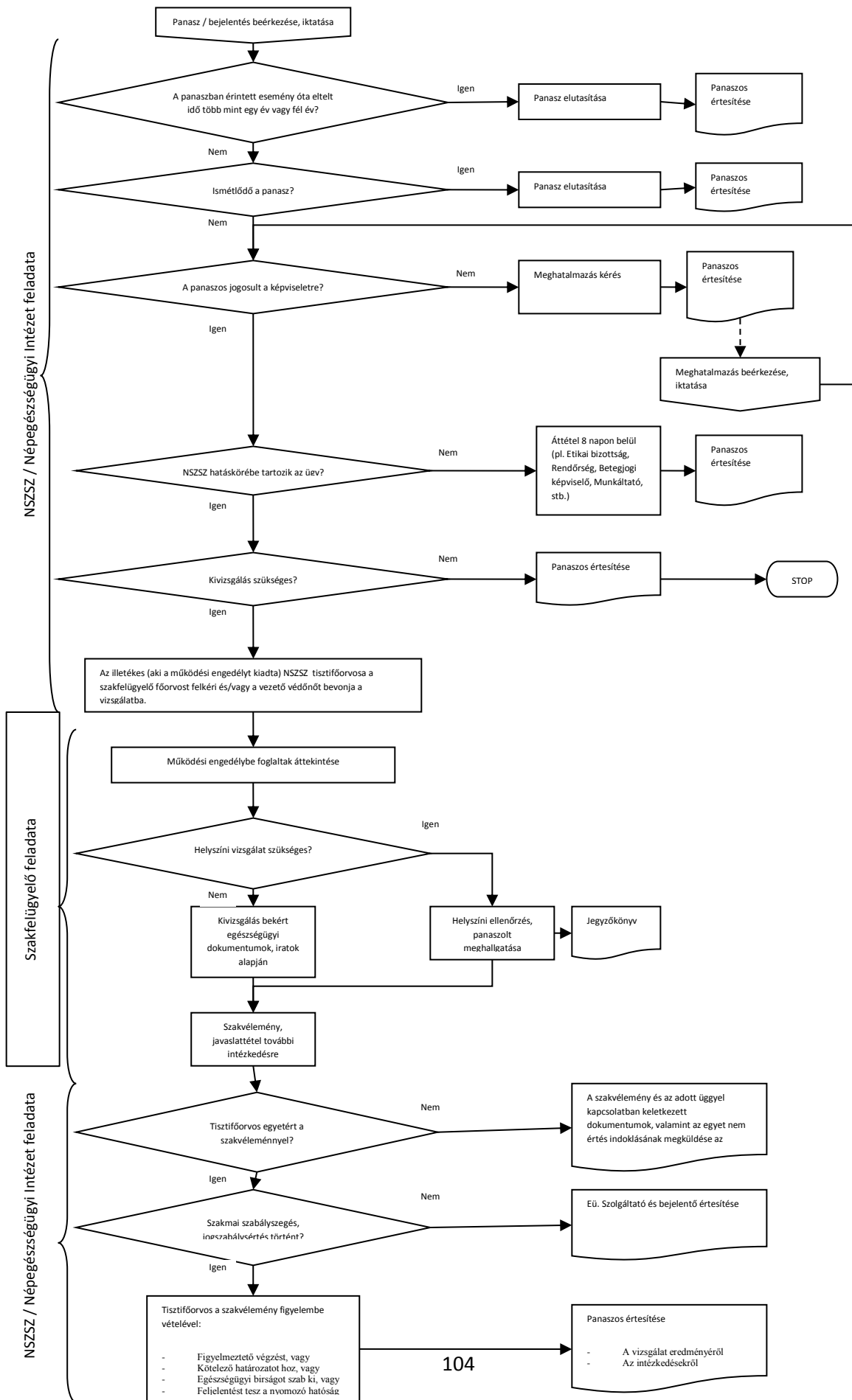
(A védőnő preventív alapfeladatai, kötelezettsége és felelőssége a megelőző ellátásban. OTH, 2004)

Védőnői tájékoztatási kötelezettség: kiterjed a gyermek jogaira, az egészségügyi ellátásra való jogaira és a törvényes képviselő ez irányú feladataira, kötelezettségeire. Írásos értesítésre kötelezett a védőnői szűrővizsgálatokkal kapcsolatban, jogszabályban előírt tartalommal.

(49/2004. (V.21.) ESzCsM rend. alapján)

Mellékletek

I. A panaszbejelentés kivizsgálásának folyamata



II. A jegyzőkönyv specifikus tartalmi elemei

1. A területi védőnői érzékszervi szűrővizsgálatok kivitelezésének értékelése a tevékenység végzésének helyszíni ellenőrzése, a védőnővel történő konzultáció és a rendelkezésre álló dokumentáció alapján

1.	A szűrővizsgálatban részesülő gyermek életkora:	<input type="checkbox"/> 1 hó <input type="checkbox"/> 3 hó <input type="checkbox"/> 6 hó <input type="checkbox"/> 1 év <input type="checkbox"/> 2 év <input type="checkbox"/> 3 év <input type="checkbox"/> 4 év <input type="checkbox"/> 5 év <input type="checkbox"/> 6 év <input type="checkbox"/> 6-18 éves otthon gondozott
2.	Biztosított-e a jogszabály szerinti önálló védőnői tanácsadás?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
3.	A szűrővizsgálat helyszíne:	<input type="checkbox"/> védőnői tanácsadó <input type="checkbox"/> a család otthona <input type="checkbox"/> egyéb:.....
Rendelkezésre állnak-e, az érzékszervi szűrővizsgálatok szabályos kivitelezéséhez a jogszabályban és irányelvben meghatározott alábbi vizsgálati eszközök?		
4.	Kártyasorozat kisgyermekek számára. A képek „bölcsődei jeleket”, sematikus figurákat ábrázolnak, és négyféle (0,1,0,3, 0,6 és 1,0) visusnak felelnek meg	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
5.	1 db összesítő lap kártyasorozathoz:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
6.	Landolt-gyűrű és/vagy Ammon-jelet tartalmazó kártyasorozat. Elegendő a 0,6-0,7-0,8-0,9-1,0 visusnak megfelelő méret.	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
7.	Kettesy-féle visustábla 5 m-es vizsgálati távolsághoz:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
8.	Szemtakaráshoz egyszer használatos, kettéhajtott papírlap, takarólapát vagy álarc:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
9.	Betanításhoz „Szurtos Peti keze”:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
10.	Egy-egy figurát és számokat tartalmazó pseudoisochromaticus tábla:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
11.	Lang teszt (I. vagy II.) mélységérzékelés vizsgálatához:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
12.	A vörös visszfény és pupillareflex vizsgálatához: Egyszerű nyeles síktükör, közepén lyukkal és egy kis asztali olvasólámpa opál izzóval:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
13.	Pupillavizsgáló lámpa:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
14.	Apró tárgyak fixálás és a konvergencia vizsgálatához (pl.:pálca végére erősíthető apró figura)	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
15.	Hangadásra alkalmas tárgyak BOEL teszthez:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem

16.	Színes játék (tárgyak, képek) a Barr-féle játékaudiometria végzéséhez	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
17.	CE minősítéssel rendelkező szűrő audiométer:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
Tájékoztatja-e a védőnő a szülőt/gondviselőt az alábbiakról:			
18.	A szűrővizsgálat esedékességéről?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
19.	A szűrővizsgálat helyszínéről?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
20.	A szűrővizsgálat időpontjáról?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
21.	A szűrővizsgálatok jelentőségéről, vizsgálat elmulasztásának a gyermek egészségi állapotára vonatkozó lehetséges következményeiről, kockázatairól	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
22.	Ha igen, hogyan történik ez a tájékoztatás?	<input type="checkbox"/> csak szóban <input type="checkbox"/> csak írásban <input type="checkbox"/> szóban és írásban	
23.	Ha írásban is megtörténik a tájékoztatás, közérthető formában tartalmazza-e az a szükséges információkat?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
24.	Hogyan juttatja el a védőnő a tájékoztatót a szülőkhöz?	<input type="checkbox"/> postai úton <input type="checkbox"/> tanácsadáson átadja <input type="checkbox"/> látogatás alkalmával átadja <input type="checkbox"/> egyéb:	
25.	Időben megtörténik-e a szülők tájékoztatása ahhoz, hogy a gyermek részvétele a szűrővizsgálaton zökkenőmentesen megoldható legyen?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
26.	Rugalmas-e a védőnő által alkalmazott behívó rendszer, ad-e lehetőséget szükség esetén időpont módosításra	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
27.	Megvalósítható-e teljeskörűen a védőnői szűrővizsgálat (minden szűrővizsgálatra kötelezettnél, a teljes szűrési sor) a jogszabályban előírt tanácsadási idő alatt:	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

2. Az iskolavédőnői érzékszervi szűrővizsgálatok kivitelezésének értékelése a tevékenység végzésének helyszíni ellenőrzése, a védőnővel történő konzultáció és a rendelkezésre álló dokumentáció alapján		
1.	A szűrővizsgálatban érintett oktatási intézmény megnevezése:	
2.	A szűrővizsgálaton részt vevő osztály/csoport:	
3.	A szűrővizsgálat helyszíne (megnevezés cím):	
4.	Az ellenőrzött védőnő által ellátott oktatási intézményben található-e orvosi rendelő, vagy orvosi szoba?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
5.	Ha igen, az iskola által biztosított orvosi rendelőben történik-e a védőnői szűrővizsgálat?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
6.	Ha nincs iskola-orvosi rendelő, orvosi szoba vagy nem azt veszik igénybe, akkor hol történik a védőnői szűrővizsgálat?	a) <input type="checkbox"/> háziorvosi/házi gyermek-orvosi rendelőben b) <input type="checkbox"/> központi ifjúság-egészségügyi rendelőben c) <input type="checkbox"/> védőnői tanácsadóban d) <input type="checkbox"/> egyéb helyen:
Rendelkezésre állnak-e az érzékszervi szűrővizsgálatok szabályos kivitelezéséhez a jogszabályban és irányelvben meghatározott alábbi vizsgálati eszközök?		
7.	CE minősítéssel rendelkező szűrő audiométer	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
8.	Kettesy-féle visustábla 5 m-es vizsgálati távolsághoz	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
9.	színlátást vizsgáló könyv	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
10.	pupillavizsgáló lámpa	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Tájékoztatja-e a védőnő legalább iskolakezdekor a szülőket (pl. szülői értekezleten) az alábbiakról:		
11.	Az iskolavédőnői ellátásról?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
12.	A szűrővizsgálatok kötelező jellegéről?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
13.	A szűrővizsgálatok várható rendjéről?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
14.	A szűrővizsgálatok elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
15.	Ha igen, hogyan történik ez a tájékoztatás?	<input type="checkbox"/> csak szóban... <input type="checkbox"/> csak írásban <input type="checkbox"/> szóban és írásban
16.	Ha írásban is megtörténik a tájékoztatás, közérthető formában tartalmazza-e az a szükséges információkat?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem

17.	Tájékoztatja-e a védőnő a szülőket a szűrővizsgálatot megelőző időpontban az aktuális vizsgálat tényéről, időpontjáról, helyéről, elmaradásának lehetséges és kockázatairól?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> részben
18.	A szülők részére eljuttatott tájékoztató, közérthető formában tartalmazza-e az a szükséges információkat?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
19.	Hogyan juttatja el a védőnő a tájékoztatót a szülőkhöz?	
20.	Időben megtörténik-e a szülők tájékoztatása ahhoz, hogy a gyermek részvétele a szűrővizsgálaton zökkenőmentesen megoldható legyen?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
21.	Az iskolával előre egyeztetett (munkatervben meghatározott) időpontban történik-e a szűrés	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem, ennek oka:
22.	Szükség esetén van-e lehetőség – akár az iskola, akár a védőnő részéről – időpont módosításra?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
23.	A védőnői szűrővizsgálat módja:	<input type="checkbox"/> védőnői alapszűrés <input type="checkbox"/> védőnői alapszűrés és azt követően orvosi szűrésen részvétel <input type="checkbox"/> orvossal közösen végzett szűrővizsgálat <input type="checkbox"/> Egyéb:.....
24.	Hogyan történik az osztályvizsgálat?	<input type="checkbox"/> Tanórák helyett, az osztály a vizsgálat helyszínére vonul <input type="checkbox"/> Tanórák megtartása mellett forgó rendszerben cserélődnek a gyermekek <input type="checkbox"/> Egyéb módon és pedig:
25.	A védőnő megítélése alapján elegendő időt biztosít-e az iskola a szűrővizsgálatok elvégzésére?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
26.	A szakfelügyeleti ellenőrzés során érezhető volt-e az időnyomás (sürgetés) az iskola (vagy más résztvevő) részéről?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
27.	A védőnő által végzett szűrővizsgálaton jelenlévő személyek:	<input type="checkbox"/> a védőnő <input type="checkbox"/> az orvos <input type="checkbox"/> a vizsgált gyermek <input type="checkbox"/> több vizsgálatra váró gyermek egyidejűleg <input type="checkbox"/> egyéb:.....
28.	A védőnő által végzett szűrővizsgálaton csak a vizsgálatához szükséges személyek voltak jelen:	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
29.	Biztosított-e a szűrővizsgálat során a bizalom-teli, elfogadó, a vizsgált személy emberi méltóságát tiszteletben tartó légkör?.	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
30.	Megtörtént-e első szűrővizsgálat alkalmával az anamnézis felvétele, ismételt vizsgálatnál rákérdezett-e a védőnő az előző két év történéseire (baleset, betegség szakorvosi vizsgálatok stb.)	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> részben

31.	Ismertette-e a védőnő a tanulóval a vizsgálat előtt, hogy a hallásszűrés hogyan történik?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
32.	Megtörtént-e első lépésként a 40 vagy 60 dB-es teszthang kibocsátása, hogy a vizsgált személy észlelje, milyen hangot kell hallania?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
33.	Szabályosan megtörtént-e a vizsgálat mind a 4 frekvencián (500, 1000, 2000, 4000 Hz) a szükség szerinti intenzitás szinteken (20, 30, 40, 60 dB) mind a két fülön?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
34.	Csendes helyiségben történt-e a vizsgálat?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
35.	Jelezte-e a védőnő az audiométerrel történő hangkiadást valamilyen módon? (Pl.: Most hol hallod?)	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
36.	Elegendő idő állt-e rendelkezésre a hallásszűrés vizsgálat kivitelezéséhez?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
37.	Szükség volt-e az egyéni fejlettségi szinthez alkalmazkodva másfajta - a szokásostól, az adott életkorban ajánlottól eltérő - vizsgálati módszer alkalmazására?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
38.	Ha igen, élt-e ezzel a lehetőséggel a védőnő?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
39.	Ismertette-e a védőnő a tanulóval a vizsgálat előtt, hogy a látás szűrővizsgálata hogyan történik?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
40.	Szabályosan, a Kettesy táblától 5 méterre áll-a tanuló látásélesség vizsgálatakor?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
41.	Biztosított-e, hogy a tanuló a vizsgálat előtt ne lássa (ne tanulhassa be) a tábla jeleit?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
42.	Mindkét szemem megtörténik-e a vizsgálat (a másik szem letakarásával)?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
43.	Történik-e közellátás vizsgálat Pl.: újság olvastatással?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
44.	Megtörtént-e a színlátás vizsgálata?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> nem szűrendő korcsoport
45.	Biztosított-e, hogy a tanuló a vizsgálat előtt ne lássa (ne tanulhassa be) a színlátás vizsgáló tábla ábráit?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem
46.	Elegendő idő állt-e rendelkezésre a látás szűrővizsgálatának kivitelezéséhez?	<input type="checkbox"/> igen	<input type="checkbox"/> nem

SZÉCHENYI 



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE