

## Az otthoni szakápolás múltja, jelene és jövője Magyarországon

Banai Jolán, Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület, Budapest

Magyarországon 1996. november 1-től van az E. Alapból finanszírozott, a beteg otthonában végezendő otthoni szakápolás. A szerző ismerteti a házi-ápolás kialakításának okait és a tevékenység jogszabály által előírt tárgyi és személyi feltételeit. A tevékenység eredményeit és nehézségeit számszerű adatokkal mutatja be. Az otthonápolással elégedett a többi egészségügyi szolgáltató és a betegek is. A szakdolgozónál alacsony a fluktuáció, azonban a 20/1996. (VII. 26.) NM rendeletben meghatározott szakmai tevékenységeknél változtatásra van szükség a valós lakossági és orvosi igényeknek megfelelően. Az ellátás finanszírozása rugalmatlan. A Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület felkért szakértő segítségével továbbfejlesztési javaslatokat dolgozott ki a szervezetek átvilágítása után. A stratégiai terveket megküldték az Egészségügyi Minisztériumnak, jelenleg folyik az otthoni szakápolás átalakítása. Nagy reményekkel várják az új jogszabályokat.

*In Hungary home care is financed by the National Health Care Fund since November 1 1996. Author discusses the reasons for the creation of home care, and the human resource and material conditions defined by the operational regulations. During this nearly 13 years the home care settled into the health care system. The results and difficulties of this new health care form are presented with the help of data. Both the patients and other health care organisations are satisfied with home care. The fluctuation of employees is low. However, regarding the professional activities defined in the 20/1996. (VII. 26) Ministry of Welfare statutory rule there is a great need for change to meet the real residential and medical requirements. The financing of the health care is rather inflexible. After revising the organisations with the help of an external expert, the Hungarian Home Care and Hospice Association elaborated some suggestions to improve the system. The strategic plans were sent to the Ministry of Health Care, currently the renewal of home care is on the agenda. The changes of the regulation are waited by professionals.*

### BEVEZETÉS

Az otthoni szakápolási rendelet megjelenésével és annak hatályba lépésével (1996. (VII. 26.) NM rendelet) történelmi lépés történt Magyarországon. Megkezdődött, egy új, az E. Alapból finanszírozott tevékenység, nyugati országok mintájára: a szakdolgozók által a beteg otthonában a páci-

ens házi-ápolása által irányított betegellátás. Létrehozásának legfőbb oka, volt, hogy a politikusok felismerték, hogy a drága fekvőbeteg osztályokon gyakran olyan betegségben szenvedők ellátása történik, akik otthon is gyógyíthatók. Az akkori Kormánynak szándékában állt a kórházi ágyak drasztikus csökkentése és vele párhuzamosan, mint egy alternatívaként bevezették az otthoni szakápolást. Először történt meg, hogy az egészségügyi rendszerben dolgozó szakdolgozók önálló vállalkozást indíthattak be. A tárgyi feltételek biztosítására a Népjóléti Minisztérium pályázatot írt ki és a megalakult cégek az ellátáshoz szükséges eszközeiket a pályázaton nyert összegből tudták beszerezni. A pályázat komoly segítség volt, mert a tőkével nem rendelkező, de nagy szakmai tapasztalattal bíró és innovációs szemlélettel rendelkező szakemberek számára lehetőséget nyújtott vállalkozás beindítására. Az ÁNTSZ engedéllyel rendelkező szolgáltatók benyújthatták pályázatukat a területileg illetékes Megyei Egészségbiztosítási Pénztárhoz.

Az otthoni szakápolás ellátását két jogszabály biztosítja: a már említett 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet, amely szabályozza az ellátáshoz szükséges tárgyi és személyi feltételeket, és meghatározza az ellátandó feladatok körét, az ellátásban használt dokumentációt, illetve az E. Alapból történő finanszírozás szabályait meghatározó 43/1999 (III. 3) Kormányrendelet 35 §-a. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár önálló Otthoni Szakápolási kasszán keresztül finanszíroz, a járóbeteg szakellátás részeként. Az otthoni szakápolási kassza éves pénzeszközeit minden évben a Költségvetés határozza meg. Az OEP az E. Alapban a házi szakápolásra rendelkezésre álló keretet a lakosság számának arányában osztja fel a Regionális Egészségbiztosítási Pénztárak (REP) között. A REP-ek pedig a szolgáltatók között a szerződésben ellátott területeik lakosságszámának arányában határozzák meg egy-egy szolgáltató éves vizitkeretét. Az ellátás finanszírozási alapja a napi vizitdíj, amelynek mindenkori összege függ a Költségvetés által meghatározott összegtől.

### AZ OTTHONI SZAKÁPOLÁS SZAKMAI FELADATAI A 20/1996. (VII. 26.) NM RENDELET ALAPJÁN

A házi-ápolás a következő tevékenységeket rendelheti el saját kezdeményezésére vagy szakorvosi javaslat alapján: szakápolás, gyógytorna, fizioterápia, logopédia. Az egy alkalommal elrendelhető vizitek száma 14 vizitet tesz lehetővé, melyet még újabb orvosi kontroll nyomán további 3 alkalommal új elrendeléssel megismételhet. A REP a biztosított részére naponta egy vizitet számol el, ha egy napon belül többszöri ellátást igényel a beteg, az is egy vizitnek számít.

A szolgáltató havonta számítógépen az OEP által kiadott programon jelentést készít az adott hónapi ellátásokról, és floppy lemezen, valamint nyomtatott összesítővel együtt beküldi a területi illetékes REP-nek, minden hó 10.-ig.

**AZ ELMÚLT 13 ÉV TAPASZTALATAI, EREDMÉNYEI, KUDARCAI**

Megállapítható, hogy a kezdeti bizonytalanság után a finanszírozás megjelenésével nagyfokú fejlődés látható, a rendelet hatályba lépését követően már a harmadik évben kialakult az egész ország területét lefedő szolgáltatók száma. A szolgáltatók száma lényegesen nem változott az elmúlt évek során, de a stabil számok mögött némi fluktuáció észlelhető. Néhány szolgálat megszűnt és a helyükbe lépett új szolgáltatókkal kötött szerződést az OEP (1. táblázat).

év	Szolgáltatók száma
1996	10
1997	210
1998	320
1998	340
1999	350
2000	340
2001	330
2002	325
2003	325
2004	330
2005	335

1. táblázat  
A finanszírozott otthoni szakápolási szolgálatok számának alakulása 1996-2005

A 2. táblázatban látható, hogy az otthonápolási kassa minden évben növekedett. Jelentős összegű növekedést mutatott az egészségügyi dolgozók 2002 évi 50%-os béremelését követő 2003. évben. Sajnálatos azonban, hogy az előirányzat megtorpant. Az előirányzott összegek az utolsó négy évben módosítással csökkentve lettek. A vizitdíjak a 2003-as évtől számítva 2009. évvel bezárva összesen csak 10%-al emelkedtek, amely az infláció ismeretében reálértéken csökkentést jelent. Az otthoni szakápolás 2005-2006 évben kiegészült az otthoni hospice ellátással. A szolgáltatók a hospice és az otthoni szakápolásra együttesen használhatják fel a keretet (2. táblázat).

Ha a számadatokat levezetjük esetszámra, láthatjuk, hogy az otthonápolás nem tud a kórházak kinyújtott karja lenni. Ha összehasonlítjuk a kórházi esetszámokat (2 millió/év) és az otthonápolásban ellátható betegek számát (45 ezer), akkor a betegek kórházi ellátását követően az otthoni ellátásnál sérül a betegek egészségügyi ellátáshoz való joga. Hiszen a szolgáltatáshoz nem jut hozzá minden egyes rászorult beteg. Ugyanakkor látható, hogy átlagos 26 napos ápolási nap alatt a beteg otthoni ellátása csak 67 500 Ft-ba kerül a finanszírozónak. Tehát lényegesen olcsóbb ellátási forma. Érdemes lenne arra, hogy több forrást kapjon (3. táblázat).

mutató	Esetszámra	Betegszámra
Ellátottak száma	59 411	44 869
Vizitek száma	1 166 580	1 166 580
Átlagos ápolási nap	19,6	26,0
Vizit átlagköltség (Ft)	2596	2596
Költség (Ft)	50 978,6	67 500,7

3. táblázat  
Ápolási napok és azok pénzbeli kifejezői az otthoni szakápolásban (2007. költségvetési év Forrás: OEP)

	Előirányzat M Ft-ban	Módosított M Ft-ban	Növekmény %	Felhasználási %	Vizitdíjak
1996	600		-	-	1200 Ft
1997	1000		-	49,00%	1200 Ft
1998	1160		16,00 %	85,20%	1600 Ft
1999	1285		10,00%	87,10%	1800 Ft
2000	1324		3,00%	96,20%	2000 Ft
2001	1462,8		10,50%	100,00 %	2100 Ft
2002	1613,7		10,30%	98,30 %	2100 Ft
2003	2235,8		38,50%	100 %	2850 Ft
2004	2737,2		22,40%	100 %	3000 Ft
2005	3091,6		12,90	99,80%	3000 Ft
2006	3271,2	3370,2	9 %	99,20 %	3000 Ft
2007	3670,4	3320,4	0 %	98,5%	3000 Ft
2008	4011,2	3627,2	9%	Nincs adat	3200 Ft
2009	4630,2	3830,2	9 %	Nincs adat	3200 Ft

2. táblázat  
Az otthoni szakápolásra fordított pénzügyi keret /Forrás:OEP, Egészségügyi Közlöny/

Az otthoni szakápolásban ellátható tevékenységek közül kiemelkedik a 11-es kódszámú szakirányú tevékenység (gyógytorna, logopédia, fizikoterápia) és éppen hogy pár tized különbséggel a második helyen szerepel a 7. kódszámú (decubitus és a krónikus sebek ellátása). Sajnálatos módon a háziorvosok nem, vagy csak csekély mennyiségben igényelték a további 10 tevékenységet. Az otthon ellátott feladatok igénylése a következő években sem változott. Mindenképpen elgondolkodtatók ezek az adatok. Az otthoni szakápolási tevékenységi köröket át kell gondolni, a szabályozást a valós szükségletnek megfelelően kell kialakítani (4. táblázat).

Tevékenység megnevezése	Kód	Résarány
Szakirányú szolgáltatás, gyógytorna, fizikoterápia, logopédia	11,	37, 7 %
Decubitus ellátás	7	35, 4 %
Nyitott és zárt sebek ellátása	6	8, 9 %
Gyógyászati segédeszközök szakzerű betanítása	8	7, 0 %
Balesetek és műtét utáni ápolói feladatok	5	4, 02 %
Speciális tv, Téns ,	9	7,9 %
Infúziós terápia	4	1,9 %
Katéter csere	3	0,4 %
Tartós fájdalomcsillapítás	10	0,3 %
Tracheális kanül tiszt. és cseréje	2	0,25 %
Szondán át történő táplálás	1	0,1 %
Összesen		100 %

**4. táblázat**

*Az otthonápolási vizitek százalékos megoszlása a 20/1996 (VII: 26.) NM rendeletben rögzített tevékenységen belül (2007. költségvetési év) Országos adat /Forrás:OEP/*

Mint látjuk, az otthoni szakápolás a kórházi ellátást nem tudja befolyásolni, melynek oka a kasszák közötti átjárhatóság hiánya és a tevékenységi körök nem megfelelő meghatározása. Az alapellátásnál érdekes adatot mutat a körzeti ápolók létszáma és látogatásai számának alakulása. Míg az 1996-os évben 5700 fő a körzeti ápolók által betöltött állások száma, és a látogatott esetek száma 5161, ezzel szemben a 2005. évben a körzeti ápolók száma alig változott (5772), a látogatott esetek száma viszont kevesebb, mint a felére csökkent (2524).

**OTTHONI SZAKÁPOLÁS CSALÁDORVOSI ÉRTÉKELÉSE (MOHE ORSZÁGOS FELMÉRÉS, 2005.)**

A megkérdezett családorvosok az ország 19 megyéjében végezték családorvos tevékenységüket, a válaszadók 55 %-a kisebb közösségekben (falun, kisvárosban) dolgozott. A családorvosok 80%-a rendel el otthoni szakápolást. Az elrendelt tevékenységek megoszlása: 73% sebkezelés, 72% gyógytorna tevékenység. A harmadik leggyakoribb tevékenység (50%) az intravénás folyadékpótlás. A feldolgozásnál kiderült, hogy az orvosok 84%-a egy, maximum két otthoni szakápolási szolgáltatóval dolgozik együtt állandó jelleggel. Az évek során kialakult a jó munkakapcsolat a két ellátási forma között. Természetesen nagyon fontos a sze-

mélyes kapcsolattartás. A vizsgálat egyértelműen bebizonyította, hogy a családorvosok elégedettek az otthoni szakápolást végzők szakmai munkájával. A szakápolást saját döntésük alapján rendelik el, de figyelembe veszik a szakorvosi javaslatokat is. Természetesen a felméréseinkben csak azok az orvosokat tudtuk megkérdezni, akiknek már volt kapcsolatuk az otthonápolással [2].

**OTTHONI SZAKÁPOLÁS ÉRTÉKELÉSE AZ ELLÁTOTT BETEGEK OLDALÁRÓL (MOHE ORSZÁGOS FELMÉRÉS, 2005.)**

A megkérdezett betegek 26%-a tanyán, vagy 2000 lakosnál kisebb településen él. A válaszadók 41%-a megyeszékhelyeken és 9% a fővárosban él. A válaszadók 80%-a a 46 és 86 év közötti korcsoportból került ellátásra. Az otthoni szakápolást a betegek 72%-a kórházi ellátás után vette igénybe. A betegek véleménye alapján a szakápolási szolgáltatók munkatársai pontosak és udvariasak voltak, a szakmájukat magas szinten művelik. A tevékenységre általában 1 óra időt fordítottak, a betegek jogait ismertették, felvilágosítást adtak arról, hogy az ellátással kapcsolatos panaszaiikkal kihez fordulhatnak a szolgáltatóknál. A válaszadók 90%-ánál az elvégzett tevékenységek hatására az egészségügyi állapotukban gyógyulás vagy javulás volt. Az összes megkérdezett egyöntetűen igényelné újra a szolgáltatást [2].

**A TEVÉKENYSÉGET VÉGZŐK VÉLEMÉNYE AZ OTTHONI SZAKÁPOLÁSRÓL**

Az otthoni szakápolásban a vezetők 80%-a több mint húsz éve dolgozik az egészségügyben, vezetői vagy szakoktatói munkáját hagyta ott, hogy saját vállalkozást működtethessen. Az induláskor kihívást, önmegvalósítást, valamint a betegeken való segítség igényét érezte. A szolgáltatást mind a lakosság, mind a munkatársak szempontjából sikeresnek ítélték, de úgy érzik, hogy szakmailag van még rajta javítani való. A többség véleménye, hogy ha újra kezdené is, ezt a szakmát választaná; megvalósultak az elképzeléseik, bár nem olyan mértékben, mint szeretnék volna. A legnehezebb éveknek az indulás éveit említették (1996-97. évek) és a szigorítás éveinek a 2006-2007. éveket jelölték meg. Büszkéséggel, jó érzéssel tekintenek vissza az elmúlt küzdelmes évekre, de úgy gondolták, hogy megérte. Sajnos a vezetők egyharmada az elmúlt évek alatt szerzett valamilyen pszichoszomatikus megbetegedést [9].

A szakdolgozók 70%-a 10-20 éve dologzik az egészségügyben. Az otthoni szakápolási szolgáltatóknál átlagban 1-10 éve dolgoznak. Munkájukat az otthonápolásnál elsősorban részállásban vagy közreműködőként látják el, elenyésző a főállásban foglalkoztatott munkatárs. A karrier lehetősége, a betegeken való segítség, a nyugalom és a biztonság miatt választották ezt a munkát. A megkérdezettek újra választanák ezt a munkát. Anyagiilag, erkölcsileg, szakmailag egyaránt megtalálták a számításukat. Sikeresnek tartják

magukat, mert látták, hogy munkájuk során olyan betegek gyógyultak meg, akikről a kórházakban sokszor lemondtak (krónikus sebellenlátás).

## AZ OTTHONI SZAKÁPOLÁS TOVÁBBFEJLESZTÉSI JAVASLATAI

Az otthoni szakápolást a bemutatás alapján akár az egészségügy sikerágának is tarthatnánk. A felmérések alapján szervesen beilleszkedett az egészségügyi ellátó rendszerbe. Az orvosi szakma ismeri, elfogadja, igényli az ellátást, a betegek elégedettek. Akkor mi a probléma? Sajnos néhány éve egyhelyben topogunk, javaslatokat készítettünk a továbbfejlesztésre, de azok megvalósítása elmaradt. Az otthoni szakápolásban dolgozók az elmúlt évtized során nagyfokú tudást, tapasztalatot és gyakorlatot szereztek. A szakdolgozóknak nem múlt el a lelkesedés, hiszen látják a munkájuk eredményeit. A MOHE elnöksége és tagsága szükségesnek tartotta, hogy az otthonápolási rendszer átvilágítása történjen meg. A cél az volt, hogy az otthonápolás átvilágítása után az otthonápolás szakmai tevékenysége és a finanszírozása a valós igényeknek megfelelően változzon. Egyesületünk külső szakértőt kért fel az átvilágításra (Dózsa Csaba ügyvezető igazgató, Med-Econ Kft.) [6]. Az átvilágítás után kidolgozásra került az otthonápolás rövid és középtávú stratégiai terve. A tanulmányt benyújtottuk a szaktárcához és egyezett az elképzelésünk a szakma politikusával. Reméljük, hogy a változások a közeljövőben bevezetésre kerülnek.

### RÖVIDTÁVÚ STRATÉGIAI TERV

- Az otthonápoláshoz szükséges a piaci alapokon nyugvó finanszírozás, a valós szükségletek alapján meghatározott, rugalmasabban kezelhető kapacitáskontingensekkel.
- A többszintű ápolói rendszer kialakítása.
- Szakmai szabályozás fejlesztése, megújítása, a 20/1996 (VII.26.) NM. rendelet módosítása.
- A szolgálat vezetője egyetemi, főiskolai és ápolói képzéssel rendelkező szakember legyen.
- A szakembergárda bővítése a minőségi komplex ellátás biztosítása érdekében a következő szakemberekkel: dietetikus, konduktor.

### A SZAKFELADATOK KIBŐVÍTÉSE

- Intravénás folyadék és elektrolitpótlás, parenterális gyógyszerbeadás az orvos utasítása szerint
- Vesebetegek gondozása, peritoneális dialízis, diabéteszes betegek és egyéb anyagcserebetegségben szenvedő betegek gondozása
- Cisztás fibrózissal élők otthoni ellátása
- Parenterális táplálás otthoni kivitelezése
- Gépi lélegeztetett betegek, éberkómás, politraumatizált,

stroke betegek tartós ápolása – külön rehabilitációs vizitszámmal

- A szakfeladatok ellátásához szükséges licence vizsga feltételrendszerének megteremtése
- Az alapellátásban dolgozó szakápolók és körzeti ápolók tevékenységi körének teljes körű szétválasztása.

### JAVASLATOK A FINANSZÍROZÁST ÉS A MŰKÖDÉST SZABÁLYOZÓ RENDELETEK MÓDOSÍTÁSÁRA

- A teljes illetve rész-munkaidős alkalmazottak maximum vizitszámának emelése
- Jelenleg a szabadságolást illetve a betegállományt nem veszi figyelembe a finanszírozó, ezen módosítani szükséges.
- A jelenlegi gyakorlat szerint szolgálaton belül nem helyettesíthetik egymást a kollégák (az egy főre elszámolható vizitszámok miatt), a napi teljesíthető vizitszámot meg kell emelni (5 illetve 6 vizit/nap)
- Területi pótlék emelése (a területi pótlék 20%-ra történő emelése és minden szolgálat kapja meg a területi pótlékot, aki kijár a területre)
- A depressziós szorzó megszüntetése (nem indokolt a szorzó alkalmazása, mivel a költségek nem csökkennek a vizitek számával)
- Rehabilitációs tevékenységnél javasolt az egységes vizitdíj (depressziós szorzó nélkül)
- Hosszú távon javasolt a bázis finanszírozás bevezetése, a napi vizitek limitálásának feloldása
- Szükséges lenne az egynapos sebészeti beavatkozások utáni otthoni ápolási tevékenységek tiltásának feloldása
- A vizitdíj mértékének emelése (a vizitdíj messze nem fedezi az ellátás költségeit).

### MEGVALÓSULT VÁLTOZÁSOK 2009 NYARÁN

Az otthoni szakápolást érintő legutóbbi jogszabályi változások (ld. a 20/1996. (VII. 26.) NM rendelet, illetve a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosításait) között már szerepel az otthoni szakápolási szolgálatok szakmai vezetőjének képzésére és gyakorlatára vonatkozó előírás, mely mindenképpen hozzájárul az otthoni ellátás személyi feltételeinek és szakmai színvonalának javításához.

A dietoterápia, valamint az otthoni parenterális táplálás személyi feltételei szintén meghatározásra kerültek, hiszen az otthoni szakápolás tevékenységei között önálló, nevesített tevékenységként megjelent a krónikus emésztési elégtelenségben szenvedő betegek otthoni ellátása (parenterális táplálás, szükség esetén dietetikus bevonásával), mely nemcsak a betegek életminőségét javítja, hanem költségmegtakarítást is eredményezhet (nemzetközi adatok alapján az otthoni parenterális táplálás 70%-os költségmegtakarítással jár a kórházi parenterális tápláláshoz képest).

A finanszírozási szabályokban kisebb racionalizáció történt azáltal, hogy a szakirányú rehabilitációs tevékenysége-

ket illetve újabb megbetegedés esetén az ápolási tevékenységet naptári éven belül lehet ismételni, és a következő évre áthúzódó ellátás esetén (mely abba az évbe tartozik, mikor az ellátás igénybevétele megkezdődött) sem esik el a rászoruló beteg a további szükséges ellátástól. A szakirányú tevékenységek között a logopédia kikerült a két hónapra korlátozott kúrák köréből, így az ellátásra szoruló betegek (pl. időközbeni hospitalizáció miatt) nem esnek el a fennmaradó vizitektől.

### TOVÁBBI JAVASLATOK

- Az ápolási és rehabilitációs dokumentáció korszerűsítése, standardizálása, egyidejűleg a papír alapú adminisztráció minimálisra történő redukálása
- Az informatikai rendszer fejlesztése (egységes kapcsolat a kórházi, finanszírozói, szakrendelői és háziorvosi informatikával)
- Képzés, továbbképzés finanszírozási forrásainak lehetőségei

Szakmai ellenőrzések hatékonyságának fokozása, egységes módszertani elvek alapján történő ellenőrzés (REP), jól meghatározott elvárások és azok számonkérése, szankcionálása.

### ÖSSZEFOGLALÁS

Az otthoni szakápolás bevezetése szakmailag indokolt volt. Kialakításánál a nyugat-európai mintát vették figyelembe a törvényalkotók. Az évek során azonban a helyi sajátosságok szerint a társadalomban megfogalmazódtak az otthoni szakápolással kapcsolatos újabb elvárások. Az elmúlt évtized tapasztalatait és a lakossági igényeket összehangolva, a szükségletnek megfelelően kell átalakítani a rendszert. A kórházi ágyak kiváltását és az otthon ellátandó betegek teljes körű ellátását az otthoni szakápolással nem lehet megoldani. Az otthoni szakápolás csak átmeneti segítséget tud adni a lakosoknak az otthonában. Szükséges még egy rendszer, az otthoni ügynevezett hosszúápolási rendszer kialakítása. Nyugati mintára az ápolási biztosítás bevezetése hozhat megoldást.

### IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Banai Jolán: MOHE, 10 éves az Otthoni Szakápolás, Otthonápolási Magazin 2006.2.sz.
- [2] Banai Jolán: MOHE. Betegelégedettségi vizsgálat, Otthonápolási Magazin 2005.5.sz.
- [3] Banai Jolán, Dózsa Csaba: Szakmai javaslatok az otthoni szakápolás fejlesztésére, Otthonápolási Magazin, 2008.5-6.sz.
- [4] Dr.Becka Éva: Együttműködés a háziápolási szolgáltatásokkal, tapasztalatok, előnyök és nehézségek, Otthonápolási Magazin, 2006.2.sz.
- [5] Dr. Schwartz Tibor: Változó egészségügy – fejlődő otthonápolás, X. Otthonápolási Kongresszus, 2008.
- [6] Dózsa Csaba, Borcsek Barbara: Az Otthoni szakápolás középtávú fejlesztési koncepciója és stratégiája, Otthonápolási Magazin 2009.1.sz.
- [7] Friesz Tiborné: A fekvőbeteg intézeti és szakrendelői orvosok elégedettségi vizsgálata az otthoni szakápolásról, Otthonápolási Magazin, 2005. 5.sz.
- [8] Morvai Tünde:Az otthoni ellátások a változó egészségügyi rendszerben, X. Otthoni Szakápolási Kongresszus, 2008.
- [9] Virágné Kaló Ágnes: Hogy érezzük magunkat 2008-ban, X. Otthonápolási Kongresszus.

### A SZERZŐ BEMUTATÁSA



**Banai Jolán** az 1995-ben alapított Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület elnöke 2002 óta. Az egyesü-

let többek között kongresszusok szervezésével valamint 2004 óta az Otthonápolási Magazin megjelenítésével tevékeny részt vállal az otthonápolás jövőjének alakításában.