

ahogyan azt felmérésünk is bizonyította – rontja az ellátók közötti kommunikációt. E tény még inkább kielezi a dokumentáció mikéntjének kérdéskörét, mely – ahogyan eredményeink jelzik – nem tekinthető megoldottnak. Az orvosokat, köztudottan, rendeletileg kötelezik a modern informatika használatára – védőnők esetében viszont még a hagyományos dokumentáció az általános, sőt, a megyében a felügyeleti szervek el sem fogadják a csak elektronikus dokumentációt védőnőktől. Azok az elképzelések, melyek szerint a védőnők területi kötöttségének „felpuhításával” közelítsék ismét egymáshoz az orvosi és védőnői páciens-listát – éppen a gyermekellátó orvosok által sokszor „számos részre szabdal” körzetek és a parallel terhes gondozás kötelezettsége miatt irreálisak. Ezt feltehetően látják a javaslat-tevők is, tehát felmerül, hogy türelmetlenségüket és tehetetlenség-érzésüket akarták ekképpen éreztetni(?)

A másik, működési oldalra rátérve el kell ismerni, hogy az utóbbi évtized nagy vívmánya az önálló védőnői tanácsadás széleskörűvé válása (8), utalunk ebben jelen felmérésünk adataira is. Mivel e folyamat – főleg városokban – párhuzamos volt a rendelők privatizációjával és a központi tanácsadók kiépítésével, a védőnők természetesnek érzik hogy a közös tanácsadás helyeként az ő objektumuk autentikus az orvossal közös tanácsadásra is. Az orvosok számára viszont nem mindenben fogadható el ez a helyzet. Fenntartásaik a saját dokumentáció és a tanácsadók terápiás működési engedélyének hiánya köré csoportosulnak annál is inkább, mivel sokuk komoly anyagi áldozattal érte el a magától elvárt „hazai” rendelői színvonalat. Biztonságérzetet adó eszközeiket munkatársukkal együtt nélkülözvén így kockázatosnak érzik mégoly kényszer-szülte bármilyen beavatkozásaikat is tanácsadás kapcsán. Az ellátottak érdekében mégis vállalkoznak a terápiás kiegészítő szolgáltatásra, de nyugtalanítja őket az illegitim helyzet és a nem mindig pontos dokumentáció.

E dilemma megoldása a célja a házi gyermekorvosok szervezete egyértelmű állásfoglalásának, mely szerint a (központi) védőnői tanácsadó a védőnő önálló tanácsadó-gondozói ténykedésének legyen színtere, az orvossal közösen végzett tevékenységnek viszont az arra alkalmassá tett gyermekorvosi rendelő adjon helyet (6). Az ide szorosan kapcsolódó dokumentáció/információ-áramlás kérdéskörben nem zárható ki, hogy az orvosokban még mindig van bizonyos vonakodás a releváns klinikai adatok „kiadását” illetően. Munkánk során úgy éreztük, hogy az orvosok szemléletének megváltozásához szükséges lenne a védőnői dokumentáció „felzárkóztatása”, amely csak informatikai fejlesztéssel és külső késztetéssel képzelhető el.

Az előbbi és több más fejlemény folytán alakult ki több területen bizonyos kompetencia vita, mely az utóbbi két év folyamán ismét komoly szakmai polémia tárgyává vált, és melyet felmérésünkben a „kinek jó...?” kérdésekre adott válaszok tükröznek. A fellelhető szak-

mai anyagok arra utalnak, hogy mindkét szakmai „lobbi” igyekszik tisztázni a kompetenciákat és azok határait, dokumentumaik pedig fokról fokra javulóan látszanak e célt szolgáltni (7, 8, 1, 2, 3). Semmiféle önkényes cezúra nem képes mindazonáltal áthágni törvényi kereteket, melyek szerint „a kezelőorvos – feladatkörében – jogosult a ... közreműködő egészségügyi dolgozók részére utasítást adni” (11), aki „az utasítás keretein belül ... kompetenciájának keretei között ... önállóan határozza meg ... a feladatok végrehajtásának módját és sorrendjét”(12).

Az előbbiekkal bizonyos ellentmondásban a körzeti védőnői szolgálatról a törvény előtt megszületett és hatályos (maradt) miniszteri rendelet szerint ugyanakkor „a védőnő gondozási feladatait önállóan végzi...és együttműködik az egészségügyi alap...ellátás szakembereivel”(9). Az előbbiek szerint így mind az orvos érezheti jogosnak fölérendeltségét, mind a védőnő szakmai szuverenitását az együttműködésben, nem látszik tehát más megoldás mint hogy „a konfliktusokat az összes érintett szakember...saját területén igyekezzen feloldani...az eredményes közös munka érdekében” (4).

A védőnői rendszer sajnálatos aktualitása a várandósok és gyermekek létszámának állandó csökkenése. Így főleg informális szakmai beszélgetések egyik témája a védőnők „szabad kapacitása”, melyet ésszerűen kellene kihasználni. A történelmi hagyományon túl (a „zöldkeresztes” elődszervezet küldetésének és tevékenységének része volt a családgondozás) (8), a szakma részéről is csaknem évtizedes kezdeményezés a családgondozói kiegészítő képzés és szerepvállalás. Nem lehet tehát véletlen, hogy a javaslatok között a védőnők privatizációját az orvosok egy része a családgondozói működés kiszélesítésével javasolja egybekezdni. Ugyanakkor sajnós a védőnők egyike sem tett (spontán) ilyen ajánlatot, tehát e területen sincs egyetértés orvosok és védőnők között. Reményre ad mégis okot előző felmérésünk, mely szerint a védőnők elismerik, hogy egyre több esetben van szükség kompetenciájuk ez irányú kiterjesztésére és ezt vállalnák is az alapellátó team-ekkel közös szakmai és anyagi érdekeltég jobb érvényesülése esetén (5).

Eredményeinket és ennek kapcsán kialakult vélekedésünket összefoglalva az alábbi következtetésekre jutottunk vizsgálatunk kapcsán:

- A védőnői és orvosi ellátotti kör szétválása az előző együttműködés esélyeit rontja, nem jelentéktelen extra teherrel jár, amellettt hogy pl.
- az akadozó információ-áramlás gyengítheti az ellátás színvonalát.
- Nem zárható ki, hogy a nehezkesebb kommunikáció nehézséget okoz a területen kívüli csecsemők és kisgyermekek ellátásában, gondozásában.
- A két rendszer eltérő munkáltatói és finanszírozási szisztémája további nehézségek forrása lehet.