



Védőnői hivatás 2010

A hungarikumként jelzett hivatásunk napjainkban



CSORDÁS ÁGNES MSC VÉDŐNŐ,
Magyar Védőnők Egyesülete elnök

Az összeállítás készült a „Védőnői szempontok minőségfejlesztési stratégia kialakításához című anyag, (Asbóth Katalin védőnő Országos Csecsemő- és Gyermekorvosi Intézet, Csordás Ágnes elnök Magyar Védőnők Egyesülete, Fehér Erika főtanácsos védőnő Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály), Odor Andrea, országos vezető védőnő, osztályvezető Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Védőnői Szakfelügyeleti Osztály) és az OEP adatai alapján.

2010. szeptember: New Yorkban Schmitt Pál köztársasági elnök, az ENSZ-nek a Millenniumi Fejlesztési Célok végrehajtását értékelő konferenciáján Magyarországnak az anyaságvédelemben elért eredményeiről szólva az ENSZ tagállamainak figyelmébe ajánlotta a világon egyedülálló magyar védőnői ellátás tapasztalatait.

„Magyarország kész megosztani az országos egészségügyi hálózat kiépítése, a csecsemők védőoltása és az új orvosi technológiák alkalmazása terén szerzett tapasztalatait – mondta Schmitt Pál. „Egy bizonyos területtel, az anyaságvédelemmel kapcsolatban szeretném felhívni az önök figyelmét az egyedülálló, az egész országot lefedő magyar védőnői hálózatra, amelynek keretében szakképzett védőnők a legkisebb településeken is rendszeresen felkeresik a terhes nőket és a kisgyermekes anyákat” – mondta Schmitt Pál, hangsúlyozva, hogy Magyarország ezen a téren is kész megosztani tapasztalatait a Millenniumi Fejlesztési Célok szellemében. (Népszabadság)

A védőnői ellátást – közel egy évszázados története során -, számtalan átalakulás jellemezte, az elvárások és feltételek is többször változtak. A védőnők képzése, munkaköri feladata, és helye is változott.

A védőnők kiemelten a betegségek megelőzésére és az elváltozások korai felismerésére, a családok egészségének megőrzésére képzett, felsőfokú egészségügyi képességgel rendelkező szakemberek, akik közreműködnek a nő-, anya-, csecsemő-, gyermek-, ifjú- és család egészségének védelmében, valamint a közegészségügyi, a járványügyi, egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok végzésében.

A klasszikus védőnői ellátás színtere a család otthona, és a helyi társadalmi környezet, tehát az a mikrokörnyezet, ahol kialakul az életmód, a szokásrend, a viselkedés megerősítése, vagy lehetőség nyílik a módosulásra.

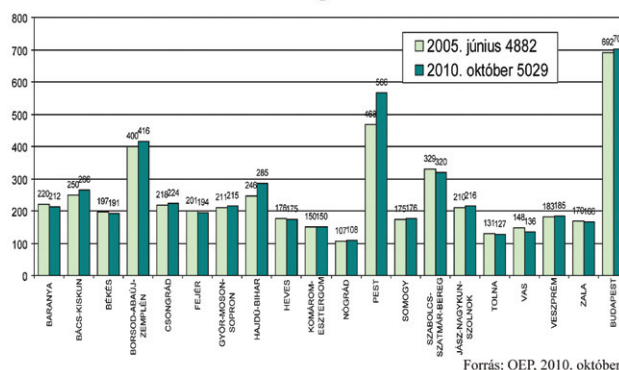
A védőnői hálózat a megalakulásakor (1915) hiányzó volt a csecsemőhalandóság, a fertőző betegségek csökkentésében, a felvilágosításban, az orvos munkája melletti asszisztálásban. A védőnők képzés fejlődésével, felsőfokú szintre való emelésével (1975) vált lehetővé, hogy a preventív ellátásban a védőnők nagyobb önállósággal és felelősséggel legyenek képesek részt venni. Ma már a védőnők feladatukat önállóan végzik – a gondozott egyén érdekében – szorosan együttműködve az illetékes házi orvossal, szülész-nőgyógyász szakorvossal, a házi gyermekorvossal, az iskola-orvossal, a gyermekjóléti szolgálattal, az oktatási nevelési intézményekkel és a civil szervezetekkel.

A védőnői hálózat struktúrája

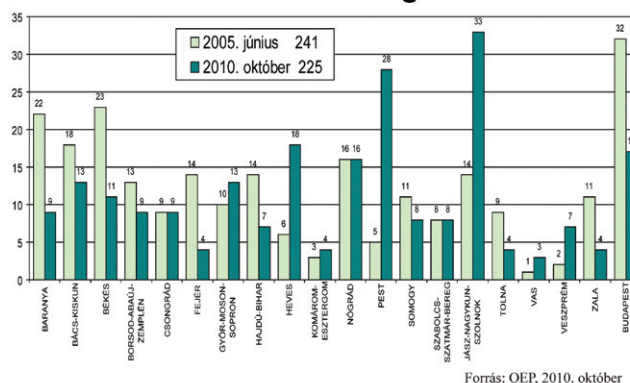
Védőnők a gyógyító-megelőző ellátásban elsősorban az *alapellátásban*, mint területi védőnők és iskola-védőnők tevékenykednek.

A területi védőnői és az iskola-védőnői ellátásról a települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik.

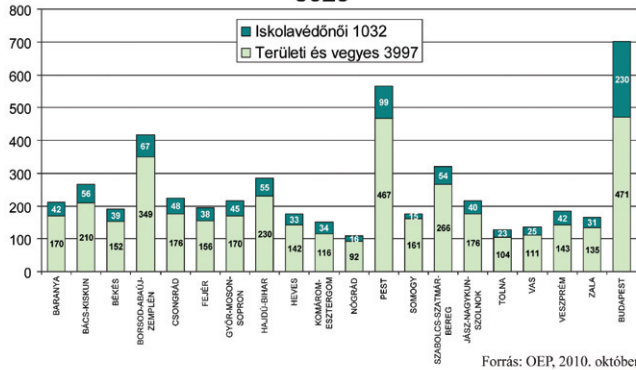
Védőnői szolgálatok száma



Betöltetlen védőnői szolgálatok száma

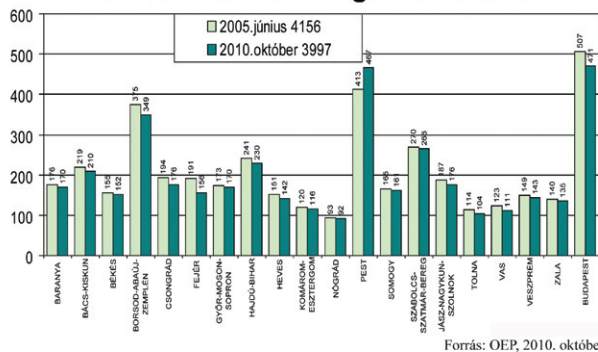


Védőnői szolgálatok száma, 2010. október

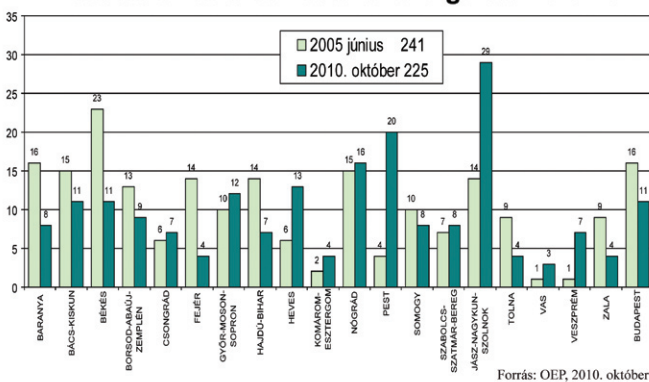


A *területi védőnők* a legfontosabb életszakaszoknál – a gyermekvárásnál, az újszülött fogadásánál, a családi élet kialakításánál, a gyermekek óvodába, iskolába menetelénél vannak jelen a család életében. A területi védőnők látják el az óvodákban az egészségfejlesztési tevékenységet.

Területi védőnői szolgálatok száma



Betöltetlen területi védőnői szolgálatok száma



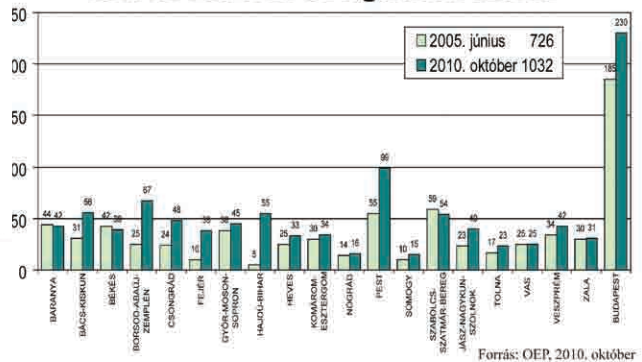
Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatai alapján, 2008. szeptemberében 4004 területi védőnői szolgálatból csak területi védőnői feladatokat 1222 (30,5%) végzett, míg területi és iskola-védőnői ellátást egyaránt biztosító „vegyes” szolgálatok száma 2782 (69,5%) volt, betöltetlen állás: 300

2009-ben a szervezett területi védőnői állások száma 3999 volt, a betöltött 3733 (93,4%). A betöltetlen állások száma: 266

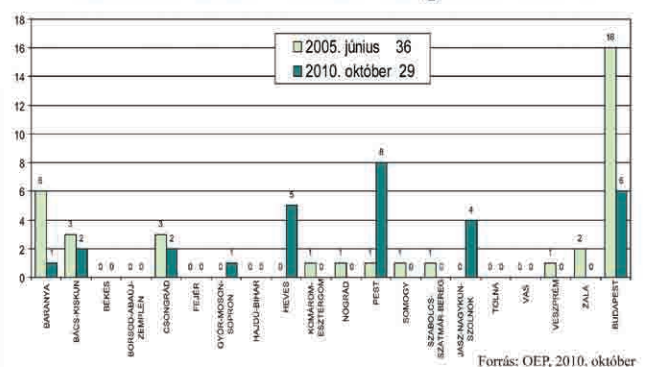
Az OEP finanszírozási adatai alapján 2010-ben területi védőnői állások száma 3997, betöltött 3801 (95%). A betöltetlen állások száma pedig 196.

Az *iskola-védőnők* tevékenységüket, az iskolai tanulmányaikat nappali képzés keretében folytatók körében látják el. (6-18 évesek, valamint a 18 év feletti, középfokú nappali rendszerű iskolai oktatásban résztvevők).

Iskolai védőnői szolgálatok száma



Betöltetlen iskola védőnői szolgálatok száma



2009-ben a szervezett teljes munkaidejű iskola-védőnői állások száma 988 volt, a betöltött 954 (96,6%). 2010-ben állások száma 1032, betöltetlen 29. (97,2%)

Védőnők az egészségügyi szakellátásban – a kórházi védőnők

A *kórházi védőnők* jellemzően a szülészeten, újszülött osztályokon dolgoznak és a várandós- és gyermekágyas anyák ellátásában, a szoptatás segítésében, az anya- és újszülöttjének hazabocsátásának előkészítésében, az egészségnevelésben vesznek részt. **2009. év végére elértük, hogy szinte már sehol sem vesznek részt a területi védőnők a járóbeteg ellátás keretében működtetett terhesgondozásban.**

2009-ben a szülészeti/újszülött osztállyal rendelkező 78 intézményből 63 intézmény rendelkezett 73 kórházi védőnővel. 15 intézményben nem működött kórházi védőnő.

Védőnők az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatban

A magzati élet védelmében kezdte meg működését 1993-ban a *Családvédelmi Szolgálat* (CSVSZ) az ÁNTSZ szervezetében, védőnői képesítéssel rendelkező szakemberek közreműködésével. Feladatuk az oktatási intézményen kívüli családtervezési ismeretek terjesztése, a

válsághelyzetű várandós anyák segítése, támogatása, illetve a terhesség-megszakítás előtti és utáni tanácsadás biztosítása.

2009-ben az 94 engedélyezett álláson, 89 CSVSZ védőnő (94,7%) dolgozott.

A védőnői munka szakmai felügyeletét az *ÁNTSZ-ben dolgozó vezető védőnők* végzik kistérségi, regionális és országos szinten. Feladatuk közreműködni a védőnői ellátás hatékony, az egészségtudomány mindenkori színvonalának megfelelő működésében, az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülésének elősegítésében, a szakmai irányelvek, minőségi követelmények közvetítésében, és mindezek együttes megvalósításának ellenőrzésében és folyamatos nyomon követésében.

2009-ben 117 volt a szervezett állások száma, amelyből 112 volt a betöltött (95,7%).

Állások alakulása 2009-ben OSZMK adatok alapján

Az EEKH adatai alapján közel 8000 fő aktív korú szakembert tartottak nyilván, akik védőnői diplomával rendelkeznek.

Területi és iskolavédőnői állások száma 2009-ben 5005 volt. 3984 területi védőnői állásból betöltött 3753, betöltetlen állás 231 (5,8%)

területi védőnői körzetből 2178 vegyes körzet (a körzetek 55%-a)

1806 csak területi ellátással működött

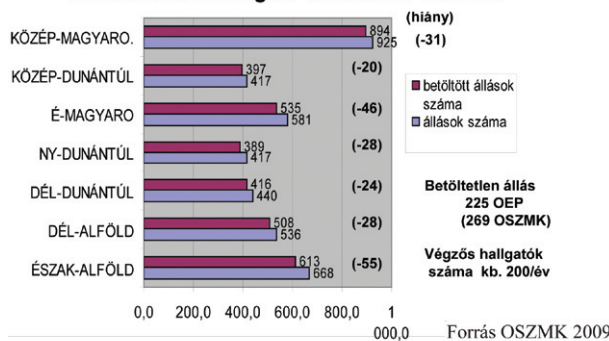
1021, főállású iskolavédőnői állásból üres állás 27 (3%)

Családvédelmi Szolgálatok betölthető állásainak száma 92, üres állás 5

Vezető védőnő állások száma 113 betöltetlen 5.

Kórházi védőnő 73 fő

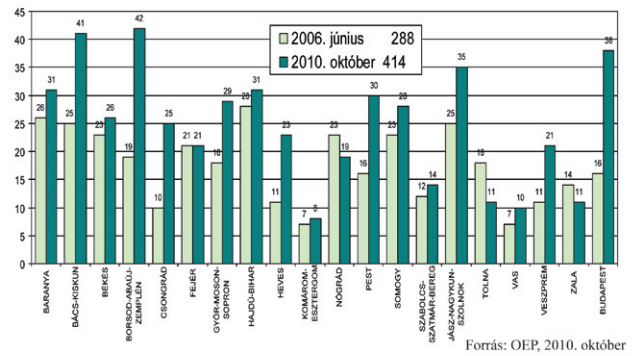
Védőnői állások régiós bontásban 2009. év



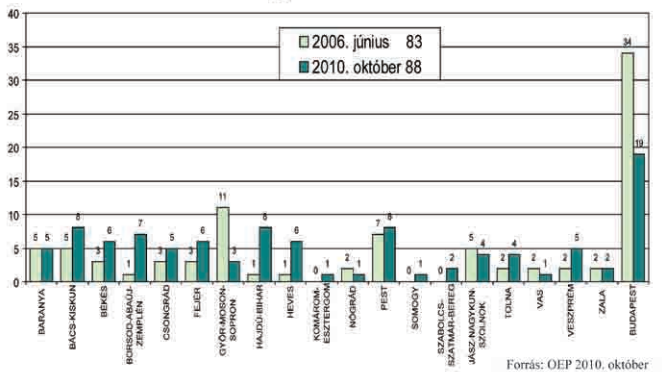
Összesen a betöltetlen állások száma 269 volt 2009-ben. A főiskolákon egy évben védőnői diplomát szerzők száma kb. 200 fő, akik közül nem mindenki helyezkedik el védőnői pályán.

Helyettesítéssel 596 körzetet látnak el a 2010. októberi OEP adatok alapján, ami az összes területi és iskolavédőnői állások számának 11,8%-a!

Helyettesítéssel ellátott területi védőnői szolgálatok száma

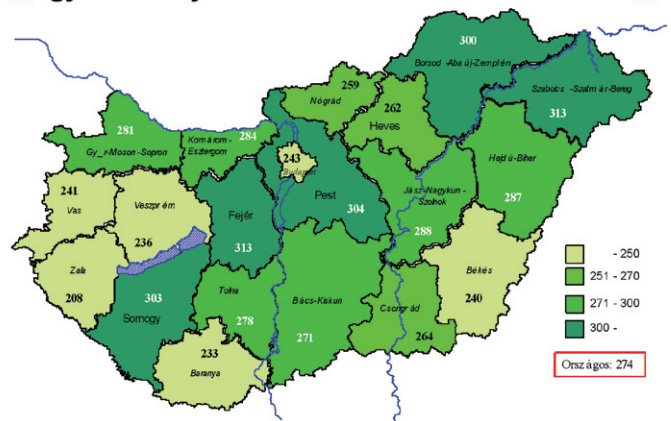


Helyettesítéssel ellátott iskola védőnői szolgálatok száma



Sajnos ez azt jelenti, hogy közel 1000 körzetben a védőnő nem tudja teljesíteni maradéktalanul a rá bízott feladataikat, mivel több mint 500 gondozottat kell ellátni! Ha ehhez hozzávesszük a lényegesen magas létszámot ellátó körzeteket számát 1104 körzet (később bemutatott), a körzetek 45%-ában a védőnők fokozott munkamegterhelésnek vannak kitéve! Ha ehhez még hozzávesszük a 3 vagy több települést ellátó védőnők számát, 364 főt – akik munkaintenzitása szintén jelentős –, és leszámítjuk a kis létszámú körzeteket, 225 körzet, a rendelet szerinti létszámú körzetek száma kb. 1300 lehet, tehát **védőnők 32%-a dolgozik csupán a rendelet szerinti létszámmal.**

Egy körzetre jut ó ellátottak száma 2010. október



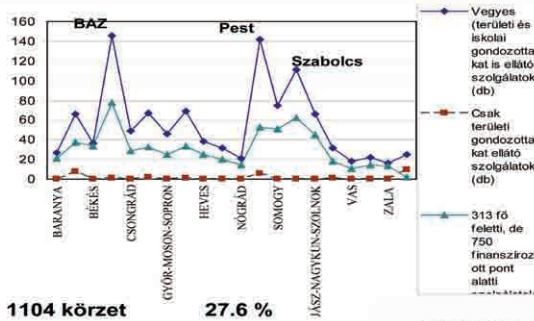
Egy iskolavédőnőre jutó diákok száma 2010. október



Forrás: OEP 2010. október

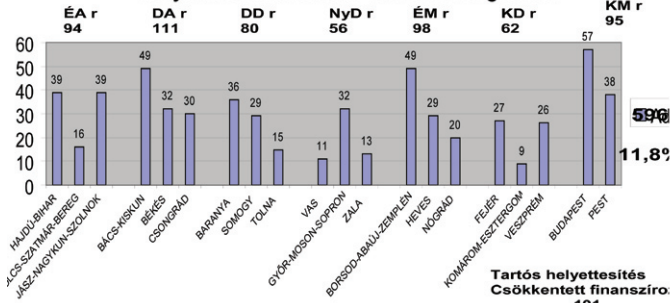
Tartós helyettesítéssel ellátott körzetek száma 191, ami azt jelenti, hogy 60%-os finanszírozást kap a munkáltató.

Ellátható létszám (313 fő) felett ellátó körzetek száma



1104 körzet 27.6%
Forrás: OEP 2010. október

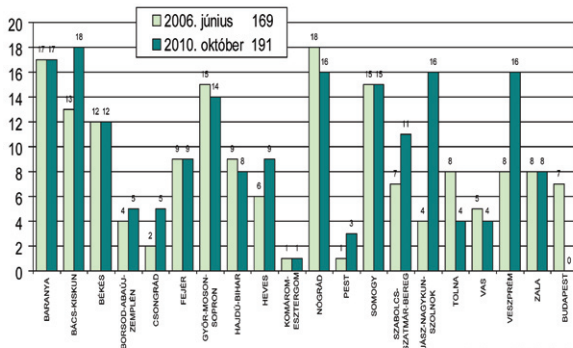
Helyettesítéssel ellátott védőnői szolgálatok



Tartós helyettesítés
Csökkentett finanszírozás
191

Forrás: OEP, 2010. október

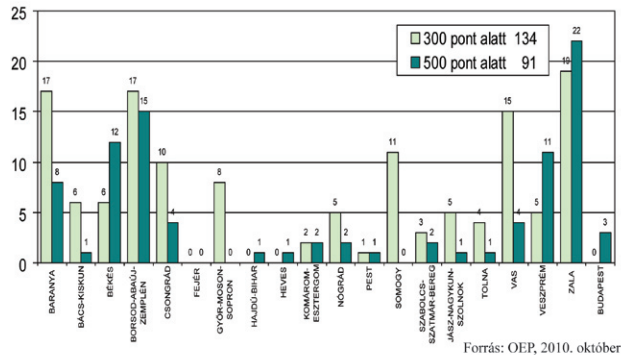
Tartós helyettesítéssel ellátott, csökkent finanszírozásban részesülő védőnői szolgálatok száma



Forrás: OEP, 2010. október

Finanszírozható létszámot el nem érő körzetek száma: város: 91 (Baranya, Békés, BAZ, Veszprém, Zala), község: 134 (Baranya, BAZ, Csongrád, Somogy, Vas, Zala) mivel körzetmódosítás nem történt, ezért a finanszírozást még kapják.

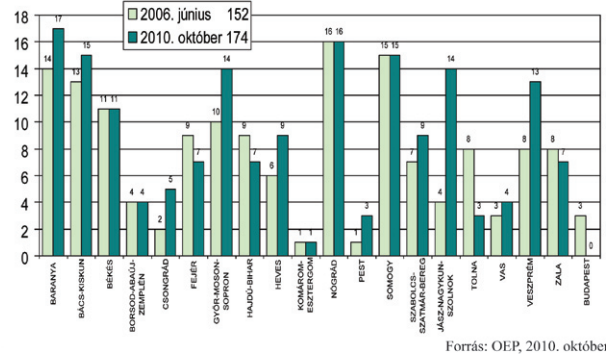
300 és 500 finanszírozási pont alatti területi védőnői szolgálatok száma, 2010. október



Forrás: OEP, 2010. október

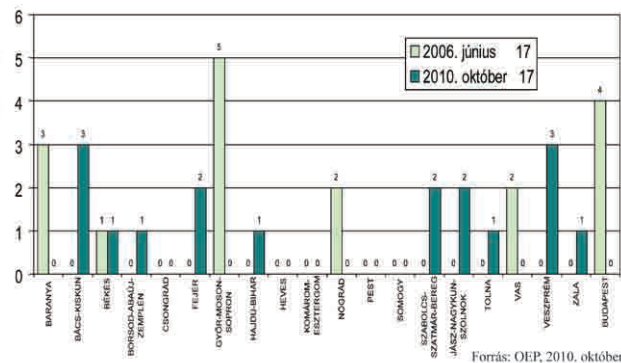
Három vagy annál több települést ellátó védőnői körzetek száma összesen 364 volt 2009-ben, ami a körzetek 9,1%-a.

Tartós helyettesítéssel ellátott, csökkent finanszírozásban részesülő területi védőnői szolgálatok száma



Forrás: OEP, 2010. október

Tartós helyettesítéssel ellátott, csökkent finanszírozásban részesülő iskola védőnői szolgálatok száma

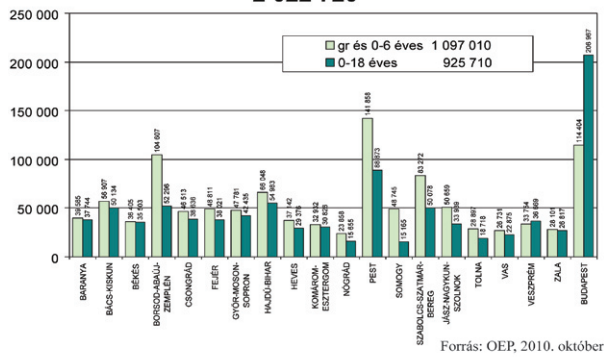


Forrás: OEP, 2010. október

Területi védőnők által ellátandók száma 1 097 010 fő, ami azt jelenti statisztikai számításban, hogy 275 fő jutott (a 250 fő helyett) egy állásra 2010-ben.

Az iskolában ellátottak száma: 925 710 fő, azaz 897 fő jutott egy állásra

Ellátási körbe tartozók létszáma, 2010. október
2 022 720



A jelenlegi helyzet bemutatása után még egy fontos tapasztalat:

A védőnői ellátással szemben támasztott elvárások, a minőségi munkavégzés iránti igény, a korszerű módszerek alkalmazása, az egyénre szabott gondozási tervek elkészítése és e mentén való egyéni gondozás mindmind időigényes! A folyamatosan megjelenő szakmai protokollok mentén való feladatellátás mindannyiunk vágya, igénye, azonban a jelenlegi jogszabályban meghatározott 250 fő gondozottal nem végezhető el maradéktalanul munkaidőben.

Már 49/2004 ESzCsM rendelet megjelenésekor jeleztük, hogy a 250 fő sok egy védőnői körzetben!

Az akkori feladatokhoz – és a feladatok napjainkra még inkább nőttek – a 180-200 fős körzet ellátása lett volna az optimális, úgy, hogy a területi sajátosságokat a szocioökonómiai mutatóit is figyelembe kellene venni a körzetek kialakításánál.

Sajnos, amíg az önkormányzatok, mint munkáltatók, számára leginkább a költségek a meghatározók a körzetek kialakításánál, addig nemigen reménykedhetünk abban, hogy a védőnői leterheltség csökken, csupán talán abban, hogy a rendeletünk módosításra kerül!

Finanszírozás

2010. októberben a területi védőnői körzet átlag finanszírozása 259 000.- Ft/körzet, az iskolai 249 000.- Ft volt. Pont Ft érték 273,933.-Ft.

Az átlag szuper bruttó bér 154 330.- Ft volt az F8 kategóriában, 193 000.- Ft az F13 kategóriában. tehát a különbözet jut a működtetésre. Vannak jó példák, ahol elegendő a finanszírozás de vannak olyan körzetek is, ahol az önkormányzatoknak ki kel pótolnia a forrásokat. A legmagasabb finanszírozási összeggel egy Veszprém megyei, két BAZ megyei és két Bács-Kiskun megyei területi védőnői körzet bír, ami 354 e Ft. A legmagasabb összeggel finanszírozott iskolavédőnői szolgálat (ami a legtöbb iskolánál érvényesül) 285 e Ft.

A legalacsonyabb területi védőnői finanszírozási összeg 16 e Ft (Győr Sopron megye), iskolai pedig 45 e Ft (Békés megye) ezek valószínűleg nem 8 órás munkakörököt takarnak!

Védőnői szolgálatok átlag finanszírozási díja, 2010. október



Védőnői feladatok

A védőnő tevékenységét meghatározó rendeletek számos határozatok egészít ki, melyben számítanak a lakosság közeli ellátások körében a védőnői szolgálat áldozatos munkájára.

Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja 2003 (OGY határozat)

Népegészségügyi Jelentés 2004 (OEK)

Egészségügyi Fejlesztéspolitikai Konceptió (EFK)

Nemzeti Csecsemő és Gyermekegészségügyi Program (2005)

„Legyen jobb a gyermekeknek” Nemzeti Stratégia (2006)

Oktatás és Gyermekegészségügyi Kerekasztal (2008)

Semmelweis terv (2010)

Védőnői feladatok változási irányai:

- a rövid távú célok helyett a hosszú távú célok kerülnek előtérbe,
- a centralizáció helyébe fokozatosan a decentralizáció lép, (lakosság közeli ellátások jelentősége fokozottan nő)
- az intézményes segítség helyett az ön-gondoskodás ösztönzése, támogatása kerül előtérbe,
- a kész megoldások ajánlása helyett, a választási lehetőségek előnybe részesítése,
- az alá-fölrendeltség helyett, a kapcsolatrendszerek (team, partneri kapcsolat) kialakítása szükséges,
- az egyoldalú megközelítés helyett a holisztikus megközelítéssel szükséges a gondozást végezni napjainkban

A védőnői feladatok ellátásában tapasztalt nehézségek, hiányosságok (helyzet, probléma):

A fent bemutatott létszám adatok alapján arra következtetésre juthatunk, hogy veszélybe kerül az egészségvel kapcsolatos ismeretek átadása, a korai észlelés, jelzés, és ahol szükséges lenne a fokozott gondozás nem tud megfelelően megvalósulni. Ennek hosszú távon kedvezőtlen, visszafordíthatatlan hatásai lehetnek a gyermekek

egészségi állapotára, és a későbbiekben a munka és teljesítőképességre. Ez a veszély kiemelten a halmozottan hátrányos települések esetében jelenik meg, mivel a „nehéz körzetek” betöltésére a legnehezebb védőnőt találni.

A védőnői ellátás területén egyre élesebben jelentkező problémák rendezése mihamarabb szükséges! A kialakult aránytalanságok nem teszik lehetővé a kórházi és a területi védőnői ellátáshoz való esély-egyenlő hozzáférés biztosítását.

Az egészséges életkezdet fontos szereplője a **kórházi védőnő**, aki összekötő kapocs kellene hogy legyen, a terület és a kórház között. Ezért minden szülészetén és újszülött osztályon szükséges lenne főállásban biztosítani.

A **területi védőnői** ellátáshoz való hozzáférést leginkább akadályozó tényezők az alábbiak:

- 3 vagy annál több település ellátása,
- a tartós helyettesítés végzése
- vegyes körzetek ellátása, mely fokozott munkaterhet, szervezést igényel,
- kiemelten magas létszámot ellátó területi védőnők,
- nagyon alacsony létszámú körzetek, ahol nem elégséges a finanszírozás a védőnő teljes munkaidejű foglalkoztatásához.

A 3 vagy annál több település ellátása leginkább ott fordul elő, ahol az ellátandók létszáma alacsony és több településről van annyi ellátandó, hogy a települési önkormányzat, az OEP finanszírozásból biztosítsa a teljes munkaidőben a védőnő foglalkoztatását. A három vagy annál több települést ellátó védőnők a munkaidejük jelentős részét az utazással töltik, a védőnő elérhetősége a családok számára korlátozott, sokkal kevesebb idő fordítható az érdemi védőnői munkára.

Tartós helyettesítésben a védőnői ellátás ugyanabban a munkaidőben történik, mint az ún. „saját” körzetben.

A **vegyes körzeteket ellátó területi védőnők** esetében, – körzeti, óvodai és iskolai munkát is ellátnak – a családokra fordítható idő, illetve a családok számára való rendelkezésre állás korlátozott, különösen a több problémával küzdő halmozottan hátrányos, veszélyeztetett családok, illetve a hátrányos települések esetében, ahol a feltételek is hiányosan állnak rendelkezésre, a közlekedési lehetőségek is korlátozottak.

Kiemelten magas létszámot ellátó területi védőnők

Az OEP 2010. októberi adatai alapján jelenleg 1104 körzetben látnak el kiemelten magas létszámot, ami a védőnő magas leterheltségét és a lakosság elégedetlenségét hozza magával.

Nagyon alacsony létszámú körzetek, ahol nem elégséges a finanszírozás a védőnő teljes munkaidejű foglalkoztatásához. Ha nem tud megélni a védőnő, új munkahelyet kénytelen keresni. Jellemzően évekig betöltetlen marad az ilyen körzet, mert újra letelepíteni ilyen körzetekben védőnőt nagyon nehéz.

Megoldandó feladatok a védőnői ellátás területén:

Az ellátandó lakosság számára prioritásként a területi védőnői és kórházi védőnői ellátás megerősítésére, esély-egyenlő biztosítására, fejlesztésére van szükség.

- A védőnői ellátáshoz való hozzáférés növelése;
- A jelenlegi feladatok magasabb színvonalon történő végzése – korszerű módszerek alkalmazása;
- A sikeres és egészséges életkezdet támogatása, gyermekek fejlődésének nyomon követése és a bennük rejlő készségek kibontakoztatásának elősegítése;
- A fejlődési rizikó tényezők feltárása, az eltérő fejlődést mutató gyermekek korai kiszűrése az egészségügyi alapellátás keretében, a sikeres iskola kezdés megalapozása érdekében – különös figyelemmel a hátrányos helyzetű gyermekekre,
- A védőnők által ellátandó populációt érintő népességügyi szempontból kiemelt programok feladataiban való eredményes közreműködés.

1) Fejlesztésre vonatkozó javaslat:

- Kórházi védőnőhöz való hozzáférés minden szülészeti/újszülött osztályon
- A betöltetlen állások betöltése, a pályán tartás, az utánpótlás érdekében ösztönző rendszer biztosítása pl. az elvégzett munkát, és képzettséget figyelembe vevő bérezés, ösztöndíjak, lakhatási támogatás, letelepedési támogatás különösen a hátrányos településeken
- Az egy védőnőre jutó gondozottak számának általános csökkentése a bio-pszicho-szociális szükségletekre érzékenyen reagáló védőnői ellátás érdekében (250-ről, 170-200-ra, az ellátás nehézségi fokától függően)
- Részmunkaidős foglalkoztatás lehetőségének megteremtése (iskolai ellátásban kiemelten)
- A társadalmi szükségletnek megfelelő, a területi adottságokat rugalmasabban figyelembevevő rendszer és finanszírozásának kidolgozása, ahol a házi orvos, házi gyermekorvos, a közösségi nővér, a védőnő, pszichológus, korai fejlesztő, gyermekjóléti szolgáltatás, a dietetikus, a gyógytornász, stb. keretében biztosított az alapellátás feladatoktól függően a képzettségnek leginkább megfelelő feladatmegosztással, együttműködéssel (pl. kistérségi szolgáltatási centrumok, csoport-praxis, alapellátási közösségek keretében működő alapellátás.)
- Finanszírozás újragondolása
 - o A fix díj arányának emelése (fedje a védőnői bért és adóvonzatát – hasonlóan a házi orvosi finanszírozáshoz) a fejkvóta csak kiegészítő legyen;
 - o A védőnő számára a kiegészítő juttatások ne adhatóak, hanem kötelezően adandók legyenek! – pl. területi pótlék, közlekedési eszköz, munkaruhák (a védőnő munkaidejének nagy részét az intézményen kívül a családok otthonában végzi tevékenységét saját ruhájában, saját telefonjával, saját autójával jellemzően jelenleg)

- o ad hoc népegészségügyi feladatokba való bekapcsolódásra külön finanszírozási forrás biztosítása szükséges,
- o az ellátás minőségét növelő kiegészítő képzések (mentálhigiéné, családgondozás, egészségtanár) megfelelő figyelembevételével történő bérmegállapítás,
- o fokozott gondozottak arányának figyelembevételével történő bérmegállapítás a körzetekben
- A több szakmát érintő (eü., oktatás, szociális) megelőző ellátásban (nő-, várandós anya- és gyermek/ifjú ellátás) egyértelmű összehangolt jogi szabályozás (szakmai, finanszírozási), közös szakmai protokollok készítése (feladatok, felelősség, együttműködés) egyértelmű jelzési/továbbküldési/**beutalási** és visszajelzési rendszer meghatározásával („betegutak”).
- A védőnői dokumentáció helyzetének rendezése

Rövid távú megoldási javaslatok:

Azonnali beavatkozásra van szükség a betöltetlen állások (266) csökkentésére, megszüntetésére, mely két év alatt várhatóan megvalósítható az alábbi intézkedésekkel:

- Anyelvizsga hiánya miatt oklevéllel nem rendelkező védőnők alkalmazási lehetőségének megoldása a nyelvvizsga megszerzéséig. A magyar védőnők egyesületénél rendelkezésre álló adatok alapján számuk 2008 év őszén 87 fő volt, ami nem csökkent jelentősen napjainkra sem.
- Gyes-en és nyugdíjban levő, de még aktív kolléganők részmunkaidejű foglalkoztatásának ösztönzése, a tartós helyettesítések csökkentésére, ez kb. 191 körzetet érinthet.
- A pályát elhagyók (kb. 2500 aktív korú állampolgár) ösztönzése a visszatérésre (pl. Ösztönző bérrendszerrel, letelepedési támogatással, továbbképzési támogatással.)
- Ösztönző bérezés hátrányos körzetek ellátásának vállalására.
- Vonzóbb munkafeltételek biztosítása – a minimumfeltételek megvalósításának segítése, az adminisztrációs terhek csökkentésére, az együttműködés megoldására az elektronikus megoldások széles körű biztosítása, különösen a halmozottan hátrányos településeken -.
- Gyors közlekedési lehetőség biztosítása, támogatása (gépkocsi, benzinpénzt, „mozgó védőnői szolgálat” stb.).
- Átfogó ÁSZ vizsgálat a védőnői ellátást működtető önkormányzatoknál, a hiányosságok és a finanszírozási anomáliák feltárására
- A védőnői ellátásra fordított finanszírozás felhasználásának rendszeres ellenőrzése az OEP részéről.
- Védőnői módszertan fejlesztése – különös tekintettel a koragyermekkori állapotfelmérés eredményességének javítása, a szülő kompetenciájának növelése érdekében, az új módszerek kötelező továbbképzések keretében történő elsajátíttatása központi finanszírozással.

Közép távú megoldási javaslat

- Területi ellátási kötelezettség harmonizálása az alapellátási szakterületeken (család-, házi gyermekorvos, gyermekjóléti ellátás)
- A felsőoktatási keretszámok – védőnői tekintetben – minimum 100 fővel való emelése, előnyben részesítve a halmozottan hátrányos régiókban működő egyetemeket (Nyíregyháza, Miskolc, Pécs). Hatása: 2015-től kezdődően várható az évenkénti hiány növekedésének lassulása.
- A védőnői ellátás feladatokhoz rendelt finanszírozásának továbbfejlesztése, a szakmaközi finanszírozás kidolgozása (pl. szociális ágazat részére végzett feladatok ellátása).
- A forráshiány csökkentése, megszüntetése, a nehezebb munkavégzéshez kompenzáló bérek biztosítása – differenciált magasabb finanszírozás a fokozott gondozottak után.
- Megtartani az alacsony létszámú, halmozottan hátrányos településeken a védőnői állást – teljes munkaidejű foglalkoztatás biztosítása – a népegészségügyi, az életkorhoz kötött felnőttkori szűrővizsgálatok szervezésében, a végzésében való többfeladat ellátásával, finanszírozásával.

2) Megvalósítás feltételei

- A társadalmi szükségletnek megfelelő, a területi adottságokat rugalmasan figyelembevevő rendszer kidolgozása feladatokkal, feltételekkel, és a feladathoz rendelt megfelelő finanszírozással.
- A vegyes ellátást (területi és iskolai ellátás) figyelembevevő szakmai és finanszírozási rendelet alkotása, tekintettel arra, hogy a védőnői ellátás nagyobb százalékban vegyes működik.
- Fenntartók/munkáltatók számára egyértelmű és számon kérhetőbb kötelezettségek, ill. differenciáltabb támogatások meghatározása, érvényesítése.

3) Szükséges erőforrás

Személyi:

- Védőnői létszám növelése legalább 300 fővel – a védőnői pályát elhagyók „visszaterelésével” és a végzetek pályán tartásával.

Módszertani

- Védőnői módszertan kutatására, fejlesztésére háttérintézmény létrehozása
- Az érintett szakmák számára közös irányelvek készítése

Finanszírozás

- OEP finanszírozási keret megemlése (havi 113 millió Ft-al már érzékelhető javulás érhető el – 2010. októberi adatok alapján)

4) Várható eredmény, haszon

A szükségletre érzékenyen reagáló preventív védőnői ellátás a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezi.

- Tájékozottság egészségügyi és szociális kérdésekben növekszik.
- Egészséges életmód ismereteinek és készségeinek elsajátítása növekszik a lakosság körében.
- Személyes felelősség, egészségtudatos magatartás erősödik az egyén és családja egészségének megőrzése terén.
- Felesleges beteg-utak, párhuzamosságok és hiányok a feladatban és a finanszírozásban lecsökkennek, megszűnnek.
- Rizikótényezők csökkentése, megszüntetése.
- Veszélyeztetettség korai kezelése.
- Szövődmények kialakulása ritkul.
- Keletkezett adatok, indikátorok központi kezelése javítja a szakemberek közötti kommunikációt, az adatok elemzése lehetővé teszi a szükséges intervenciók korai meghatározását, kivitelezését.
- A védőnői képzettségnek megfelelő, korszerű módszerekkel végzett és kellően finanszírozott munka csökkenti a védőnői „kiégést” és a pálya elhagyást.
- A megfelelő koragyermekkorai fejlődés biztosításával, szükség esetén korai intervenció megvalósulásával a sikeres iskolakezdés, későbbi foglalkoztatottság növekszik.

5.) Módosításra váró jogszabályok:

1992. évi XXXIII törvény a közalkalmazottak jogállásáról

43/1999. (III. 3.) Korm. r. az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól 20.§ 21.§

33/1992. (XII. 23.) NM r. A terhesgondozásról

26/1997. (IX. 3.) NM r. az iskola-egészségügyi ellátásról

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

49/2004.(V. 21.) ESzCsM r. A területi védőnői ellátásról

Védőnői ellátás SWOT analízise

ERŐSSÉGEK

Irányító folyamatok (jogszabályok, szakmai szabályok)

- Kizárólag főiskolai képesítéssel végezhető ellátás – területi, iskola, kórházi, Családvédelmi Szolgálat (CSVSZ)
- Lakosság közeli, területi elv alapján, minden ellátandó számára, országos lefedettséggel szervezett, térítésmentes ellátás a területi és az iskola-védőnői ellátás.
- **A területi és az iskola** védőnői ellátás – önálló szakmakóddal, szakmai rendelettel, minimum feltételekkel, részletezett feladatokkal, önálló fejezetben szabályozott finanszírozással rendelkezik.

- Önálló szakmai kollégiuma van
- A védőnői alapfeladatok meghatározottak védőnői protokollokban, módszertani útmutatókban, iránymutatásokban, ajánlásokban. Standardokkal rendelkezik (nővédelem, várandós, gyermekágyas anya, a 0-18 éves korúak védőnői ellátása, védőoltás, szűrővizsgálatok, jelzés, egészségfejlesztés)
- Egységes szempontú dokumentációval és jelentéssel rendelkezik (a kórházi védőnői ellátás kivételével). A területi és iskola-védőnői ellátás adatszolgáltatása on-line történik, magas arányú teljesítéssel (99-100%)
- A legfontosabb társszakmákkal való együttműködés szabályozott közösen kialakított szakfelügyeleti ajánlásban, iránymutatásban (házi gyermekorvos/háziorvos és a területi védőnő; gyermekjóléti szolgálat és a területi védőnő)
- Jól szervezett, jól kiépült támogató, probléma-érzékeny szakmai felügyelettel rendelkező

Szolgáltatás szakmai folyamatai (családlátogatás, tanácsadás, csoportos foglalkozás)

- Hosszú tradícióval – 95 éves hagyománnyal – rendelkező ellátás
- Megelőző (primer, szekunder, terciér) ellátásra képzett szakember a védőnő
- Egyeztetett, tervezett, rendszeres, után-követő ellátást nyújt
- Több helyszínen működő ellátás – a család otthonában, a védőnői tanácsadóban, az óvodákban, az iskolákban, egyéb csoportos foglalkozásokra alkalmas helyszíneken -, azaz ott nyújtja a szolgáltatást, ahol elérhető a gondozott/család, egyénre, családra, gyermekintézményekre és közösségi színterekre irányul.
- Hivatástudat, szakmai nyitottság, a társadalmi igények figyelembe vételére, új kompetencia elsajátítására
- Bio-pszicho-szociális szükségleteket leginkább figyelembe vevő ellátás
- Területi védőnői (önálló) tanácsadás biztosított országsszerte – védőnői tanácsadás rendje jogszabályban szabályozott
- Növekvő igénybevétel a családok részéről
- Az egyén és a család szintjén a legtöbb testi-lelki-szociális információval rendelkező szakember -dokumentáltan
- Szakavatott interjúkészítés – népegészségügyi, egészségügyi, szociológiai felmérésekhez (pl. Hungaro Study)

Támogató folyamatok:

- **Munkáltató által biztosított működési feltételek:**
 - o Személyi feltételek – 99,9%-ban főiskolai védőnői képzettséggel biztosított tevékenység
 - o Tárgyi feltételek – meghatározott minimumfeltétellel önálló védőnői tanácsadóval rendelkező
- **Képzés, továbbképzés**
 - o Egészség-orientált felsőfokú képzettség
 - o BSc szintű védőnőképzés öt egyetemen (SE,

SZTE, PTE, DE, ME), hat régióban történik, (KM, DA, DD, NyD, ÉA, ÉM), mely nagy szerepet játszik az adott régió védőnői utánpótlásában.

- o Működési nyilvántartáshoz szükséges továbbképzések elérhetők
- **Szakmai fórumok, értekezletek**
 - o Rendszeres egyeztetés a védőnői szakmát képviselők között – konszenzussal, kompromisszummal készített szakmai anyagok, jogszabálytervezetek
 - o Évenkénti fórum a védőnői szakmai képviselők részvételével (Kollégium, ÁNTSZ, Kamara, Egyesület, Szakszervezet)
 - o Rendszeresen szervezett ÁNTSZ értekezletek a vezető védőnők (szakfelügyelők) által (korszerű elvek közvetítése, ellátás értékelése, fejlesztésre irányuló feladatok, csecsemőhalálzási esetmegbeszélések)
 - o Családvédelmi Szolgálatban rendszeres (1-2 havi) esetmegbeszélő csoportfoglalkozások tartása
 - o Rendszeresen szervezett országos konferenciák, rendezvények (Nők egészsége, családok egészsége, Védőnők Napja, Szoptatás Világnapja, Tanévnyitó, Védőnők-Szülész-nők-Gyermekápolók)
 - o Magyar Védőnők Egyesülete (MAVE) – jól kiépített, hagyományokkal bíró, gyakorlatot támogató innovatív szakmai érdekképviselet, országos lefedettséggel, a dolgozó védőnők 60%-át tömörítve, szakmai lapot (VÉDŐNŐ) ad ki, továbbképzéseket szervez, szakmai honlapot működtet.
 - o Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara keretében Védőnői Tagozat működik, évente szakmai konferenciát szervez.

LEHETŐSÉGEK

Az Alapnyilvántartás alapján főiskolai védőnői oklevéllel rendelkezik kb. 8000 fő, melyből valamivel több mint. 5000 fő dolgozik védőnőként, tehát közel 3 000 fő helyezkedhetne el ismét védőnőként!

Irányító folyamatok (jogszabályok, szakmai szabályok)

- A felsőfokú, egészségügyi védőnői képzettségben rejlő lehetőség szélesebb körű alkalmazása, felhasználása
 - o Népegészségügyi Program feladataiban aktívabb védőnői részvétel, a felnőttek népegészségügyi és életkorhoz kötött szűrővizsgálatainak szervezésében, végzésében, különösen azokban a körzetekben, ahol alacsony a védőnő által jelenleg ellátandó gondozottak száma
- A keletkezett adatok, az indikátorok központi gyűjtése, elemzése, szükséges intervenciók meghatározása, kivitelezése
 - o a körzetet, óvodát és iskolát (vegyes körzetet) ellátó védőnői ellátást szabályozó egységes szak-

mai és finanszírozási rendelet alkotása, tekintettel arra, hogy a védőnői nagyobb százalékban ilyen formában tudja az ellátást nyújtani

- o Mozgó Védőnői Szolgálat feltételeinek kidolgozása, bevezetése
- Ágazatközi és szakmaközi szabályozások áttekintése és a szakmai működés és együttműködés összehangolása betartatása
- Finanszírozási átjárhatóság lehetővé tétele – pl. gyermekjóléti, népegészségügyi ad hoc feladatok. többlet feladatok ellátása során
- Az egészségügyi alapellátás összehangolt fejlesztése – szakmai, jogszabályi, finanszírozási tekintetében egyaránt, képviselőinek részvételével a team munka megteremtése, erősítése érdekében (házi orvosi, házi gyermekorvosi, védőnői, körzeti ápolói, iskolaegészségügyi, ügyeleti)
- A várandós anyák, a 0-7 évesek magasabb színvonalú, korszerű módszerekkel való védőnői ellátása – különös tekintettel a rendszeres időközönként megvalósuló szűrés a gyermekek egészségi állapotáról, kognitív-, mozgás-, beszéd- és érzelmi fejlődéséről a korai és hatékony fejlesztés érdekében;
- Közreműködés a gyermekszegénység intergenerációs átörökítésének megtörésében – hogy minden gyermek eséllyel kezdhesse az iskolát – a szegény és lecsúszott társadalmi rétegek gyermekei számára biztosítani a fokozott védőnői gondozást, a szülők bevonásával, valamint a Biztos Kezdet Programmal való együttműködéssel;
- Közreműködés növelése a népegészségügyi feladatok megvalósításában – különös tekintettel a felnőttek népegészségügyi és életkorhoz kötött szűrővizsgálatainak szervezésében, végzésében, azokban a körzetekben, ahol alacsony a védőnő által jelenleg ellátandó gondozottak száma.

Szolgáltatás szakmai folyamatai (családlátogatás, tanácsadás, csoportos foglalkozás)

- Belső minőségfejlesztés ösztönzése, megvalósítása
- Védőnői (területi, iskola, kórházi, CSVSZ) eredményességet jól jelző indikátorfejlesztés és alkalmazásának bevezetése
- A védőnői ellátás koordináló szerepének megerősítése az alapellátáson belül (egészségügyi, szociális, oktatási), illetve alap-és szakellátás között a magzat és a 0-18 éves gyermek megfelelő fejlődése érdekében
- A védőnői ellátásban alkalmazott szemlélet, módszertan, szolgáltatás fejlesztése (pszicho-szociális tényezők figyelembevételével), különös tekintettel a gyermek megfelelő fejlődését segítő, a szülői kompetenciát növelő módon – (TÁMOP 6.1.4. Koragyermekkori (0-7 év) kiemelt projekt¹)

¹ Minden – de különösen a hátrányos helyzetű- 0-7 éves korú gyermek egészséges életkezdetének és sikeres iskolakezdésének támogatása a gyermekek fejlődésének nyomon követésével, a bennük rejlő készségek kibontakoztatásának elősegítésével, a fejlődési rizikó tényezők feltárásával, valamint az eltérő fejlődést mutató gyermekek kiszűrésével az egészségügyi alapellátásban.

- Védőnői egyéni és csoportos edukáció (egészségnevelés) feltételeinek biztosítása (objektív, kereskedelmi érdekektől mentes lakossági tájékoztatók, oktatási segédeszközök központi biztosítása)

Támogató folyamatok:

- **Munkáltató által biztosított működési feltételek**
 - o Finanszírozás szolgálatra való fordításának szigorú ellenőrzése, szabálytalanságok szankcionálása
 - o Működési engedély kiadása csak a minimumfeltételek biztosításával (ellátandók létszáma, az alapfelszerelés működőképes biztosítására vonatkozóan)
 - o Rugalmas munkarend általános elfogadása, megvalósítása
 - o Közlekedési eszközök biztosítása
- **Képzés, továbbképzés**
 - o Egységes, gyakorlatközpontú graduális és posztgraduális képzés, továbbképzés megvalósítása
 - a képző intézmények oktatási anyagainak összehangolása, egységesítése
 - a társadalmi szükségletekhez igazodó egészségügyi szakirányú, szakmai továbbképzési rendszer lehetőségének biztosítása
 - tartós távollét utáni visszatérést segítő továbbképzési rendszer
 - szakmai hiányosság pótlására a védőnői feladatok ellátására irányuló moduláris továbbképzési rendszerek biztosítása (pl. A jártasság igazolásához)
 - o Államilag/munkáltatók által támogatott továbbképzési rendszer kialakítása
 - o BSc képzés korszerűsítése, az MSc szintű védőnői képzés akkreditálása
 - o Szakmai gyakorlati képző helyek minősítése, kijelölése
 - o A védőnőhallgatók gyakorlati felkészítését végző „oktató védőnők” képzési, továbbképzési kötelezettség előírása, a többletfeladat megfelelő díjazása, presztízsük növelése (tanácsadón/iskolában tábla kihelyezése, stb.)
- **Szakmai fórumok, értekezletek**
 - o A védőnők számára szupervízió lehetőségének biztosítása
 - o A társszakmák, a média szerepének növelése a preventív védőnői szolgáltatás igénybevételének ösztönzésében
 - o Szakmai érdekképviselet megerősítése (Kamarai, szakszervezeti testületek erőteljesebb fellépése a munkáltatók jogsértései esetén, szakmai érdekképviseletének erősítése a jogalkotásban)

GYENGESÉGEK

Irányító folyamatok (jogsabályok, szakmai szabályok)

- Harmonizálatlan (összehangolatlan) jogsabályok, szakmai szabályok, feladatok az egészségügyi rendszeren belül és az egyes szektorok között

- Párhuzamosságok és hiányok egyaránt a feladatok ellátásában
- Hiányos minimumfeltétellel kiadott működési engedélyek – ellátási érdekből
- A jogsabályok betartásának hiánya, következmények nélkül – a védőnő, a munkáltató, a hatóság, az együttműködő társszakmák részéről egyaránt
- Belső minőségbiztosítás hiánya
- Menedzsment – hozzáértő operatív irányítás, vezetés hiánya a fenntartó/működtető oldaláról
- Területi egyenlőtlenségek – magas és alacsony ellátandók száma egyaránt probléma (város és falu)
- A védőnői tevékenység alacsony finanszírozása-alacsony színvonalú működtetést eredményez
- Ad hoc népegészségügyi feladatok ellátása finanszírozás nélkül, mely rontja az alapfeladatok ellátásának minőségét

Szolgáltatás szakmai folyamatai (családlátogatás, tanácsadás, csoportos foglalkozás)

- Ellátással szembeni elvárások tisztázatlanága az ellátandók és a közreműködők körében (mindenkinek való megfelelés, „szétforgácsolódás”, önreflexiós képesség hiánya)
- Szokásjogok érvényesülése – nem a képzettségnek, kompetenciának megfelelő feladatok elvárása a társ szakmáktól, felvállalása a védőnők részéről
- Szétforgácsolódás sok időt, energiát vesz el az érdemi munkától, kifáradáshoz, kiégéshez vezet
- Egyéni védőnői és/vagy egyéni orvosi érdek vezérelte ellátás, ellentétben az ellátandó szükségletének megfelelő biztosításával
- Képzettségben rejlő lehetőség kihasználatlansága (megtanultak felejtése)
- Korszerű módszerek, jó gyakorlatok ismeretének és alkalmazásának hiánya (kommunikáció, konfliktus-, és problémakezelés, bio-pszicho-szociális modell alkalmazása)
- Az átlagtól nagyon eltérő családi háttérből fakadó, egyéni különbségek, szükségletek figyelembevételének hiánya (pl. nagyon képzett vagy nagyon képzetlen családok ellátásával kapcsolatos nehézségek)

Támogató folyamatok:

- **Munkáltató által biztosított működési feltételek**
 - o Személyfüggő a védőnői ellátáshoz való viszonyulás – gyakran jellemzi közömbösség, hozzá nem értés, érdektelenség a minőségfejlesztésben
 - o Fenntartói/működtetői érdekek nincsenek összehangban az ellátandók érdekével
 - Pl. védőnő munkáltató által előírt munkarendje (8-17 óra) nem illeszkedik az ellátottak által optimális igénybe vételhez (délutáni/esti tanácsadás), amely a helyettesítés esetén fokozott mértékben jelent problémát
 - Védőnői tanácsadás – nem a lakosság szükségletének megfelelő nyitva tartás

- o Egyenlőtlen minimumfeltételek, hiányos, elavult alapfelszerelés (pl. szűrőaudiométer, stb.)
- o A munkavégzéshez szükséges költségek egyenlőtlen térítése (pl. munkaruha, mobil telefon biztosítása) – munkáltatóktól függően
- o Betöltetlen állások, tartós helyettesítés (> 3 hónap), több település ellátása (több mint 2-3)
- o Gyors közlekedési lehetőség hiánya – az idő jelentős részét az utazás (rossz tömegközlekedési lehetőségek) veszi el az érdemi munkától
- o Korszerűtlen dokumentáció
- o Elektronikusan megoldható, adatvédelem biztosított kapcsolattartás, együttműködési lehetőség hiánya az ellátásban közvetlenül résztvevők között
- o Lakossági tájékoztatók, oktatási segédeszközök hiánya, ill. rendszeres biztosításának hiánya (központi forrásból)
- o Az egészségfejlesztő tevékenységhez objektív, kereskedelmi érdekektől mentes tájékoztatók hiánya
- o A szakmai szint tartását, fejlesztését figyelmen kívül hagyó, az egyéni/munkáltatói érdekek érvényesülése a továbbképzés biztosításában (minél rövidebb, hogy a helyettesítés ne legyen probléma és minél olcsóbb, hogy a működési nyilvántartás teljesüljön)
- o Az ellátás minőségét javító kiegészítő képzések, posztgraduális képzések megfelelő figyelembevételének a hiánya a bérmegállapítás során (mentálhigiéné, család gondozás, halmozottan hátrányos populáció ellátása)
- o Letelepdedést, pályán tartást ösztönző programok hiánya
- **Képzés, továbbképzés**
 - o A gyakorlati oktatóhelyek kijelölésének, megfelelő feltételek biztosításának (minősítésének) hiánya
 - o A kötelező továbbképzések hiánya – a továbbképzési rendszer nem garantálja az alapfeladatok színvonalasabb végzését, a szakmai fejlődést, a szinten tartást – a szükségletre érzékenyen reagáló ellátást
 - o A védőnői alapfeladatok (kompetenciák) színvonalasabb ellátását szolgáló, a szakmai fejlődést és a szakmai hiányosságok csökkentését biztosító továbbképzések, tanfolyamok hiánya, valamint rendszeres hozzáféréseinek a hiánya (pl. tartósan távollévők visszatérésekor vagy a szakfelügyelet szakmai hiányosság észlelése esetén nem tudja hova irányítani a jártasság megszerzésére, igazolására, stb.)
 - o Szupervízió és szakmai mentorálás hiánya
- **Szakmai fórumok, értekezletek**
 - o Együttműködés rendszertelensége, működésképtelensége, ill. egyoldalú együttműködés
 - Az egészségügyi ellátáson belül
 - az alapellátáson belül, pl. A háziorvos, a házi gyermekorvos és a védőnő
 - Az alapellátás és a szakellátás között – védőnő és a szülész-nőgyógyász, kórházi védőnő és a területi védőnő
 - Az egészségügyi ellátáson kívül
 - A védőnő és az óvoda/iskola
 - A védőnő és a gyermekjóléti szolgáltató
 - o Ellátásban közreműködő szakemberek esetmegbeszélő fórumainak hiánya, esetlegessége, (pl. csecsemőhalálózási értekezletek, anya- és gyermekvédelmi értekezletek esetlegessége, megszűnése) illetve jellemzően az orvosok távolmaradása a megbeszélésekről.

VESZÉLYEK

Irányító folyamatok (jogszabályok, szakmai szabályok)

- Gyakori változások az egészségügyi rendszer irányításában, így a hangsúlyok változásában
- OEP finanszírozás felhasználása nem ellenőrzött – vannak olyan tapasztalatok, hogy nem a védőnői ellátásra kerülnek felhasználásra
 - o Ellátandó egység szintjén differenciálatlan finanszírozás – nem veszi figyelembe a többlet feladatot, a szakmai felkészültséget (az ellátás minősége szempontjából hasznos kiegészítő képzést), a munka nehézségét (pl. fokozott gondozást igénylők arányát a körzetben/iskolában)
- Az alapellátás szintjén dolgozó szakemberek (házi orvos, házi gyermekorvos, védőnő, körzeti közösségi ápoló, stb.,) nem egy területi egységre (azonos ellátandókra) lettek szervezve, mely konfliktusok, problémák forrása. Nem teszi lehetővé az egyén számára az egységes, összehangolt, egymást erősítő megelőző-gyógyító ellátást.
- Preventív szemlélet hiánya – a medikalizált megelőző-gyógyító ellátásban az egészségfejlesztéssel kapcsolatos elmélet és gyakorlat, módszerek térhódítása nem tud érvényesülni
- Hosszú távú tervezés, kiszámíthatóság, folyamatosság hiánya a megelőző ellátás tekintetében
- A szociális, egészségügyi és oktatási terület összehangolt működésének hiánya, saját szakterület érdekének előtérbe helyezése a közérdekkel szemben (széles látókör hiánya)
- Az egészségfejlesztés, a megelőző egészségügyi ellátás költségvetése alacsony, a fenntartó/működtető (jellemzően önkormányzat) anyagi ráfordítás nélkül a feltételeket, karbantartást, fejlesztést folyamatosan biztosítani nem tudja
- A megelőző-gyógyító alapellátás összehangolt szakfelügyelete nem működik.
- Életpálya, előremenetel nem meghatározott – utánpótlást, pályán tartást veszélyezteti

Szolgáltatás szakmai folyamatai (családlátogatás, tanácsadás, csoportos foglalkozás)

- A védőnői ellátás hozzáférhetősége csökken – kevesebb a pályakezdő védőnő, mint a nyugdíjba menő védőnő
- Tovább emelkedik a kiemelten magas létszámot ellátó/több települést ellátó védőnők száma, romlik az ellátás hozzáférhetősége, minősége, és növekszik az ellátandó lakosság elégedetlensége, a védőnői ellátás igénybevételének csökkenése
- Népesedés csökkenése, csökkenő és egyenetlen születésszám
- Fokozott gondozást igénylő, hátrányos helyzetű lakosság számának növekedése

Támogató folyamatok:

- **Munkáltató által biztosított működési feltételek**
 - o A védőnői ellátást fenntartó/működtető önkormányzatok anyagi nehézségei
 - o A települési önkormányzatok hajlandósága a közösen biztosított védőnői ellátás tekintetében gyenge

➤ Képzés, továbbképzés

- o Nem az ellátó rendszer szükségletéhez igazodó elméleten és gyakorlaton alapuló, egyenlőtlen graduális képzés – nem egységes a képzés, eltérő ismerettel és gyakorlattal rendelkező hallgatók állnak munkába
- o A biológiai tényezők túlsúlya (medikalizált), míg a pszicho-szociális tényezőkkel kapcsolatos elméleti, gyakorlati és módszertani vonatkozások nem kellő hangsúlya a képzésben, és a továbbképzésben
- o A védőnőhallgatókat a gyakorlatban felkészítő védőnők („oktató védőnők”) oktatásra való képzésének, továbbképzésének hiánya
- o Az „oktató védőnők” megfelelő díjazásának hiánya
- o Prevenció kutatása nem kap megfelelő hangsúlyt
- **Szakmai fórumok, értekezletek**
 - o Háziorvosok/házi gyermekorvosok és védőnők esetmegbeszélő fórumainak hiánya
 - o Országos szintű szakmai fórumokon a medikális szemlélet dominál, a prevenció csak retorika szintjén jelenik meg
 - o Együttműködés rendszertelensége, működésképtelensége

Kedves olvasó!

Ha az itt leírtak alapján szeretné gondolatait megosztani a védőnő kolléganőkkel, akkor tegye azt meg. Várjuk észrevételeit a www.mave.hu honlapon elérhető fórumon <http://www.mave.hu/?q=blog/blogpost/3> linken érhető: **Ön hogyan látja munkánkat.** blog oldalon, amit Önök szerkeszthetnek. A felület nyilvános, minden látogató elérheti.