

Összehasonlító elemzés a társadalmi változásoknak (2004-2014) a pszichiátriai fekvőbeteg ellátásra gyakorolt hatásáról

Boros Károlyné, Kanizsai Dorottya Kórház

A pszichiátria osztályon kezelt betegek összehasonlító elemzését végeztem el 2004-ben és tíz évvel később, 2014-ben, az ellátott fekvőbeteg páciensek esetében. A vizsgálat arra irányult, hogy mennyit változott az egészségügyben, azon belül a pszichiátria osztályon az egyének életkora, betegsége típusa. Milyen széles ápolási, szakápolási paletta szükséges a feladatok ellátásához, mekkora terhet ró az ápolószemélyzetre a fokozott fizikai és pszichés leterheltség a napi betegellátásban.

I performed a comparative analysis on patients treated in inpatient care in the psychiatric wards, in 2004, and 10 years later. In the study I examined how much the individuals' age and disease type changed. I was interested in what extent comprehensive nursing was needed and the physical and mental burden these impose on the nursing team in daily care.

BEVEZETÉS

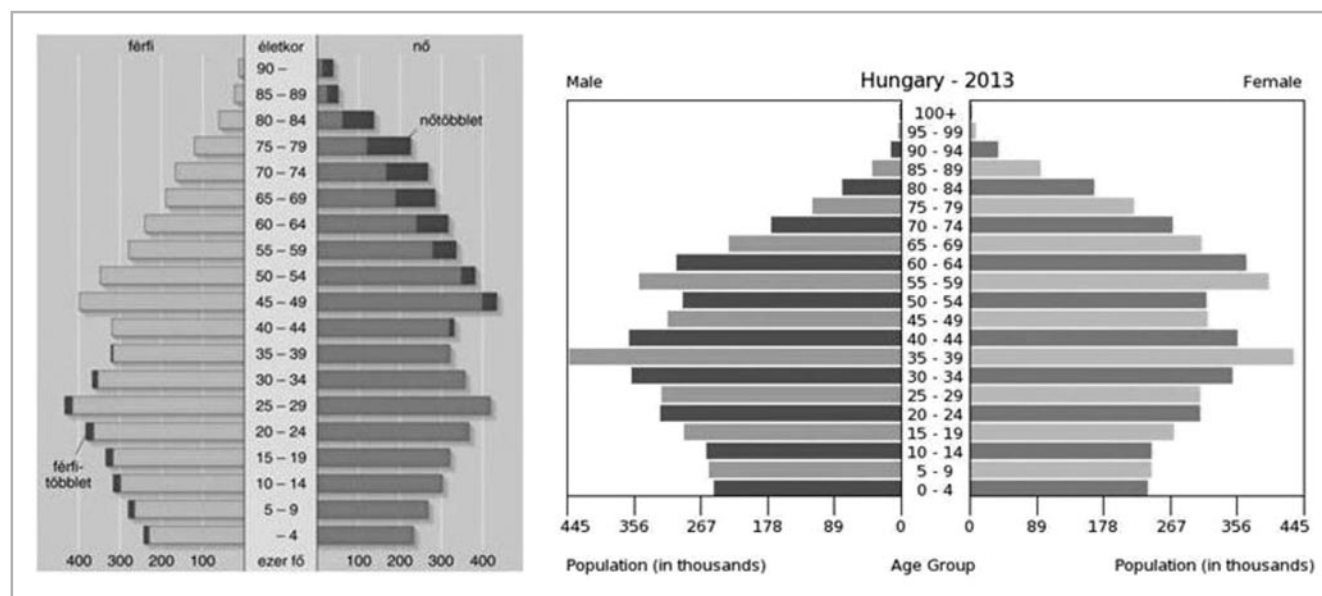
A 2003-as korfát, a 2013-as korfával való összehasonlításakor (1. ábra) megállapítható, hogy 2003-ban a népesség a 25-29 év és a 45-49 éves korosztályban található a legmagasabb számban, ellenben 2013-ban 35-39 év és az 55-59 éves életkorra tevődött át ennek a populációnak a magas arányszáma. A fiatalabb korcsoportok száma mennyiségileg

kevesebb, az idősebbek aránya, különösen a nőké a fiatalokéhoz képest magas. Igazolódott a hipotézisem, hogy a társadalom idősödése, az egészségügyi ellátórendszerben, azon belül a pszichiátriai fekvőbeteg ellátásban is leképeződik, ami ápolásszakmai szempontból fokozott terhet ró a fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolószemélyzetre.

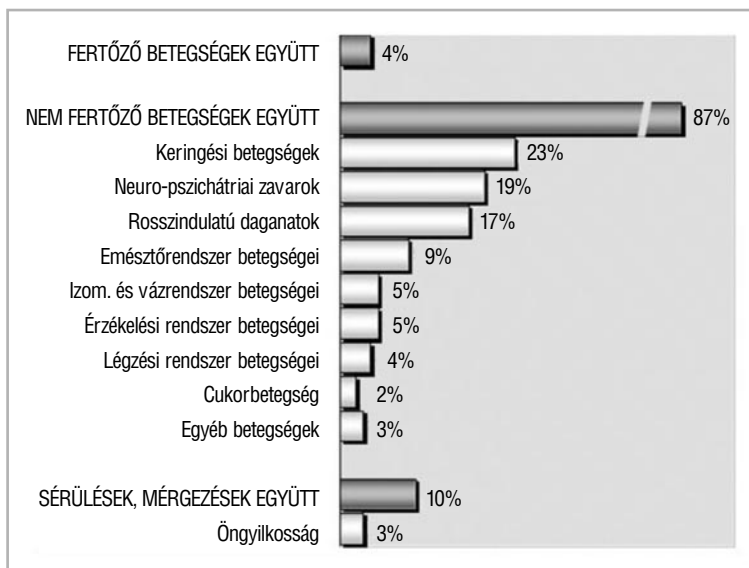
HELYZETISMERTETÉS

2007-ben készítették el a Lelki Egészség Országos Programját, amelyben megállapításra került, hogy a nem fertőző betegségek körében a keringési betegségek után a neuro-pszichiátriai betegségek a második helyet foglalják el a betegségterhek főbb betegcsoportok közti megoszlási listáján (2. ábra). A Lelki Egészség Országos Programja szerint „az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzetünk a férfiak depressziója, a kóros alkoholhasználat, a bipoláris betegség és a befejezett öngyilkosságok tekintetében. Az európai élcsoporthoz tartozunk a lakosság elöregedésének ütemében is. Mindezek alapján a hazai lakosság mentális egészségi állapota az európai országok döntő többségével összehasonlítva rosszabbnak minősíthető”.

Eközben a 10 000 lakosra jutó felnőtt pszichiátriai aktív ágyak száma 2007-ben régióként jelentősen csökkent, a Nyugat-Dunántúli régióban tapasztaltuk a legdrasztikusabb változást, mintegy 50 %-os aktív ágycsökkentést hajtottak végre (3. ábra), a tényleges ágyak száma viszont változat-



1. ábra
Korfa 2003-ban és 2013-ban [7,8]



2. ábra
A betegségtérhek főbb betegségcsoportok közti megoszlása [1]

lan maradt, mivel a rehabilitációs ágyak száma emelkedett. A gyakorlatban az ágyak átminősítése a finanszírozás tekintetében jelentett érzékelhető változást.

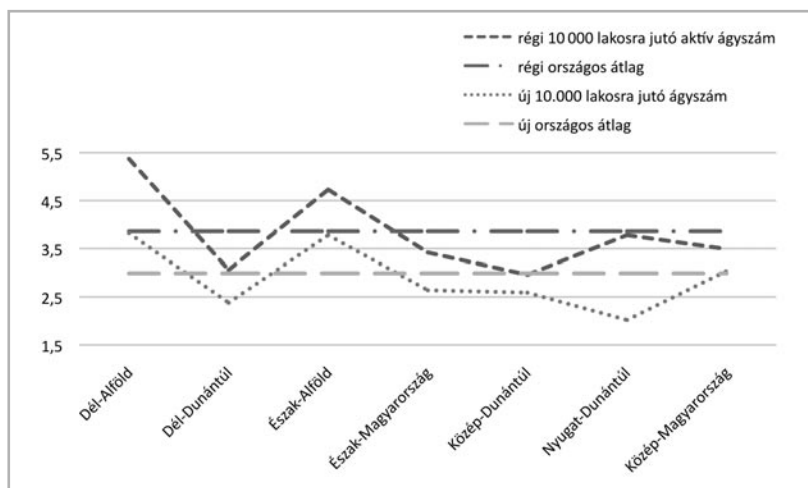
Az Állami Számvevőszék 2012 júniusi, a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről szóló jelentésében [2] megfogalmazta, hogy „Magyarországon az egészségügyi és szociális pszichiátriai ellátások kapacitásai nem összhangoltak..., a koordináció, munkamegosztás és a célszerű betegirányítás nem átlátható, amit a megkérdozett intézmények véleménye is visszaigazol.”

A WHO szerint [1] az egészségügyi ágazaton kívüli tényezők közül a szociális, a környezeti és a gazdasági tényezők is meghatározói a mentális állapotunknak. A segítő és a protektív tényezők tudatos alkalmazásával, erősítésével nagymértékben befolyásolhatjuk a lakosság mentális állapotát, ami az egészségi állapot javulását, a fekvőbeteg ellátás igénybevételének csökkenését, és gazdasági nyereséget eredményezhet.

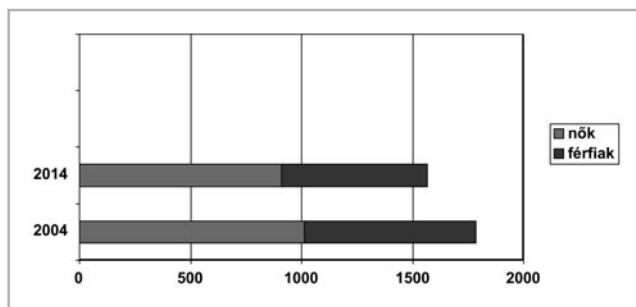
A VIZSGÁLAT

Vizsgálatom célja a pszichiátriai fekvőbeteg ellátásban 2004-ben és 2014-ben kezelt betegek nemének, korának, esetszámának, betegségcsoportok szerinti összetételnek kvantitatív elemzése volt. A vizsgált változók milyen hatással vannak az ápolók, szakápolók tevékenységére, a bekövetkezett változások milyen feladatokat rónak a mőszakban dolgozó ápolókra.

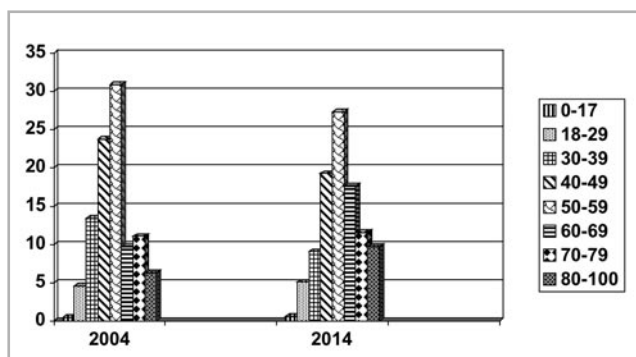
Vizsgálatomban összehasonlító elemzést végeztem egy városi kórház pszichiátria osztályán 2004-ben (40 aktív+13 rehabilitációs ágy) a fekvőbeteg ellátásban részesülő pszichiátriai betegek, és 2014-ben (24 aktív+29 rehabilitációs ágy) kezelt páciensek esetszáma, neme, korcsoportos összetétele, betegség szerinti megoszlásuk, és ápolási szükségleteik alapján. A fekvőbeteg osztályra felvett esetszám 2014-ben 87,71%-a a 2004-es adatoknak (4. ábra). Mindkét vizsgált évben valamivel több női betegnek volt szüksége



3. ábra
A 10 000 lakosra jutó felnőtt pszichiátriai aktív ágyak száma régióként [1]



4. ábra
A pszichiátriai fekvőbetegek összehasonlító elemzése (2004-2014), nők és férfiak aránya szerint.



5. ábra
A pszichiátriai fekvőbetegek életkor szerinti megoszlása (%).

kezelésre, mint férfi páciensnek – 2004-ben a kezelt betegek esetszámának 56,50%-a nő, míg 2014-ben 57,92%-a. Megállapítható, hogy 2014-ben 12,29%-kal kisebb az esetszám, mint 2004-ben. A diszkrét esetszám csökkenést az aktív ágyak számának csökkenése, valamint a rehabilitációs ágyak számának emelkedése idézhette elő. Az aktív ágyakon fekvő betegek átlagosan alacsonyabb ápolási nappal rendelkeztek, mint a rehabilitációs ágyakon fekvő páciensek. Tehát egy bizonyos időszakon belül az aktív ágyakon

több beteg is felvételt nyerhetett, a hosszabb ápolási idővel bíró rehabilitációs ágyakon fekvő páciensek ellenére. Az osztályra történő felvételkor az aktív vagy rehabilitációs ágyra történő betegfelvételnek a beteg állapotán kívül az intézményi finanszírozásban van óriási jelentősége, mivel az egészségügyi intézményeknek a néhány pályázaton kívül szinte ez az egy lehetséges bevételi forrás biztosítja a működésükhöz szükséges fedezetet.

Életkor szerinti megoszlás elemzésénél (5. ábra) megállapítható, hogy 2004-hez képest 2014-ben az 50-59 éves korosztályról áttevődött a 60-69 évesekre a pszichiátriai osztályon ellátottak magasabb esetszáma, 9,65%-ról – 17,56%-ot tesz ki ez a korcsoport. Növekedett még a 80-100 éves korcsoport esetszáma is 6,25%-ról 9,70%-ra. A 30-39 éves korcsoport esetszáma csökkent 13,45%-ról – 9,03%-ra. A 40-49 évesek korcsoportjának, és az 50-59 évesek korcsoportjának esetszáma is mintegy 3%-os csökkenést mutat. Az idősebb korcsoportoknál jelentős emelkedés tapasztalható: 26,96%-a a 60 év feletti esetek aránya 2004-ben, míg 2014-ben 38,78%-át teszik ki az összes esetszámnak. A biztonságos betegellátás irányelveit szem előtt tartva, szakápolási szempontból az idősebb korosztály ellátása fokozottabb odafigyelést, törődést igényel az ápolóktól. Az idősebb páciensek mozgása, érzékelése, önállósága csökken, nehezebben tudják megfogalmazni az igényeiket, idősebb korban a szervezetnek a gyógyszerekre történő reakciói is módosulnak. Az időskori keringési problémákból adódóan fokozott a balesetveszély lehetősége (elesés, leesés), a decubitus prevencióra, a kialakult decubitus kezelésére is nagyobb figyelmet szükséges fordítani.

Pszichiátriai fekvőbetegek betegségcsoportok (fődiagnózis) szerinti megoszlása (1. táblázat) százalékos értékelésénél jelentős eltérések tapasztalhatók. 2004-ben az organikus és szimptomás mentális zavarban szenvedők, a pszichoaktív szerek által okozott mentális zavarban szenvedők, a hangulatzavar diagnózissal rendelkezők száma magasabb volt. 2014-ben kiemelkedően magas a schizophré-

Diagnózis	Százalékos arányszám 2004-ben	Százalékos arányszám 2014-ben	Százalékos arányszám változás 2004-hez viszonyítva
Organikus és szimptomás mentális zavar	16,48	11,34	- 5,14
Pszichoaktív szerek által okozott mentális zavar	18,59	6,28	- 12,31
Schizophrénia, schizotipias és paranoid rendellenességek	17,45	31,41	+ 13,96
Hangulatzavarok	29,15	26,60	- 2,55
Neurotikus stresszhez társuló és somatoform rendellenességek	13,06	20,76	+ 7,7
Viselkedészavar - syndromák	0,00	0,00	0,00
Felnőtt személyiség- és viselkedés rendellenességei	2,85	0,51	- 2,34
Mentális retardáció	2,39	2,82	+ 0,43
A pszichés fejlődés rendellenességei	0,00	0,00	0,00
Viselkedési és emocionális rendellenességek	0,00	0,25	+ 0,25

1. táblázat
A pszichiátriai fekvőbetegek betegségcsoportok (fődiagnózis) szerinti megoszlása (%).

Diagnózis	Százalékos arányszám 2004-ben	Százalékos arányszám 2014-ben	Százalékos arányszám változás 2004-hez viszonyítva
Organikus és szimptomás mentális zavar	16,48	11,34	- 5,14
Pszichoaktív szerek által okozott mentális zavar	18,59	6,28	- 12,31
Schizofrénia, schizotípiás és paranoid rendellenességek	17,45	31,41	+ 13,96
Hangulatzavarok	29,15	26,60	- 2,55
Neurotikus stresszhez társuló és somatoform rendellenességek	13,06	20,76	+ 7,7
Viselkedészavar - szindrómák	0,00	0,00	0,00
Felnőtt személyiség- és viselkedés rendellenességei	2,85	0,51	- 2,34
Mentális retardáció	2,39	2,82	+ 0,43
A pszichés fejlődés rendellenességek	0,00	0,00	0,00
Viselkedési és emocionális rendellenességek	0,00	0,25	+ 0,25

2. táblázat

A pszichiátriai fekvőbetegek betegségcsoportok (kísérőbetegség) szerinti megoszlása (%)

nia, schizotípiás és paranoid rendellenességek, tovább emelkedett a neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform rendellenességek diagnózissal rendelkezők százalékos arányszáma, és még mindig magas a hangulatzavar diagnózissal rendelkezők száma is. A pszichoaktív szerek által okozott mentális zavarban szenvedők száma a fődiagnózisok alapján jelentősen csökkent, annak ellenére, hogy az országos statisztikai adatok szerint a szenvedélybetegek száma még mindig nagyon magas.

Ápolásszakmai szempontok alapján megállapítható, hogy a schizofrénia, schizotípiás és paranoid rendellenességek diagnózissal, a mentális retardációval, az organikus és szimptomás mentális zavarral, a neurotikus stresszhez társuló és somatoform rendellenességeknél, a pszichoaktív szerek által okozott mentális zavarral és a hangulatzavarral rendelkezőknél is szükséges a fokozott obszerváció. Ezen betegségcsoportok külön- külön is több figyelmet igényel-

nek, fokozottan kell figyelni a szuicid készletésre, a szökésveszélyre, a biztonságos gyógyszerelésre, a gyógyszer-mellékhatásként esetlegesen jelentkező vitális paraméter-változásokra, a higiénés szükségletek kielégítésére, esetenként a biztonságos étkezésre is.

A kísérőbetegségek arányszámainak elemzésekor megállapítható (2. táblázat), 2004-ben a neurotikus stresszhez társuló és somatoform rendellenességek, az organikus és szimptomás mentális zavar, a pszichoaktív szerek által okozott mentális zavar, a felnőtt személyiség- és viselkedés rendellenességei és a mentális retardáció mutatott százalékos arányban nagyobb arányszámot. 2014-ben a schizofrénia, schizotípiás és paranoid rendellenességek száma, a viselkedészavar-szindrómák, a hangulatzavarok, és különösen a neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform rendellenességek százalékos arányszáma nőtt – 2014-ben az összes betegségcsoport esetszámának több mint 40%-át tette ki.

Diagnózis	Súlyszám
Pszichózisok 60 év felett	1,32
Demencia 60 év felett	1,24
Pszichózisok 60 év alatt	1,18
Depresszív szindrómák 60 év felett	1,08
Organikus zavarok (pszichoszindrómák), mentális retardáció 60 év felett (kivéve demencia)	1,01
Depresszív szindrómák 60 év alatt	0,92
Szorongásos betegségek 18 év alatt	0,91
Organikus zavarok (pszichoszindrómák), mentális retardáció 60 év alatt (kivéve demencia)	0,82
ADD szindróma	0,76
Alkohol abúzus, függőség	0,71

3. táblázat

A pszichiátriai aktív esetek leggyakoribb HBCS súlyszámai [3]

Megállapítható, hogy a fő-, és a kísérediagnózisok alapján is, ápolási szempontból a két leginkább fokozott figyelmet igénylő betegcsoport (schizofrénia, schizotipias és paranoid rendellenességek, neurotikus stresszhez társuló és somatoform rendellenességek) betegeinek száma jelentősen növekedett, ami ápolási, szakápolási feladatok ellátásában is fokozott igénybevételt jelent az ápolók számára.

A vizsgálat alapján az összes esetszámnak 26,96%-a a 60 év feletti esetek aránya 2004-ben, míg 2014-ben 38,78%-át teszik ki (különbség:+11,82%). Ha figyelembe vesszük a vizsgált pszichiátriai osztályon előforduló diagnózisok súlyszámait, akkor megfigyelhetjük, hogy a 60 év feletti diagnózisok közül az első ötben négy diagnózis ebből a korcsoportból származik (3. táblázat). Valószínűsíthető, hogy az intézmények szívesebben alkalmaznak olyan diagnózisokat (súlyszámokat), amelyek a bevételi forrást növelik, és kevésbé azokat, amelyek kevesebb bevételt eredményeznek. Ennek következménye, hogy a diagnózisok alapján nem kaphatunk valid adatokat a különböző betegcsoportokban szereplő betegek számáról.

KÖVETKEZTETÉSEK ÁPOLÁSSZAKMAI SZEMPONTOK ALAPJÁN

A vizsgált időszak ápolásszakmai vonatkozásait tekintve megállapíthatjuk, hogy a pszichiátria osztályon a pszichiátriai betegségek életkor szerinti megoszlását figyelembe véve a serdülő, 14 éves páciens – a terhes és a szoptató kismamán át – a 100 éves agg betegekig minden korosztály képviseltette magát. Az életkor tekintetében más típusú hozzáállást igényelnek a különböző korosztály betegek, más a habitusuk, mások a szokásaik, az életritmusuk. Egy hús ággyas, akut, zárt ellátást biztosító megfigyelő részlegen, műszakonként két ápolóval, 12 órás megszakítás nélküli munkarendben, folyamatos alkalmazkodást igényelve egy rugalmas személyiség szerkezettel rendelkező egyénnél, ápolónál is fokozott erőforrásokra van szükség. A pszichés vezetésen kívül a páciensek szomatikus ellátása is egyénekenként más és más. Az alkohol-, drog okozta elvonási tünetek miatt kialakult feszültség kezelésétől, a pszichotikus, a negatív tünetekkel rendelkező klienseken át, a mániás vagy depressziós tüneteket (esetleg időnként mindkettőt) produkáló pácienseken keresztül, az idős, teljes ápolást – ellátást, decubitus kezelést, mobilizálást igénylő betegekig nagyon sokrétű feladattal kell az ápolószemélyzetnek napi szinten is megbirkóznia. A betegbiztonsági szempontokat figyelembe véve fokozott figyelmet igényel a szuicid kísérletek megelőzése, a betegrögzítések fokozott felügyelete, az indulatkezelések megoldásában történő segédkezés, a gyógyszerelés biztonsága, az elesésektől, leesésektől való védelem is [5].

A szakápolók a betegek táplálkozási-, folyadék beviteli-, higiénés-, öltözködési-, és mozgásszükségeire is nagy figyelmet fordítanak. A zavart tudatállapotú betegeknek gyakran az osztályra kerülésük után derül ki, hogy a zavartságuk hátterében szomatikus alapbetegség áll, pl. dehidráció, ané-

mia, hipoxia, vércukorszint ingadozás, keringési zavar. Az alapbetegség rendezése után a zavartság csökken vagy megszűnik. A tünetek-, és a vitális paraméterek fokozott ellenőrzése, rendezése is a szakápolói tevékenység része. Egyéb szükségleteik kielégítése is sok időt vesz igénybe pl. a hozzátartozókkal telefonon keresztül történő kapcsolattartás, a dohányzási igények kielégítése, az esetleges bevásárlások, szociális ügyeik intézése. Az osztályon található betegek mellett új akut pszichiátriai betegek ellátását, a dokumentációs kötelezettségek teljesítését is előírás szerint szükséges végezni. Sok esetben a prioritási sorrendet is nehéz két ápolóval és húszt aktív beteggel maradéktalanul meghatározni. Az osztályon fekvő betegek nehezen tudnak türelemmel várni, mindenki azt szeretné, ha először vele foglalkoznának, betegségbelátásuk hiányos. Több időt vesz igénybe egy átlagos beteghez képest az is, amire elfogadják a gyógyszereket vagy az ápolási utasításokat.

A negativisztikus és az idős, elesett állapotú betegeknek étkeztetésére is több idő szükséges, mint egy átlagos betegnél. A decubitus védelmet, mobilizálást, a higiénés szükségletek kielégítését több ápoló együttes munkája eredményeként lehet csak alkalmanként megfelelően elvégezni. Problémát okozhat, ha bizonyos betegek a demenciájuk vagy a fokozott érzékenységük miatt bizonyos szituációkat nehezebben kezelnek, ezekből esetleg konfliktusok adódnak beteg és beteg között. Fontos az időben történő felismerésük, az esetleges agresszív megnyilvánulások kivédése érdekében.

Elgondolkodtató az a tény, hogy a költségigényes kórházi fekvőbeteg ellátás megfelelő ellátási forma-e a szociális okok miatt máshová el nem helyezhető betegeknek, mekkora terhet ró ez az igénybevétel az egészségügyi ellátórendszerre. A 2007. évi aktív ágyszám-csökkenés nem járt a pszichiátriai ágyak tényleges leépítésével, hanem átminősítést végeztek (aktív-rehabilitációs), a finanszírozási szempontokat figyelembe véve az intézménynek bevételkiesést eredményezett. A kiszáradt, idős, elesett betegeket, amint azt a napi gyakorlat során tapasztaljuk, gyakran küldik a pszichiátria osztályra. „A pszichiátria a pszichiátriai betegek farmakológiai és pszichoterápiás kezeléséről szól, és nem a só-víz háztartásról, a transzfundálásról vagy az oxigénterápiáról.” „Miért a pszichiáter a leggyengébb láncszem, akire rá lehet terhelni ezeket az eseteket?” [6]. A népesség idősödésével ez a tendencia az elmúlt tíz évben fokozódott. A társadalom hajlamos az idősödére betegséggént tekinteni, pedig ugyanolyan fiziológiai folyamat, mint bármely más élettevékenység. Lehetne-e más ellátási formákat célirányosan bevezetni, nem a pszichiátriai aktív és a rehabilitációs ágyakat terhelni olyan esetekkel, amelyeknek az ilyen típusú ellátások nem a legmegfelelőbb ellátási formái. Még mindig él a fokozott stigmatizáció a pszichiátriai ellátás irányába, ha a beteg dokumentációján már szerepel, hogy egyszer kezelték már pszichiátrián, utána könnyebben irányítják erre az osztályra.

Viszonylag gyakoriak a fizikai és pszichés bántalmazások beteg-beteg között, és számos esetben a páciens ag-

resszív indulatkezelési problémája az ellátó irányába jut kifejezésre. Megelőzésükre, kivédésükre nagyobb hangsúlyt kellene fektetni, amit megfelelő biztonságtechnikai megoldásokkal, tréningekkel lehet megoldani.

A pszichiátriai fekvőbeteg ellátásba kerülő szakszemélyzet kiválasztására fokozottabb figyelmet szükséges fordítani. Ez az a terület, ahol a mentális krízisben szenvedő egyének gyógyítása történik, ők azok, akik ilyenkor fokozottabban érzékenyek, az ellátást végzők minden rezdülésére fogékonyak, ezért nem mindegy, hogy milyen a terápiás kapcsolat a beteg és a szakszemélyzet között. A mai világban, más típusú munkahelyeken, többfordulós állásinterjúknak szükséges részt venni a munkavállalónak, hogy az alkalmasságát bizonyíthassa. A pszichiátrián, ahol a megsebzett lelkekkel foglalkozunk, különösen fontos lenne a mentális szűrővizsgálat bevezetése, ezáltal csökkenthetnénk az agressziót, kivédhetnénk egy sor olyan előre nem várható eseményt, amelyeket csak megfelelően képzett és a beteg egyénre ráhangolódni képes

személyek tudnak megoldani. A megfelelő személyzet bevonásához és foglalkoztatásához a megfelelő feltételek biztosítása is szükséges – személyi és tárgyi feltételek, bérek rendezése, egyéb juttatások biztosítása a kiégés ellen.

ÖSSZEFOGLALÁS

A társadalmi, az egészségpolitikai, a szociális és a demográfiai változások befolyásolják a pszichiátriai fekvőbeteg ellátást. A pszichiátriai fekvőbeteg ellátórendszer jelenlegi formájában kedvezőtlenül hat a betegellátás minőségére és a szakszemélyzet mentálhigiénés állapotára, ami hátráltató tényezőként jelenik meg a páciensek állapotjavulásában. A tárgyi és a személyi feltételek hiányosságai a minőségi betegellátás kerékkötői. A szakdolgozók helyzetéből adódóan a szakápolói tevékenységeknél a hangsúly a tűzoltás jellegű akut ápolási feladatok elvégzésére, mintsem a páciensek lelki állapotának javítására koncentrálnak.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] A Pszichiátriai Szakmai Kollégium és a Magyar Pszichiátriai Társaság Munkacsoportja, A Lelki Egészség Országos Programja (LEGOP), 2007. okt. 10. <http://home.hu.inter.net/~kolegium/LEGOP10.htm>. letöltve 2015.03.25.
- [2] Állami Számvevőszék. Jelentés a pszichiátriai betegellátás átalakításának ellenőrzéséről, 2012. június 11. <http://www.asz.hu/jelentes/1286/jelentes-a-pszichiatrai-betegellatas-atalakitanasnak-ellenorzeserol/1286j000.pdf> letöltve 2015.03.25.
- [3] Besorolási kézikönyv a homogén betegcsoportok képzéséhez. HBCS5.0 Egészségügyi Minisztérium-Országos Egészségbiztosítási Pénztár (2005). http://www.gyogyinfok.hu/magyar/fekvo/hbcs50/konyv/aktualis/hbcs50_zezikonyv.pdf, letöltve 2015.03.25.
- [4] BNO 10-05 Mentális és viselkedészavarok, http://hu.wikipedia.org/wiki/BNO-10-05_%E2%80%93_Ment%C3%A1lis_%C3%A9s_viselked%C3%A9szavarok letöltve 2015.03.25.
- [5] Coler, S.M., Vincent, G.K.: Pszichiátriai és mentálhigiénés szakápolástan, Ápolási tervek a gyakorlatban, Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt, 1999.
- [6] Német, A.: Előszó, Psychiatric Times, Magyar Kiadás, 2015, 2. szám
- [7] Népesedési folyamatok, a népesség vándorlása, https://www.mozaweb.hu/Lecke-FOL-Foldrajz_8-Nepe-sedesi_folyamatok_a_nepesseg_vandorlasi-100066 letöltve 2015.03.25.
- [8] Pénzügyi tudakozó, <http://penzugyi-tudakozo.hu/2014/01/23/demografiai-korkep-ki-tartja-majd-el-a-nyugdi-jast/> letöltve 2015.03.25.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Boros Károlyné okleveles ápoló (MSc), addiktológiai konzultáns, egészségügyi menedzser. 1983-tól dolgozik a Kanizsai Dorottya Kórházban, 1994-től a Pszichiátria osztály osztályvezető ápolója. Szerepet vállal az ápolók és a kórházi önkéntes segítők oktatásában, képzésében, minőségfejlesztési feladatokban, protokollok kidolgozásában, auditori tevékenységben. A Magyar Egészségügyi Szak-

dolgozói Kamara (MESZK) alapító tagja, 2004-2009 MESZK Zala Megyei Szervezet területi alelnöke, 2006-tól a Magyar Ápolási Egyesület (MÁE) Zala megyei vezetője, 2014-től a MÁE Nyugat-dunántúli régió vezetője. 2004-2010-ig a MÁE szakmai vizsgabizottság tagja, 2010-től a MESZK szakmai vizsgabizottság tagja. 2014-től a Kábítószerügyi Civil Koordinációs Testület kutatási és a kezelés-ellátási munkacsoportjának tagja. 2011-ben Pro Sanitate elismerésben részesült.