

Az otthoni gondoskodás iránti igények alakulása a lakosság körében

Török Csilla

egyetemi okleveles ápoló, műtős szakasszisztens Városi Kórház, Tapolca

A vizsgálat célja: felmérni, hogy az 1996-ban bevezetett otthoni gondoskodás formái és a szolgáltatás iránti igények miként változtak meg 2002-ben.

***Módszerek és minta:** A felmérés a zalaegerszegi Zala Megyei Kórházban és két zalaegerszegi felnőtt háziorvosi rendelőben készült 2002. októberében. A mintát a kórház sebészeti, traumatológiai és belgyógyászati osztályain fekvő, akut ellátásban résztvevő és a rendelőben megjelenő páciensek alkották. Az adatgyűjtés kérdőíves módszerrel történt. Az értékelhető kérdőívek száma 200 volt.*

***Eredmények:** Kimutatható, hogy a kórházi ellátás egy része a megkérdezettek szerint is kiváltható lenne a beteg otthonában. Az igények a közép- és időskorú lakosság részéről jelentkeznek a legnagyobb arányban. Legmagasabb az ápolás/gondozás iránti igény, a család támogatásával a speciális szakudáshoz kötött tevékenységek szükségességére helyeződik a hangsúly.*

***Következtetések:** Az otthoni gondoskodás humánusabb, emberközelibb, betegcentrikus és hatékony szolgáltatás, amire jelentős társadalmi igény van 2002-ben is. Ehhez a családok jelentős része aktív támogatást igyekszik biztosítani. Az igénybevételt gátló tényezők csökkentésével az otthoni ellátás további növekedése várható, különösen, ha új finanszírozási formaként jelenik meg az ápolásbiztosítás hazánkban is.*

Bevezetés

Hazánkban a népesség a fejlett országokhoz hasonlóan öregszik. Az előregedés folyamatához társulnak az egészségkárosodás különböző formái is, melyeket az urbanizációs hatások felerősítenek. Sok időskorú él egyedül a megváltozott családmodell következtében. A nyugdíjasok jelentős része krónikus betegséggel vagy rokkantsággal küzd, számosan súlyos, szociális problémáktól szenvednek (6). Figyelembe véve ezeket a mélyreható társadalmi, egészségi állapotban előállt változásokat, nyilvánvaló, hogy a hagyományos fekvő és járóbetegellátás olyan új és mennyiségi feladatokkal találja szembe magát, amelyeket jelenleg nehezen tud megoldani (1). Éppen ezért fokozódik a társadalmi igény az otthoni gondoskodás iránt, hiszen számos család nem engedheti meg a hozzátartozók teljes idejű, családon belüli ápolását, ugyanakkor az ápolási feladatok jelentős része szakértelmet igényel. Túlzottan magas a krónikus ágykihasználtság és az ápolási idő a fekvőbeteg ellátó intézményekben. Gazdasági megfontolások miatt egyre inkább arra törekszik a finanszírozó, hogy a kórházi ellátás ideje lecsökkenjen, az erőforrások hatékonyan kerüljenek felhasználásra. Ez szükségszerűen hívta életre ezt az új ellátási formát, aminek bevezetésétől jelentős költség-megtakarítást várt a finanszírozó. A fekvőbeteg intézménybe utalás gyakoriságának csökkenésével, az indokolatlan kórházi ápolás megszüntetésével, a kórházi ápolás időtartamának optimalizálásával hatékonyabb és gazdaságosabb pénzfelhasználás válna lehetővé (11). Az otthoni légkör növeli a beteg kooperációs készségét, elősegíti a kölcsönös bizalmon alapuló kapcsolat kialakítását és a család bevonását az ellátásba. A komfortérzet javulása növeli a gyorsabb gyógyulás esélyét. A hospitalizációs ártalmak kiküszöbölése révén hatékonyabb, jobb minőségű ellátás érhető el. A betegek ugyanúgy, vagy rövidebb időn belül meggyógyulnak, mintha a magasabb költséggel dolgozó egészségügyi intézetben ápolnák őket. Az otthonápolási és gondozási rendszerben a beteg a megszokott környezetében lábadozhat, egészségét jól felkészült, megfelelően képzett szakemberek felügyelik (4). A társadalom átrétegződése, a polarizálódás, a le- és felfelé történő mobilitás, a jobb életkörülmények, valamint a betegségek típusának (a krónikus és mozgásszervi betegségek számának növekedése) és összetételének változása az otthoni gondoskodás (otthoni szakápolás, otthoni ápolás és gondozás, szociális gondozás) szükségességét vonja maga után (12).

A vizsgálat célja tehát annak kiértékelése volt, hogy az 1996-ban bevezetett otthoni gondoskodás formái és a szolgáltatás iránti igények miként alakultak át 2002-ben.

Vizsgálati módszerek, minta

A vizsgálat során az önkitöltős kérdőívet választottuk az adatfelvétel módszerének. Az adatgyűjtés 2002 októberében történt, egyrészt a zalaegerszegi Zala Megyei Kórház sebészeti, traumatológiai és belgyógyászati osztályain fekvő, akut ellátásban résztvevő betegek körében, másrészt, két zalaegerszegi felnőtt háziorvosi rendelőben, ahol a rendelési időben megjelent páciensek vettek részt a kérdőívek kitöltésében. A kérdőívek kitöltésének önkéntességéről, anonimitásáról és módjáról szóbeli tájékoztatást kaptak a vizsgálatban résztvevők. Az alkalmazott mintavételi eljárás réteges, véletlenszerű mintavétel volt. A mintacsoport mérete a vizsgálat során 220 fő volt, ebből 110 fő a kórházban fekvő betegek köréből, 110 fő pedig a háziorvosnál megjelenők köréből került ki. A kérdőívekben szereplő kérdések megszerkesztésében az alábbi szempontok voltak irányadók:

- A lakosság körében van-e igény az otthoni gondoskodásra?
- Kinek van szüksége a betegek körében erre az ellátási formára?

- Az otthoni gondoskodás melyik formájára van igény?
- A betegek miért igénylik e szolgáltatást?
- Megvalósul-e minden esetben ez az ellátás azoknál, akiknek igényük lenne rá?
- Ha nem valósul meg, melyek azok az okok, amik előidéztek ezt a hiányt?
- Miért mutatkoznak hiányosságok az ellátás igénybevételének vonatkozásában annak ellenére, hogy egyre többen ismerik (bár nem elegendően) vagy legalábbis hallottak róla?

A kérdőív elején a válaszadó személyre vonatkozó 10 demográfiai kérdést tettünk fel, majd az otthoni ellátással kapcsolatos elvárásokra vonatkozó 22 kérdés következett. Az adatok elemzése leíró jellegű, illetve összefüggés-feltáró statisztikai módszerek segítségével történt. A vizsgálatban résztvevő intézményektől írásos hozzájárulást kaptunk a felmérés elvégzéséhez.

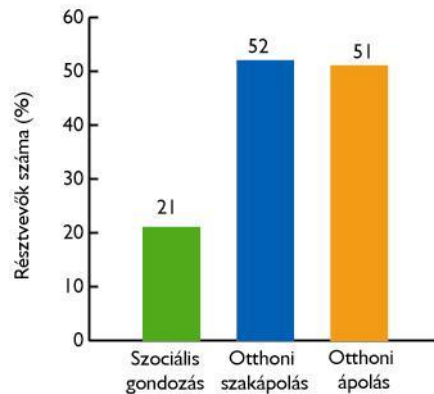
Eredmények

A vizsgálat ideje alatt kiosztott kérdőívek közül 200 értékelhető kérdőív érkezett vissza. A válaszadók között 102 férfi (51%) és 98 nő (49%) volt. A mintában résztvevők átlagéletkora: 52,71 év volt. A vizsgálatban résztvevők közül legtöbben az 50-59 év közöttiek és a 70 évnél idősebbek köréből kerültek ki. Magasabb számban vettek részt a 60-69 évesek is, ami mutatja, hogy a legnagyobb számban a nyugdíjas korosztály és a nyugdíj előtt állók közül kerülnek ki azok, akik igényelnék az otthoni gondoskodást. Ugyancsak ez a korosztály az, amelynek alacsony iskolai végzettsége van (8 általános vagy ennél kevesebb), és a legkevésbé tájékozott a szolgáltatást illetően. Ezáltal kevesebb az esélyük arra is, hogy igénybe vegyék. A magasabb iskolai végzettségűek között az ellátást jobban ismerők aránya is magasabb volt, nagyobb eséllyel adva arra, hogy szükség esetén keressék ezt a szolgáltatást. Kiemelten kell foglalkoznunk az idős betegekkel, hogy több lehetőséget biztosítsunk számukra a megismerés, igénybevétel vonatkozásában.

A felmérésben résztvevők jelentős része, 137 fő (69%), családi házban élt. Ez a környezet biztosítja számukra az otthoni ellátás lehetőségét, hiszen olyan megoldást is igénybe vehetnek, ami alapján teljes értékű lehet a szolgáltatás. Kisebbségi arányban jelentek meg a társasházban 37 fő (18%) és a tömbházban 22 fő (11%) élők. Az egyéb (bérház, pince) lakástípusban élők ugyan alacsony arányt képviseltek (4 fő, 2%), ezekben az esetekben azonban problémát okoz a helyiséghiány és az otthoni ápolás kivitelezhetősége.

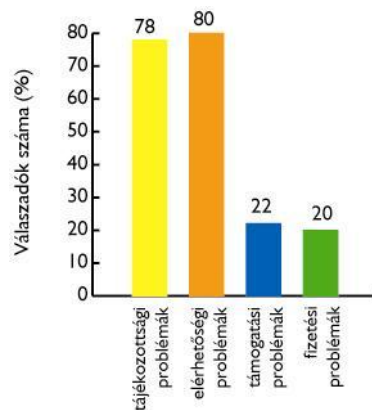
Amennyiben szükség lenne az otthoni gondoskodásra, a válaszadók a legtöbb esetben az otthoni szakápolást és az otthoni ápolást jelölték meg, ezekre a szolgáltatásokra van a legnagyobb igény, akár együttesen is. A szociális gondozás jóval kevesebb számban merült fel (1. ábra).

Több válaszadó számolt be arról, hogy a kórházi ellátásuk egy része megoldható lenne otthon, kevesen tartják megoldhatatlannak. A megoldhatóság azonban csak része a problémának, a megvalósuláshoz az igénybe vétel is szükséges. Kérdés azonban, hogy igénybe vehetik-e a szolgáltatást otthon?



1. ábra – Az otthoni gondoskodás formáira való igények megoszlása

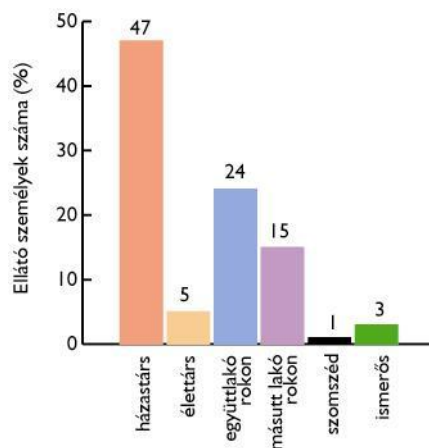
Azok közül, akik megoldhatónak tartják az otthoni ellátást, a betegek több mint fele igénybe is venné, de számos esetben mégsem jön létre az otthoni ellátás. Az indokok között szerepel, hogy nem eléggé tájékozottak, illetve a szolgáltatás elérhetősége nem biztosított a lakóhelyen (2. ábra). Felmerül az is, hogy a házi orvos nem megfelelően támogatja, illetve anyagi nehézségek is közbeszólnak. Azok, akik több ok miatt nem tudják igénybe venni az otthoni ellátást, szinte valószínűtlen, hogy részesednek otthoni gondozásban.



2. ábra – A szolgáltatás igénybevételével kapcsolatos problémák

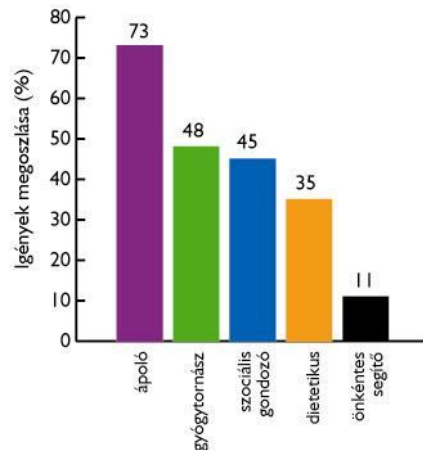
Az otthoni gondoskodás során óriási szerepet játszik a családtagok részvétele az ellátásban. A megkérdezett személyek nagy részénél lenne valaki, aki el tudná látni a rászoruló családtagot (3. ábra). Leggyakrabban a házastársak, az együttlakó rokonok és a másutt lakó, de átjáró rokonok vállalnék a gondoskodást. A válaszadók között nagy arányban vannak azok, akik igényelnének külső segítséget az otthoni gondoskodáshoz, kevesen képesek szakember nélkül kivitelezni az otthoni ápolást. A megkérdezettek jelentős része tehát szakmailag megalapozott szolgáltatásra formál igényt. A külső segítséget nem igénylők körében leggyakrabban a családtagok bevonásával történik az ellátás.

A külső segítség tekintetében legtöbb esetben az ápolók által végzett munkára tartanának igényt (4. ábra). Természetesen a betegek állapotától és életkorától függően előfordul az is, hogy egyszerre több szakemberre van szükség ahhoz, hogy a gondozás hatékony legyen.



3. ábra – Az ellátást vállalók megoszlása a személyek vonatkozásában

Amennyiben ápolói segítségre lenne szükség, leginkább a magasabb szakmai feladatokat igénylő ellátás biztosítását kérnék (91,7%), csak ritkábban élnének az általuk nyújtott lelki támogatás lehetőségével (23,2%), valamint az alap ápolási feladatokat igénylő ellátással (21,9%). A gyógytornász munkája során végzett aktív tornagyakorlatokra van a legnagyobb igény (97,9%), és csak kevesebben kérnék a rehabilitációt (58,3%) és passzív mozgatót (52,5%). Azok közül, akik jelezték, hogy segítséget várnának a dietetikustól, legtöbben (68,5%) az egészséges életmódhoz szükséges étrend kialakítását szeretnék megismerni, kevesebben a megbetegedésből adódó étrend (57,1%) és az egészséges táplálkozás alapelveinek megismerését (51,4%). Kisebb arányban (40%) kíváncsiak a konyhatechnikai eljárások ismertetésére. Szociális gondozó által végzett feladatok közül az igénylők nagy része jelezte, hogy az ebédhordásnál (75,5%) és a bevásárlásnál (66,6 %) lenne szükségük segítségre. A háztartási munkához (51,5%) és az orvoshoz kíséréshez (51,1%) már kevesebben kérnének gondozói segítséget.



4. ábra – A külső segítség iránti igények megjelenítése

Következtetések

A jelen vizsgálat arra irányult, hogy feltárja az otthoni gondoskodás iránti igények alakulását a kórházban fekvő és a háziorvosnál megjelenő betegek körében. Azokra a kérdésekre is választ kerestünk, hogy kinek, miért és milyen formában van szüksége erre az ellátási formára. Az otthoni gondoskodás egy humánusabb, emberközelibb, betegcentrikus és hatékony szolgáltatás, amire jelentős társadalmi igény van (5), ezt kutatásunk is alátámasztani látszik. A minőségi otthoni ellátás jól ellenőrizhető, eredményes gyógyulást eredményez, amiben fontos szerepe van a család támogatásának is (10). Kutatási eredményeink ugyancsak megerősítették, hogy a családtagok részvétele az otthoni ellátásban támogató tényező, az ápolás nagy arányban támaszkodhat erre az együttműködésre a jövőben is. Amennyiben az adminisztratív vagy egyéb korlátozó tényezők elháríthatóak lennének, vizsgálati eredményeink alapján az otthoni ellátás iránti igény további növekedése várható. A cél ma már az lenne, hogy ne kerüljön kórházba az a beteg, akit – a szükséges feltételek megerősítésével – otthonában is el lehet látni. Cél az is, hogy a kórházba került beteg minél hamarabb visszatérhessen otthonába, ami csökkenti a kórházi költségeket és az alapellátásnak teret ad alapvető funkcióinak, így a prevenciónak is a hatékonyabb megvalósításához (7).

Jelenleg még nem biztosítható, hogy a betegek egyenlő eséllyel férjenek hozzá a szolgáltatáshoz. Mint arra a vizsgálat is rávilágított, számos tényező hátráltatja a lakosságot a teljes körű használattal szemben. A legtöbb esetben az otthoni szakápolásra és az otthoni ápolásra tartanak igényt, kevesebb esetben merült fel a szociális gondozás. Kimutattuk, hogy a megkérdezettek nagy része a kórházi ellátás egy részét megoldhatónak tartaná otthonában. Az egyik ok, amiért erre nem kerül sor, a tájékoztatatlanság, a betegek kevés információval rendelkeznek. Sokkal szélesebb körű tájékoztatásra van szükség, amiben elsősorban a háziorvosoknak, a kórházban dolgozó ápolóknak és orvosoknak lenne nagy szerepük. Nehézséget jelent a nem elérhető szolgáltatás, pedig a szolgáltatások számának növekedésével teljesebbé válhat a területi lefedettség. Probléma lehet az is, hogy a háziorvos esetleg nem támogatja ezt a megoldást. Ebben az esetben a szemléletváltoztatás vezetne eredményre (9). Eredményeink alapján az otthoni ellátást vállalók (hozzátartozók, szomszédok, ismerősök) az alapápolási feladatokat végeznék el, míg a szakemberek a speciális, szakmai feladatokat.

Vizsgálatom arra mutatott rá, hogy a társadalom részéről egyre erősebb az igény az otthoni gondoskodás formáira. A minőségi, személyre szabott gondozáshoz azonban fel kell mérni azokat az igényeket, az elvárásokat. A felmerülő problémákra és nehézségekre megoldást kell találnunk, hogy azok az emberek, akiknek szükségük van szolgáltatásra, igénybe is tudják venni. A gondozási minőség és teljesítmény révén tovább nő az otthoni szakápolás társadalmi elismertsége, várhatóan az orvostársadalom ellenérdekeltségi viszonya is eltűnhet a rendszerrel kapcsolatban (3).

Irodalom

1. Banai, J. (2001). Hogyan tovább otthonápolás? *Egészségügyi Menedzsment*, 3, 27-30.
2. Boncz, I., Betlehem, J., Sebestyén, A. (2001). A német ápolásbiztosítási rendszer alapvonalai. *Nővér*, 14, 7-14.
3. Cseri, L. (2002). Gondolatok a közösségi ápolásról *Nővér praxis*, 5, 7-9.
4. Falus, F. és Nemes-Szabó, E. (1999). Helyzetkép a hazai otthoni szakápolásról. *Egészségügyi Menedzsment*, 1, 20-22.
5. Fazekas, L. (2001). *Ötthonápolási útmutató*. Budapest: Útmutató Kiadó.
6. Kárpáti, Zs. és Krasznai, É. (1996). *Az otthoni ápolás szervezése és gyakorlata*. Budapest: Pelikán.
7. Kárpáti, Zs. és Krasznai, É. (2001). *A házi ápolásról nem csak ápolóknak*. Budapest: Medicina.
8. Menyhért, P. (2000). A társadalom tájékozottsága az otthoni szakápolásról. *Egészségügyi Menedzsment*, 2, 21-22.

9. Nosza, M. (1996). A házi betegápolás helye és szerepe az egészségügyön belül. Háziorvosi szemle, 3, 22-23.
10. Potter, P. A. és Perry, A. G. (1996). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Budapest: Medicina.
11. Vártok, J. (2001). Az otthoni szakápolásról. Családorvosi fórum, 2, 63-65.
12. Vincze-Papp, J. (1999). Háziaápolás, házigondozás és az otthoni szakápolás kapcsolata. Nővér, 12, 41-42.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Minőség és betegelégedettség a szakellátásban

Somogyiné Vári Éva

Kenézy Gyula Kórház Rendelőintézet, Debrecen

Bevezetés

Az utóbbi évtizedekben a minőség iránti igény, a minőségbiztosítási rendszerek bevezetése, tanúsítása és működtetése az egészségügyi szolgáltatást nyújtó szervezeteknél egyre fontosabb kérdéssé vált. Az egészségügyi minőségbiztosítás célja annak biztosítása, hogy az egészségügyi ellátást igénybevevő páciens mindig jó minőségű szolgáltatásban részesüljön. **Egészségügyi minőség-biztosításról** akkor beszélünk, ha az egészségügyi szolgáltatás minőségének ellenőrzéséhez csatlakozik egy olyan folyamatosan működő visszacsatoló rendszer, amely a minőségtől való eltérést azonnal jelzi és beindítja a korrigáló mechanizmusokat: azonosítja a hibáért felelőssé tehető tényezőket, személyeket, a hibát előidéző faktort kiküszöböli (Boján, 1995).

Az egészségügyben a minőséget nem csak szakmai és gazdasági oldalról szükséges értelmezni, hanem a beteg szempontjait is figyelembe kell venni. Az egészségügyi szolgáltatók már nemcsak azt tartják fontosnak, hogy a beteg a lehetőségekhez mérten – az orvostudomány aktuális állása szerinti – legmagasabb szintű ellátást kapja, az orvos-szakmai szempontok mellett nagy hangsúlyt kap, hogy a páciens elégedett legyen az intézmény szolgáltatásával. Nem mindegy, hogy a kivizsgálás, gyógyítás során milyen hatások, élmények érik a beteget. Ezek sokszor kedvezőtlenül befolyásolhatják a gyógyulás folyamatát, hiszen a negatív élmények hatására a beteg együttműködési készsége nagymértékben romolhat.

Az egészségügyi minőségbiztosítás terén jelentős előrelépést jelentett az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, amely 1999. január 1-jei hatállyal kötelezővé tette a minőségügyi rendszerek működtetését az egészségügyi intézményekben. Kiemelt hangsúlyt kapott a törvényben a **betegjogok védelme**, amely a minőségügyi egyik fontos szempontjává válhat a hazai egészségügyi ellátásban. Az egészségügyi rendszerek legfontosabb feladataik között emelik ki a betegek elvárásainak való megfelelést. Éppen ezért a betegelégedettség mérése az egyik legnépszerűbb minőségbiztosítási tevékenység.

Az egészségügyi ellátás minősége

Az egészségügyi ellátásban a minőséget különböző szempontokból lehet vizsgálni. A **páciens szempontjából** az egészségügyi szolgáltatás minőségét azon mérhetjük le, hogy a szolgáltatásban részesülő beteg mennyire érzi, azt kapja, amire szüksége van. Ettől gyakran eltérnek a **szakemberek elvárásai**. Ők azt vizsgálják, hogy az ellátás megfelel-e a szakma által meghatározott követelményeknek, valamint a beteg érdekeit szolgáló technológiák és eljárások kivitelezése helyes módon történt-e.

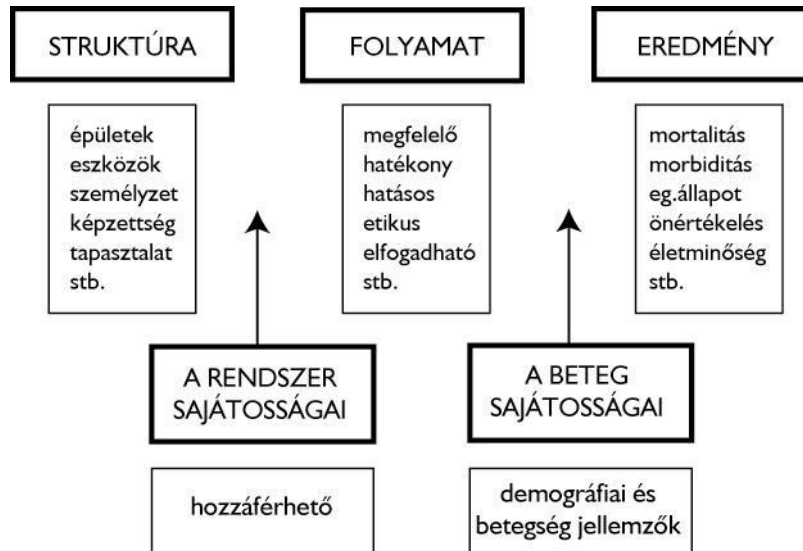
A **menedzsment** szintén másképp látja a minőséget. Célja az erőforrások leghatékonyabb és produktívabb hasznosítása a páciens szükségleteinek kielégítése céljából az érvényes rendelkezések korlátai között. Az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozóan több definíció is megjelent. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1993-ban publikált definíciója szerint: „*Kiváló minőségű az az egészségügyi ellátás, amely a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások figyelembevételével megfelel a jótékony hatás maximálása és az egészségkárosító kockázat minimalizálása iránt támasztott elvárásoknak.*”

Az EMIKK 1994-ben kiadott definíciója szerint: „*Az egészségügyben a minőség értelmezhető a célélérés fokaként. A minőség ebben az értelmezésben a megtettnek a megtehetőhöz, az elértnek az elérhetőhöz való viszonya.*” Ez egyaránt vonatkozik a struktúrára (az ellátás feltételrendszere), a betegellátási folyamatra, és az egészségügyi intézményből elbocsátott beteg egészségi állapotának minőségére, valamint a beteg véleményére, elégedettségére.

A minőség dimenziói az egészségügyben

Donabedian 1966-ban publikált munkája alapján az egészségügyi ellátás minősége három dimenzióban értelmezhető: struktúra, folyamat, eredmény. Ebből következik, hogy az egészségügyi minőségbiztosításnak strukturális, folyamat és eredmény megközelítései vannak.

Hopkins tovább fejlesztette ezt az elméletet. Szerinte az egészségügyi ellátás értékelésénél figyelembe kell venni az egészségügyi rendszer és a beteg sajátosságait is (1. ábra).



1. ábra – Az egészségügyi ellátás dimenziói

Struktúra: Az egészségügyi rendszer tárgyi, emberi és szellemi erőforrásainak gyűjtőneve. Magába foglalja a gazdasági feltételeket, menedzsmentet, épületeket, eszközöket, műszereket, a kisegítő személyzetet, ide értve a tevékenységek végzésére vonatkozó előírásokat is. A struktúra vizsgálata az egészségügy valamennyi szintjén alkalmazható. A jó minőségű ellátás alapfeltétele bizonyos strukturális követelmények megléte.

Folyamat: Az egészségügyi ellátás során megtörténő események (preventív, diagnosztikus, ápolási, rehabilitációs eljárások) összességét jelenti. A folyamatba tartozik a beteg tájékoztatása is. A minőség elemzése gyakran a folyamat értékeléséhez kapcsolódik, azonban meg kell jegyezni, hogy a jó folyamat nem feltétlenül biztosítja a megfelelő eredményt.

Eredmény: A beteg azon aktuális és jövőbeli egészségi állapota közötti változást jelenti, amely összefüggésbe hozható az egészségügyi szolgáltatásokkal. Az eredmény minőségének értékelésénél figyelembe veendő kritériumok közé tartozik a mortalitás, morbiditás, a páciens egészségi állapotában bekövetkező változás sokféle megnyilvánulása, a beteg elégedettsége. Ha az egészségügyi ellátás után a beteg jelenlegi vagy jövőbeli egészségi állapotában – a betegség természetének figyelembevételével – nem következik be kedvező változás, akkor az egészségügyi ellátás „értelmetlen”, bármilyen kiváló volt is a struktúra és a folyamat. Ez bekövetkezhet akkor is, ha a beteg magával hozott sajátosságai a kedvező kimenetelt negatív irányban befolyásolják vagy a páciens együttműködési készségének hiánya esetén.

Az egészségügyi rendszer sajátosságai: Az egészségügyi rendszer egészének egyes jellemzői meghatározóak az ellátás minősége szempontjából (pl. hozzáférhetőség, pénzügyi, földrajzi, időbeni szempontok).

A beteg sajátosságai: A minőség szempontjából a beteg egyes sajátosságai szintén fontosak. Ilyenek pl. az életkor, társadalmi-gazdasági körülmények, a betegség súlyossága, a kísérő betegségek, a kezeléshez való hozzáállás. A kezeléshez való megfelelő hozzáállás elérését a szakirodalom általában az ellátó feladatává teszi, így nem lehet egyértelműen a beteg sajátosságaként kezelni (Belicza és Zékány, 1998).

A beteg elégedettségét befolyásoló tényezők

A beteg elégedettsége a minőségnek rendkívül fontos komponense az egészségügyi ellátás minden dimenziójában (struktúra, folyamat, eredmény), abból kiindulva, hogy az egészségügyi ellátás teljes egészében a betegért van. A betegelégedettség mindenkinek mást jelent: mást a betegnek, mást a hozzátartozóknak, és mást a beteg ellátásában részt vevő szakdolgozóknak (orvos, ápoló).

A beteg elégedettségét befolyásoló főbb tényezők:

Az eredmény mennyire felel meg a páciens várakozásainak. Az előzetes várakozások lehetnek:

- •ideálisak

- elképzelt szintűek, és
- normatívak (pontos elgondolás arról, hogy minek kell történnie).

A páciens várakozását befolyásolják részint az egészségügyi szolgáltatótól független tényezők (pl. barátok véleménye, média), de a szolgáltató is sokat tehet azért, hogy a beteg elvárásai reálisak legyenek. Ez a megfelelő betegtájékoztatással érhető el. A tájékoztatásnak ki kell terjednie az általános ismeretekre és arra is, hogy a beteg személyesen mire számíthat (a gyógyulás vagy az állapotjavulás valószínűsége, mellékhatások a tervezett beavatkozások után stb.). Nemcsak az számít, hogy mit mond a tájékoztatást végző, hanem az is, hogyan mondja. Az 1. táblázat azt szemlélteti, hogyan függ a beteg elégedettsége az elvárásaitól és az ellátás eredményétől.

	az eredmény megfelel a páciens elvárásainak	az eredmény az elvárások alatt marad
az ellátás során nem lépett fel mellékhatás	maximálisan elégedett	kiábrándult
azok a mellékhatások jelentkeznek, amelyekre az orvos felkészítette	kevésbé elégedett	nagyon kiábrándult
súlyosabb mellékhatások lépnek fel annál, mint amelyre felkészítették	a páciens reagálása más tényezőkön múlik	elkeseredett

1. táblázat – A páciens elégedettségének alakulása

- A beteg érzelmi állapota, érzelmi profilja: a különböző habitusú, érzelmi állapotú egyének eltérő módon reagálnak azonos helyzetben.
- A beteg elégedettségét befolyásoló egyéb tényezők: a beteg személyes tulajdonságai, szokásai, szociális háttére (iskolázottság, családi háttér, lakóhely, társadalmi munkamegosztásban betöltött státusza), egészségügyi tényezők pl.: a beutalás módja (sürgős vagy tervezett), a kórházi bennfekvés hossza, jelentkezett-e vagy fenn áll-e fájdalom vagy nem, a szokásostól eltérő történések.
- A bánásmód: nem csak a kifejezett durvaság bántja a beteget, hanem a nem verbálisan éreztetett lenézés, semmibevevés is. A gyógyító személyzetnek el kell érnie, hogy a beteg azt érezze, ő nem csak egy szám (heteske), hanem személy, problémáját a személyzet komolyan kezeli, a vele foglalkozó szakember az adott pillanatban csak őrá figyel. A bánásmód nagyon fontos a betegelégedettség szempontjából. Nem elég, hogy minden a beteg érdekében történjen, ezt a betegnek éreznie is kell.
- A fizikai környezet: (az étel minősége, mennyisége, a tisztaság, a hőmérséklet, a környezet stb.). A kedvező fizikai környezet megléte nem eredményez automatikusan elégedettséget, főleg azoknál nem, akik életében megszokott a tiszta, rendezett környezet, a jóízű meleg étel. Hiánya viszont elégedetlenséget eredményez.

Az előbbiekből következik, hogy a betegelégedettség többdimenziós koncepcióként értelmezhető, hiszen nem ugyanazok a dolgok teszik a beteget elégedetté, illetve elégedetlenné. Így például a kedvező fizikai környezet hiánya elégedetlenséget okoz, anélkül hogy teljesülése fokozná az elégedettséget, míg a pszichoszociális tényezők megléte (az információ, a bánásmód, az emberi méltóság) elégedettséget eredményez anélkül, hogy hiánya elégedetlenséget okozna. (Természetesen az extrém, kirívó esetekre nem vonatkoztatható).

Összegezve elmondható, hogy a beteg szubjektumát és személyes érzéseit is magába foglaló elégedettsége nemcsak az egészségi állapotában bekövetkező pozitív változás - ami számára természetesen rendkívül fontos -, hanem a gyógykezelése során szerzett pozitív és negatív élményei, az egészségi állapotában bekövetkezett változást megelőző, kísérő és követő megpróbáltatásai, a beteg által vállalt kockázat egyaránt befolyásolják.

Miért végzünk betegelégedettségi vizsgálatot?

A betegelégedettségi vizsgálat végzése kötelező azon kórházak számára, amelyek valamelyik minőségbiztosítási rendszer tanúsításával rendelkeznek, de adminisztrációs kényszer nélkül is több helyen szívesen végzik. Használatának okai lehetnek pl. :

- • a beteg elégedettsége önmagában is fontos outcome, ami nagymértékben befolyásolja a páciensek együttműködési készségét;
- • több terápiás lehetőség esetén könnyebb a választás a beteg segítségével;
- • a vélemény kifejtése demokratikus jog;
- • a kórház szervezeti és szakmai minőségének egyik mérőeszköze a betegek elégedettsége;
- • a betegelégedettségi kérdőívek jól használhatók a minőségbiztosítási programok elemzése, értékelése során.

A betegelégedettség mérés legfontosabb „haszna”, hogy információt ad a szolgáltatónak (betegellátó) és elősegíti a beteg-orvos, beteg-ápoló kapcsolat javítását. A beteg elégedettsége ezen kívül hozzájárul az egészségi állapot javulásához is.

Mit tartalmazzon a kérdőív?

A betegelégedettségi kérdőívek készítésekor különbséget kell tenni abból a szempontból, hogy fekvőbeteg osztályon vagy járóbeteg szakellátásban kívánjuk azt alkalmazni. **A járóbeteg szakellátásban használandó kérdőívek** kérdéseinek megfogalmazásakor figyelembe kell venni az ellátási forma sajátosságait.

A betegelégedettségi kérdőívnek általában a következő kérdésköröket célszerű tartalmazni:

- • a szakrendelő elérhetősége (könnyen vagy nehezen közelíthető meg, sokat kell-e utazni);
- • a szakrendelő általános jellemzői (tisztaság, mellékhelyiségek mennyisége, állapota);
- • várakozásra igénybe vehető helyiségek száma, állapota, elegendő szék áll-e rendelkezésre, a szellőztetés megoldott-e, milyen a világítás, fűtenek-e stb.);
- • a betegek tájékoztatásának minősége (betegirányítás, előjegyzés lehetősége, eligazodást szolgáló táblák kartonozó);
- • a várakozási idő;
- • az orvos-beteg találkozás időtartama, beteg felvilágosítás;
- • az egészségügyi szakszemélyzet minősítése;
- • választási preferenciák (szükség esetén választaná-e ugyanezt a szakrendelőt, ismerőseinek ajánlaná-e?);
- • egyéni észrevételek.

Végezetül célszerű még a beteg nemére és korára vonatkozó kérdéseket is feltenni.

A **fekvőbeteg osztályokon alkalmazott betegelégedettségi kérdőívek** természetesen részletesebbek. Az itt használatos kérdőívnek célszerű tartalmazni az alábbi területekre vonatkozó kérdéseket ahhoz, hogy a beteg ki tudja alakítani összbenyomását a kórházi ellátásról:

- • a felvétel körülményei (beteg-regisztráció, elhelyezés);
- • a hotelszolgáltatás minősége (szoba, fürdőszoba, mellékhelyiségek tisztasága, mennyisége);
- • az élelmezés minősége, mennyisége (elég volt-e, meleg volt-e?);
- • a betegtájékoztató rendszer fejlettsége (általános és speciális tájékoztatók pl.: házirend, diéta);
- • az ellátó személyzet minősítése (ápolók hozzáállása, napi kapcsolat gyakorisága, stb.);
- • a kezelőorvos hozzáállása (a vizsgálat időtartama, találkozás gyakorisága, beteg felvilágosítás);
- • egyéni észrevételek (mit változtatna meg?);
- • választási preferenciák.

A járóbeteg szakellátás sajátosságai

A járóbeteg szakellátás (ambuláns ellátás) megvalósulhat:

- • a kórház keretében, s ebben az esetben az ellátás történhet:
 - a kórház területén,
 - a kórháztól területileg elkülönülő szakrendelőkben,
- • önálló szakrendelőben.

Az ambuláns ellátást jellemezhetjük úgy is, mint: „fekvőbeteg ellátás mínusz hotelszolgálat”. Ez azt jelenti, hogy a beteg szempontjából tekintett minőségben nem játszanak szerepet a hotelszolgálattal kapcsolatos minőség-összetevők, valamint a bennfekvést igénylő, általában bonyolultabb szakmai kérdések sem.

Az ambuláns ellátás minőségügye azonban nem csak egyszerűsödik, hanem új minőség-összetevők is megjelennek, mégpedig a beteg szempontjából tekintett minőség területéről. A betegek ugyanis a mindennapi tevékenységükből veszik el az ellátásra szánt időt, éppen ezért nem mindegy, hogy a tényleges ellátáson kívül mennyi időt töltenek a rendelőben várakozva és azt milyen körülmények között teszik. Így például a következő minőség-összetevőkkel kell számolnunk a járóbeteg szakellátásban:

- • Határozott időre rendelik-e be a betegeket vagy az új páciensek ötletszerűen jönnek - ez utóbbi esetben célszerű bevezetni az időpontra való behívást.
- • Természetesen a menedzsment számára az is jelzés értékkel bír, és a betegek elégedettségét is befolyásolja, hogy a panaszok kezdete valamint a vizsgálat időpontja között mennyi idő telik el, azaz hány nappal, esetleg héttel későbbre rendelik be a páciens a vizsgálat.

- • Ha határozott időre történik a berendelés, tájékoztatni kell a beteget arról, hogy mennyire pontos ez az időpont, mennyi a tűrés intervallum. Fontos kritérium, hogy mennyire tartja be a rendelés az időbeosztást, vagyis mennyi várakozásra kényszerül a beteg a megadott tűrésértéken felül.
- • Lényeges a betegek számára a várakozás körülménye: a váróban elegendő szék áll-e rendelkezésükre; van-e fogas, ahová a kabátjukat fel tudják akasztani; zsúfolt-e a váró, a szellőztetés, világítás, télen a fűtés megfelelő-e?
- • A váró tisztasága mellett nagyon fontos, hogy a mellékhelyiségekben milyenek a higiéniai viszonyok, valamint elegendő mennyiségben állnak-e a betegek rendelkezésére.

A várakozás körülményei mellett fontos minőség-összetevő az is, hogy az ellátás során mennyire tartják szem előtt a páciens emberi méltóságát: van-e lehetősége egyedül vetkőzni, öltözni, problémáit más betegek előtt kellel elmondania, egyes vizsgálatoknál mennyire biztosított az intimitás.

Természetesen a különböző szakrendeléseken másként jelentkeznek ezek a szempontok. Amennyiben az ambuláns rendelés a kórház területén belül folyik, külön problémát jelent a fekvő- és a járóbetegek egyidejű ellátása. Mind a fekvőbetegek mind a bejáró páciensek úgy gondolják, hogy nekik van prioritásuk. Az ilyen szakrendelőben gondot jelenthet még a rendelési idő kezdete is. Például, ha az orvos 8 óra helyett csak 9 órakor vagy később kezdi a betegek vizsgálatát a rendelőben, mert előbb a fekvőbeteg osztályon végzi el a legfontosabb teendőit, ez a betegek körében elégedetlenséget eredményezhet, mivel a páciensek úgy érzik, hogy feleslegesen hívták őket korábban. Ez különösen igaz lehet azokon a szakrendeléseken, ahol a beteg a vizsgálatot megelőzően hosszabb ideig nem ehet és ihat, esetleg az ambuláns ellátást kisgyermek vagy csecsemők veszik igénybe. A menedzsment feladata, hogy ezekre a problémákra a megoldást megtalálja.

Összefoglalás

A minőségbiztosítás egy olyan rendszerszemlélet, amely lehetővé teszi a szakmai előírások, minimumfeltételek, működési szabályzatok, szervezeti felépítés, gazdasági és pénzügyi feltételek egységbe szervezését és egységes szempontok szerinti működtetését. Bevezetését szükségessé tette hazánkban – a törvényi előírásokon kívül – az egészségügyi reform, az új finanszírozási rendszer bevezetése és az egészségügyi intézmények versenyeztetésére irányuló törekvés.

Valamennyi egészségügyi szolgáltató célja, hogy folyamatosan kiváló színvonalú ellátást biztosítson, figyelembe véve a beteg szempontjából értelmezett minőséget is. A beteg számára nagyon fontos az egészségügyi ellátás eredménye, valamint az, hogy milyen körülmények között vehette igénybe az adott szolgáltatást.

A betegelégedettség mérésével képet kaphatunk arról, hogy mi a véleménye a betegeknek az egyes egészségügyi ellátásról, azokról a páciens szempontjából tekintett minőség-összetevőkről, amelyek számára fontosak és befolyásolják az elégedettségét.

A beteg elégedettsége nem csak azért fontos, mert szükség esetén ismét igénybe veszi szolgáltatásunkat, hanem mert a pozitív élmények növelik az elégedettségét, ami kihatással van a páciens együttműködési készségére és ezzel a gyógyulására is.

A „Javasolt betegelégedettségi kérdőív a járóbeteg-szakellátásban” kérdőív a folyóirat nyomtatott változatában megtalálható.

Irodalom

1. OLI/HIETE (1999). Általános és lényeges minőségi követelmények az egészségügyi ellátásban. VI. kiadvány. Budapest.
2. Belicza, É., Zékány, Zs. (1998). A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. Debrecen: EMIKK füzetek 17. szám.
3. Boján, F., Belicza, É. (1995). Bevezetés az egészségügyi minőségbiztosításba. Debrecen: EMIKK füzetek 5. szám.
4. Gergely T., Szóts, M. (2001). Minőség az egészségügyben. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
5. Gulácsi, L. (2000). Minőségfejlesztés az egészségügyben. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
6. Hunya, É. (1999). Ugye, ízlett az ebéd? Egészségügyi Menedzsment, I. évfolyam, 2. szám.
7. 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Miről is beszélünk?

Sövényi Ferencné

Szerkesztő Bizottság tagja, szaktanácsadó (ETI), korábbi országos főnövér

Az Európai Unióhoz való csatlakozásunk kézzelfogható közelségben van, hiszen 2004. május 1-jén csatlakozunk ahhoz a közösséghez, amelyet alapításkor „Hatok Európájának” majd bővítések után napjainkban már a „Tizenötök Európájának” és május elseje után – természetesen nem hivatalos megjelöléssel – a „Huszonötök Európája” megnevezéssel illethetünk.

Aki rendszeres kapcsolatban van a média vagy a politika világával, nap mint nap találkozhat olyan kifejezésekkel, fogalmakkal, amelyek keveset vagy ma még alig jelentenek számára valamint. Hogy csak néhányat említsünk: Római Szerződés, Maastrichti Szerződés, három pillér, uniós állampolgár, Schengeni Egyezmény, jogharmonizáció, derogáció, alapszabadságok.

Költői kérdésként hangozhat: „ismerjük-e az Európai Unió” jelképeit? Eszünkbe jut-e az Örömóda hallatán, hogy az a Közösség himnusza, vagy tudjuk-e, **hogyan esetleg miért lenne**, vagy lesz majd május 9-e ünnepnap hazánkban is, elgondolkodtunk-e már azon, hogy mit is mennyit tudunk arról a „szerveződésről”, amelyhez csatlakozunk.

Egy cikk keretében nem lehet minden kérdést megválaszolni, de azok számára, akik bővíteni kívánják ismereteiket az Európai Unióról (továbbiakban EU) összefoglaljuk a legfontosabb tudnivalókat. Akik esetleg tervezik, hogy más EU tagország egészségügyi ellátó rendszerében nyújtanak szolgáltatást, részletesebben megismerkedhetnek az egészségügyi szakképesítések elismerési rendszereivel.

Mielőtt ismertetnénk a diplomák, szakképesítések elismerésének elveit és eljárási rendjét, röviden kitekintünk az EU kialakulásának történetére, bemutatjuk főbb intézményeit és azok alapfeladatait.

Kezdjük egy kis történeti visszatekintéssel. Az európai integrációs gondolat a történelem során többször napirendre került, de valójában csak a II. világháborút követően vált realitássá. Ekkor Európa nagy része még romokban hevert, de már kezdetét vette a hidegháború, és bizony az európaiak nagy része félt a két szuperhatalom – Németország és Franciaország – esetleges további versengésétől is.

A francia kormány tanácsadója, Jean Monnet a probléma megoldására három fő pontból álló javaslatot készített, amelynek lényege az alábbiakban foglalható össze:

- meg kell békélni az egymással többször háborúzó két nagyhatalomnak,
- közös irányítás alá kell venni a fegyvergyártás alapjait képező acél- és szénipart,
- létre kell hozni egy olyan nemzetek feletti hatóságot, amely Európa valamennyi állama előtt nyitva áll és irányítja a szén- és acélipart.

A terv végül is 1950. május 9-én az akkori nyugat-európai diplomáciát megrázó Schuman Nyilatkozatként látott napvilágot. Később ez a nap lett az EU hivatalos ünnepe.

Az első európai szerződést hat európai ország (Franciaország, NSZK, Belgium, Hollandia, Luxemburg, Olaszország) 1951. április 18-án írta alá Párizsban. Innen ered az ún. „Hatok” elnevezés.

I. Az Európai Unió

Az UNIO-t az Európai Unióról szóló – a mindennapos használatból már jól ismert – Maastrichti Szerződés hozta létre és helyezte három alappillérre.

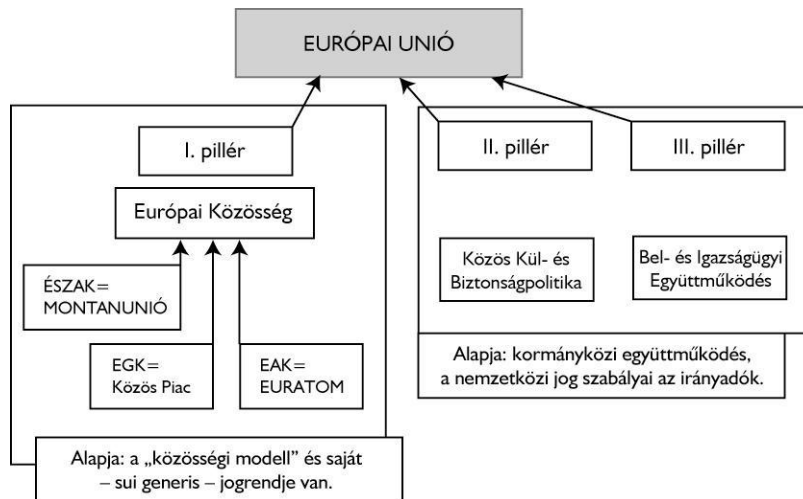
Az **első pillért** – a gyűjtőnevezésű Európai Közösségek, azaz az addigi integráció alább felsorolt elődszervezetei együtt alkotják:

1. Európai Szén- és Acél Közösség (ESZAK), más néven: MONTANUNIO
2. Európai Gazdasági Közösség (EGK), nem hivatalos megnevezéssel Közös Piac
3. Európai Atomenergiái Közösség (EAK), más néven: EURATOM

A **második pillért** a Közös Kül- és Biztonságpolitika adja.

A **harmadik pillért** a Bel- és Igazságügyi Együttműködés képezi.

Ez előbb leírtakat az érthetőség kedvéért az 1. ábrán szemléltetjük.



1. ábra – Az Európai Unió pillérei

Az EU *első pillérét* alkotó három Közösséget az *alapító szerződések* hozták létre:

Párizsi Szerződés (1951): Európai Szén- és Acélközösséget (ESZAK)

Római Szerződés (1957): Európai Gazdasági Közösség (EGK) és az Európai Atomenergiái Közösség (EAK)

Az alapító szerződések főbb *módosító szerződései*:

Egyesülési Szerződés /Merger Treaty/ (1967): Egységessé tette az első pillért alkotó három Közösség intézményrendszerét.

Egységes Európai Okmány (1986): Bevezette a többségi szavazás elvét a belső piacra vonatkozóan.

Maastrichti Szerződés (1992): Létrehozta az Európai Uniót

Amszterdami Szerződés (1997):

Nizzai Szerződés (2000):

Az EU első pillérébe tartozó feladatainak megvalósítását – tiszteletbe tartva az ún. szubszidiaritási elvet – a Közösség jogi eszközökkel látja el.

(A szubszidiaritás elve azt jelenti, hogy ahol lehetséges minden határozathozatal az állampolgárokhoz legközelebb első szinten történjen.)

A közösségi jog az alapító szerződésekből (elsődleges jogforrás) és a Közösség által kibocsátott jogszabályokból (másodlagos jogforrás) és a Bíróság határozataiból áll.

Az EU jogszabályainak összessége az ún. *Acquis Communautaire* („acquis”), amelynek magyar fordítása a „Közösségi vívmányok”. Ez jelenleg mintegy 80 000 oldalt tesz ki. Az új belépőknek vállalniuk kell, hogy a csatlakozás pillanatától vagy csak átmeneti idő után átveszik és alkalmazzák azokat. Az átmeneti mentesség iránti kérelmet és engedélyt *derogációnak* nevezik.

A közösségi jog eszközei

Rendeletek (regulations): a legerősebb jogszabályfajta, az abban foglaltak teljes egészükben kötelező erejűek és közvetlenül alkalmazandók a tagállamokban, ami azt jelenti, hogy nem kell, sőt nem is szabad külön átmenetni a nemzeti jogba. Ezeket a jogszabályokat csak lefordítják az adott tagország nyelvére és így alkalmazzák.

Irányelvek (directives): kötelezőek a tagállamokra, de a nemzeti jogi keretekbe – új jogszabályokkal, vagy meglévők módosításával be kell illeszteni. Az irányelvek bizonyos mozgásteret, lehetőséget adnak a végrehajtási forma és eszköz megválasztására nézve.

Határozatok (decision): nem vonatkoznak mindenkire, csak a „címezettek” nézve kötelezőek.

Javaslatok, vélemények (recommendations and opinions): nem bírnak kötelező erővel deklaratív típusúak.

Az EU egységes, de nem rendelkezik önálló intézményi kerettel, és nem rendelkezik jogi személyiséggel. Az EU a célkitűzéseinek megvalósítását az - előzőekben már bemutatott - Európai Közösség intézményein keresztül biztosítja. Az Európai Közösség – ellentétben az Európai Unióval – jogi személy és így a szerződéskötésekre jogosult.

Az EU főbb intézményei

Az **Európai Tanács** (European Council): Az EU csúcsszerve. A tagállamok állam és kormányfőiből, valamint a „Bizottság” elnökéből álló évente legalább két alkalommal ülésező testület. Az Európai Tanács hozza a legfontosabb politikai és stratégiai döntéseket, de formális jogosítvánnyal nem rendelkezik. A határozatait konszenzussal kialakított egyetértéssel hozza.

(Vigyázni kell, hogy ne tévesszük össze az Európai Tanácsot az „Európa Tanáccsal”, amelynek angol neve: Council of Europe).

Az **Európai Unió Tanácsa** (Council of the European Union): A tagállamok érdekeinek megtestesítője. A Tanács az EU döntéshozó és jogszabályalkotó szerve. Miniszter Tanácsnak is nevezik. Az összetétele a mindenkor tárgyalandó kérdésektől függ:

Az **általános ügyek tanácsa**: a külügyminiszterekből áll és általános kérdésekkel foglalkozik.

A **speciális kérdések tanácsa**: a témának megfelelő szakminiszterekből áll, pl. egészségügyi miniszter és az adott szakterület kérdéseivel foglalkozik.

Az **Európai Közösségek Bizottsága (Európai Bizottság)** (Commission of the European Communities (European Commission)): Az Unió „végrehajtó hatalma”. A Bizottság állást foglal, javasol, jogszabályt bocsát ki, „örkődik” a szerződések végrehajtásán.

A Bizottság Biztosokból áll és feladatait ún. Főigazgatóságok (Directorates General - DG) keretében látja el. Az adminisztrációt mintegy 20 000 fős apparátus végzi. Jelenleg a Főigazgatóságok száma 24.

Európai Parlament (European Parliament): Az Unió állampolgárainak képviselője. A parlament különböző politikai frakcióba – és nem nemzeti hovatarozás szerint – tömörült képviselőket a tagállamok a saját nemzeti jogrendjüknek megfelelően közvetlenül öt évre választják.

Az Európai Parlamentnek a nemzeti parlamentektől eltérő a működése.

Európai Bíróság (European Court of Justice): A közösségi jog őre. Minden tagállam egy-egy bírát delegál a testületbe. Feladatuk az alapszerződések, a közösségi jog értelmezése és konkrét ügyekben történő állásfoglalás.

Számvevőszék (Court of Auditors): A közösség költségvetésének őre, főleg a Bizottság gazdálkodását ellenőrzi.

Az EU egyéb fontos szervei

Régiók Bizottsága (Committee of the Regions): A Maastrichti

Szerződés hozta létre, mint a tagállamok helyi és önkormányzatainak képviselőiből álló tanácsadó hatáskörrel bíró szervezetet.

Gazdasági és Szociális Bizottság (Economic and Social Committee): A tagállamok által delegált, a gazdaság különféle területein működő érdekcsoportok és érdekképviselői szervek képviselőiből álló testület.

EU Központi Bank: az Európai Unió jegybankja.

EU Beruházási Bank: az Európai Unió fejlesztési bankja

EU Ombudsman: az állampolgári jogok közösségi biztosa

II. Az egészségügyi szakképesítések elismerése az EU-ban

Az EU első pillérét – az Európai Közösséget – azzal a céllal hozták létre, hogy a tagországok egyetlen olyan közös piacot alkossanak, ahol az emberek, a szolgáltatások, az áruk és a tőke szabadon mozoghat, illetve működhetnek és erősítheti a Közösségeket.

E célkitűzést „egységes” piacnak nevezték és napjainkban is az EU legalapvetőbb funkciója a közös piac működtetése.

Az egységes belső piac megteremtéséhez tartozó négy követelmény az ún. négy alapszabadság, amely az alábbi területekre vonatkozik:

- áruk mozgása,
- a tőke szabad áramlása,
- szolgáltatások szabadsága és a
- személyek szabad mozgása.

A személyek szabad mozgása magába foglalja egyrészt a munkaerő szabad mozgását, amely a „dolgozókra”, azaz munkavállalókra és alkalmazottakra vonatkozik, másrészt a letelepedés szabadságát, amely elsősorban az önálló vállalkozókra – a régi magyar terminológia szerint a kereskedőkre – és szabad foglalkozásúakra vonatkozik.

Az „alanyok” különbözősége mellett számtalan a rokon vagy éppen azonos, rendelkezés, hiszen valójában ugyanazon szabadság érvényesül csak éppen eltérő személyi körök vonatkozásában.

A szolgáltatások szabadsága és a személyek szabad mozgása az egészségügy vonatkozásában szoros kapcsolatban áll a szakképesítések (oklevelek, bizonyítványok) kölcsönös elismerésével.

Mielőtt az egészségügyi szakképesítések elismeréséről részletesebben szólnánk, bemutatjuk az oklevelek/bizonyítványok elismerésének két alapvető típusát:

Az „*akadémiai elismerés*” (Academic recognition), a továbbtanulás céljából történő iskolai végzettségi szint elismerését jelenti. Tehát aki tovább akar tanulni ezt a típusú elismerést kell kérnie.

A „*szakmai elismerés*” (Professional recognition) azaz a hivatás, vagy szakma gyakorlása céljából történő végzettség elismerését jelenti.

Az EU tagállamaiban is megtalálható ez a kettős szabályozás, de az Európai Közösségi jogi irányelvekben csak a szakmai szabályozási eljárások tartoznak.

A szakma elismerési eljárása két nagy csoportba sorolható. Az egyikbe a szabályozott szakmák, a másikba a nem szabályozott szakmák tartoznak.

Szabályozott szakmáról akkor beszélünk, ha az adott tagállam előírja, hogy a szakma gyakorlásának feltétele az oklevél vagy bizonyítvány megléte. Az egészségügyi szakképesítések legtöbbje a szabályozott szakmák körébe tartozik.

Az elfogadásnak két gyakori formája van, az egyik az ekvivalencia, ahol teljes az azonosság, a másik az elismerés. Ez utóbbi esetben minden elemet külön megvizsgálunk, és ennek alapján történik az elfogadás vagy elutasítás.

A szakképesítések elismerése az EU-ban három csoportba sorolható irányelvekkel történik:

1. Átmeneti irányelvek: elsősorban az iparral, kézművességgel összefüggő foglalkozásokat ölelték fel. Az elfogadásban jelentős szerepet kapott a mintegy 3-6 év közötti gyakorlat igazolása és erkölcsi bizonyítvány.

2. Ágazati/szektoriális irányelvek: 1975-től napjainkig nyolc szakma gyakorlását szabályozó irányelv került elfogadásra. Ebbe a csoportba tartozik az ápoló, szülésznő, orvos, fogorvos, gyógyszerész, építész és az ügyvéd szakképesítés, illetve hivatás.

Az ágazati irányelvek esetében valójában „harmonizációról” van szó. Az előírásokat a tagországok - rendkívüli eset kivételével – már a belépés előtt teljesítik azzal, hogy az irányelvekben leírtakat beépítik saját jogrendjükbe.

Mind az ápoló, mind a szülésznő képzés tekintetében ún. Tanácsadó Bizottság (Advisory Committee) működik, amelynek tagjait és a tagokat helyettesítőket a tagországok jelölik. A jelölés három évre szól, de lehetőség van újrjelölésre is.

A Tanácsadó Bizottságról szóló határozat szövege tartalmazza a bizottság főbb feladatait, összetételét, leírja vezetési strukturáját, jelölés szabályait.

Az ápoló és szülésznő oklevelek/bizonyítványok automatikus elismerése – a többször módosított – ágazati direktívák alapján történik:

Mint említettük ebbe a csoportba az egészségügyi szakdolgozói képesítések köréből, csak az alábbi két szakképesítés tartozik:

Ápolói szakképesítésre vonatkozó irányelvek:

- a) 77/452 EGK irányelv
- b) 77/453 EGK irányelv

Szülésznői szakképesítésre vonatkozó irányelvek:

- a) 80/154 EGK irányelv
- b) 80/155 EGK irányelv

Az **a) csoportba** tartozó irányelvek az ápoló és a szülésznő hivatásra vonatkozóan írják le, hogy egyes tagállamokban milyen szóhasználatot, fogalmat használnak a szakképesítés megnevezésére és milyen címet viselhetnek. Az irányelvek bemutatják a diplomákat/bizonyítványokat országonkénti megjegyzéssel, rögzítik a képzéssel járó címhasználat eljárási rendjét. Kitérnek a honosítás jogára való külön megjegyzésekre, leírják a honosítás és szolgáltatások szabad gyakorlásának joga szempontjából a közös, illetve azonos feltételeket. (Magyarországon pl.: szülésznő, ápoló és az EU tagságunkat követően ezek a szakképesítések, hivatás megnevezések védettséget élveznek).

A **b) csoportba** sorolt két irányelv, azokat a főbb elveket és szabályokat foglalja össze, amelyek az ápoló vagy a szülésznő által végzett tevékenységeket – elsődlegesen a szakképesítés oldaláról – foglalják rendszerbe.

Az irányelvekhez csatolt mellékletek rögzítik azokat az előírásokat, amelyek az ápolói, szülésznői szakképesítés egységesítését, harmonizálását szolgálják. Meghatározzák többek között a képzés idejét, óraszámát, a tanítandó tudomány területeket, az elmélet és gyakorlat arányát.

Ezeket a területeket Magyarország derogációt nem kért; 1993-tól kezdődően EU tagországok szakértőinek közreműködésével elvégeztük a harmonizációt, mind az ápoló képzés, mind a szülésznő képzés területén.

Az EU és Magyarország közötti csatlakozási szerződés V. melléklete rögzíti a szakmai címet, amelynek tulajdonosai élhetnek a csatlakozás után az oklevél/bizonyítvány elismerésével.

Az ápolói szakmai cím megnevezése: „Ápoló”

A kibocsátó szerv szerint több fajta oklevél/bizonyítvány tartozik ide:

- iskola által kibocsátott: „ápolói” bizonyítvány
- angol megnevezés: nurse

- egyetem főiskola által kibocsátott: diplomás „ápolói” oklevél
- angol megnevezés: nurse with BSc degree
- egyetem/ főiskola által kibocsátott: egyetemi okleveles „ápoló”
- angol megnevezés: nurse with MSc degree.

A szülésznői szakmai cím megnevezése: „Szülésznő”

A kibocsátó szerv szerint:

- iskola/főiskola által kibocsátott: „szülésznői” bizonyítvány:

angol megnevezése: midwife

Az ágazati irányelvek megalkotása és minden tagország által történő elismertetése számtalan nehézségbe ütközött. Van olyan ágazati irányelv, amelynek egyeztetése 17 évig tartott, ezért más megoldásokat kerestek és ún. általános irányelveket fogadtak el azon szakképesítések elismerésére, amelyek az előbb felsoroltakon túl léteznek egyes tagországokban.

3. Általános irányelvek: Mint az előzőekben említettük a szektorális irányelvek helyett a szakképesítés elismerését új filozófiára helyezték és megalkották az ún. általános irányelveket.

Itt már nem előzetes harmonizációról, hanem utólagos elismerésről van szó. Az elismerés folyamatában különböző megszorításokat tehetnek. (Pl.: a fogadó ország illetékes hatósága előírhat az alkalmassági vizsgát, vagy alkalmazkodási időt, esetleg a korábban végzett szakma gyakorlásának igazolását.)

Az **első általános rendszer:** a 89/48 EKG irányelv alapján működik és a legalább hároméves időtartamú felsőfokú szakmai képzést tanúsító okleveleket ismeri el.

A **második általános rendszer:** a 92/52 EKG irányelv alapján működik és a három évnél rövidebb időtartamú képzések, szabályozott szakmák elismerésére vonatkozik.

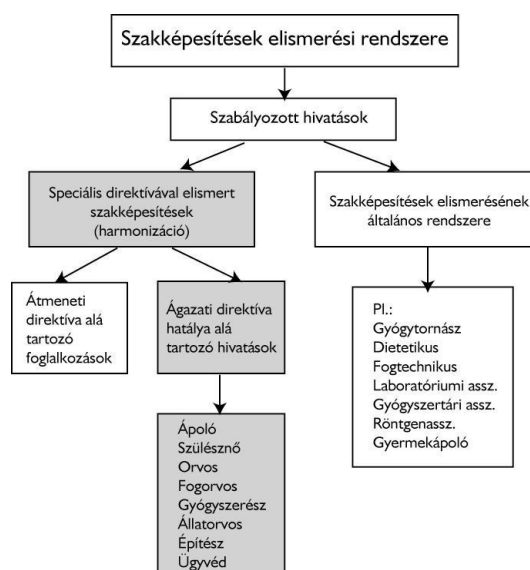
A **harmadik általános rendszer:** az 1999/42 EK irányelv alapján működik. Megalkotásával elsősorban az iparra, kereskedelemmel összefüggő ún. átmeneti irányelvek összehangolását célozták meg.

A **2001./19/EK ún. „egyszerűsítő” új irányelv** egyik fő célja az volt, hogy – a személyek szabad mozgásának gyorsabb biztosítása érdekében és a bürokrácia csökkentése céljából – tovább egyszerűsítsék a szabályozott szakmák igazolásául szolgáló oklevelek/bizonyítványok, valamint az azok által tanúsított szakképzettségek elismerésére alkalmazott különböző jogi és eljárási rendet.

A már említett az automatikus elismerést szolgáló irányelvek, amelyek közé az ápolói és szülésznői is tartozik, továbbra is érvényben vannak, bár némi könnyítést itt is eszközöltek elsősorban a rugalmatlanság, bürokrácia feloldásával.

Az előzőekben megemlített valamennyi irányelv az adott területre vonatkozóan az adott jogszabály, amelyet a későbbiek során kiegészítő módosító jogszabályok követtek. Ezekről itt nem tettünk említést, de aki mélyebben érdeklődik egy-egy irányelv iránt az alap jogszabály megkeresése mellett a kiegészítő, módosító jogszabályokat is megtalálhatja. Ezek a kiegészítő irányelvek általában egy-egy konkrét területét érintik az alapidokumentumnak és ezzel frissítik is.

Az előbb elmondottakat összefoglalásként a 2. ábrán mutatjuk be a szabályozott szakmák, hivatások szakképesítési elismerési rendszerét.



2. ábra – A szakképesítések elismerési rendszere az Európai Unióban

A gyermekápoló szakképesítés az Európai Unióban a szakképesítések általános elismerése és nem a harmonizációval történő elismerés körébe tartozik. Tehát aki alap szakképesítése során már szakosodott gyermekápolónak, egyénileg kell kérnie a szakképesítése elismerését. Magyarországhoz hasonlóan Németországban is alap-szakképesítés a gyermekápolói szakképesítés. Más európai országokban az ápolói szakképesítésre épül, mint szakosodás, hasonlóan, mint 1975 és a jelenlegi képzési rendszer bevezetése előtt Magyarországon.

A továbbiakban csak az általános irányelvek alá tartozó szabályozott szakmákra vonatkozóan foglaljuk össze a fontosabb ismereteket.

Egy szakma akkor szabályozott, ha az adott tagállamban a gyakorlásához oklevelet, vagy bizonyítványt írnak elő. A szabályozott szakmák köre országonként igen eltérő. Egy tagországban szabályozott-e az adott szakma, arról információt kaphatunk az ún. Contact point-tól.

Európában két nagy rendszer működik az oklevelek/bizonyítványok munkavállalás vagy továbbtanulás céljából történő kölcsönös elismerésére:

ENIC (European Network of National Information Centres on Academic Recognition).

NARIC (Network of National Academic Recognition Information Centres).

A két hálózat összekötésben áll számítógépes rendszerrel. Szorosan együttműködnek és gyors információt kaphatunk a keresett ország oktatási rendszerről, a kiadott oklevélről, valamint az eljárási rendekről.

EU tagállamaiban működő **NARIC** központok elérhetők www.europa.eu.int honlapon.

Magyarországon Magyar Ekvivalencia és Információs Központja (MEIK) tölti be az ENIC/NARIC feladatokat. Elérhető: www.om.hu

A www.om.hu/naric vagy www.enic-naric.net/ honlapon szinte valamennyi országra vonatkozóan részletes információt kaphatunk az oktatásról és azokról az intézményekről, amelyek egy-egy konkrét téma vonatkozásában információt tudnak adni.

Az Európai Bizottság (DG XV.) a szabályozott szakmákra vonatkozóan kiadott egy „Útmutató”-t a szakképesítésének elismerésének általános rendszerét alkalmazó országok számára.

Az Útmutató számtalan kérdést tartalmaz és egyben meg is válaszol és így igen hasznos és konkrét gyakorlati ismereteket nyújt.

Akit érdekel az útmutató teljes tartalma a <http://europa.eu.int/comm> honlapon az internal market menüponton elérheti és részletes betekintést nyerhet az EU-ban használt valamelyik nyelv megjelölésével.

Az Útmutató azonosítására a dokumentum száma **MARKT/D/8327/2001-EN** szolgál.

Hasznos információkat lehet szerezni és megismerhetők az EU jogszabályok jelentős része magyar fordításban is a <http://www.im.hu> honlapon, ahol a menü pontokon keresztül el lehet jutni az „adatbázis keresőbe”. Két módon lehet jogszabályt azonosítani szakterület vagy feltételek megadásával. A feltételek szerinti keresőhöz segítséget nyújt az ún. CELEX szám szabályos alkalmazására is.

Azok számára, akik nem tervezik az útmutatót eredeti formájában megismerni, röviden összefoglaljuk az abban szereplő főbb kérdéseket és az azokra adott válaszokat.

Az Útmutatóban szereplő kérdések és válaszok közül kiemelünk néhányat:

Mi történik akkor, ha az Ön hivatása szabályozva van a fogadó tagországban és kiterjed rá az általános rendszer.

Ahhoz, hogy a fogadó tagországban a szakmáját gyakorolhassa el kell ismertetnie a szakképesítését az adott ország illetékes hatóságával.

Hogyan tudhatja meg, hogy mely hatósághoz kell folyamodni a szakképesítés elismerése végett.

A fogadó tagországban működő kapcsolattartó (ún. contact point.) személyek segítségével és az adott ország NARIC irodája az előzőekben már említett honlapokon megtalálható.

Mely szakképesítésekre terjed ki az általános rendszer?

Azokra a szakképesítésekre, amelyeket átfogó szakmai oktatás/képzés befejezésével nyertek és ennek birtokában saját országában gyakorolhatja szakképesítésének megfelelő hivatást.

Elismerik-e automatikusan a szakképesítést?

Az általános rendszer nem rendelkezik a más tagországokban megszerzett szakképesítések automatikus elismeréséről. Az ápoló és szülésznő szakképesítés kivételével kérvényt kell benyújtani a fogadó ország illetékes hatóságához és azt egyedileg bírálják el.

Hogyan működik a szakképesítések elismerésének általános rendszere?

Amennyiben Magyarországon (mint származási tagországban) a szakképesítést gyakorolni lehet, úgy azt a meglévő formában a fogadó ország is elismeri, de mielőtt a kérelemről döntenének az illetékes hatóságok összehasonlítják az adott szakoktatást és szakképzést a fogadó országban működővel.

Amennyiben az illetékes hatóság úgy találja, hogy jelentős eltérések vannak (pl. a képzés időtartamában, szakmai tartalmában) akkor jogában áll – bizonyos feltételektől függően – az elismerést további követelményeknek való megfeleléstől függővé tenni.

Milyen további követelményeket írhatnak elő az illetékes hatóságok?

Megkívánhatják, hogy töltsön el egy adaptációs periódust, vagy tegyen le egy alkalmassági tesztvizsgát, de kérhetik azt is, hogy az adott szakképesítéssel gyakorolt és a fogadó országban megszerzett tapasztalatot igazolja. Elvben további szakmai tapasztalat bizonyítékként akkor kérhetik, ha a képesítés megszerzéséhez az adott országban legalább egy évvel rövidebb az idő, mint amit a fogadó tagországban megkívánnak. Az adaptációs periódus letöltését, vagy alkalmassági vizsga előírását akkor kérhetik, ha jelentős eltérések vannak a fogadó tagország és a magyar képzés között.

Ki dönthet az adaptációs periódusról vagy az alkalmassági vizsgáról?

A döntést általában nem az adott ország illetékes hatósága, hanem a kérelmező választhatja meg.

Megkövetelhetnek-e jellemre, jó hírnévre vonatkozó bizonyítást?

Igen, de csak abban az esetben ha a fogadó tagország állampolgáraitól is hasonlót követelnek. A fogadó tagországnak egyébként el kell fogadnia bizonyítékként, minden olyan dokumentumot amelyeket Magyarország erre illetékes hatóságai állítanak ki, de az ilyen dokumentum három hónapnál nem lehet régebbi.

Hogyan lehet bizonyítani, hogy megfelelünk-e az előírt követelményeknek?

Be kell mutatni egy, vagy több olyan értelmű és tartalmú dokumentumot, amelyet Magyarországon az illetékes hatóságok állítanak ki. Amennyiben ilyen dokumentumok nem léteznének, akkor ezek helyett be lehet mutatni pl.: közjegyző vagy más arra jogosult szakmai testület előtt tett „ünnepélyes” nyilatkozatot.

Mennyi időn belül kell a kérvényről döntést hozni az illetékes hatóságnak?

A kérelem és bármely egyéb dokumentum beérkezésétől számított négy hónapon belül.

Mi történik akkor, ha az illetékes hatóság nem hozza meg a döntést?

Lehetőség van fellebbezni az illetékes hatóság ellen, bíróságnál vagy törvényszék előtt.

Az illetékes hatóság milyen döntést hozhat?

A szakképesítést változatlan formában elismeri és az adott hivatás gyakorlása megkezdhető ugyanazokkal a feltételekkel, mint amelyek a fogadó ország állampolgáira érvényesek (pl. nyilvántartásba vétel).

Előírhatnak adaptációt, vagy alkalmassági vizsgát, vagy elutasíthatják a kérelmet.

Ez utóbbiak esetében egyértelműen indokolni kell a döntést.

Mi történik akkor, ha elutasították a kérelmet?

Az elutasításnak az indokokat tartalmaznia kell. Amennyiben ez hiányozna úgy azt kérni lehet és kérni kell ugyanis ez a dokumentum szükséges akkor, ha valaki fellebbez a bírósághoz vagy törvényszékhez. A fellebbezést a fogadó országban lehet benyújtani, ahol meggyőződnek arról, hogy a döntés összhangban van-e a közösségi joggal.

Kívánhatják-e Öntől a nyelvvizsga letételét?

A nyelvvizsga megléte nem kötelező. Az alapelvek értelmében nem is követelhetik, de jogosan kérhetnek egyes hivatások esetében bizonyos szintű nyelvismeretet különösen ott, ahol alapfeltétel a szakszerű kommunikáció megléte (pl.: az egészségügy egy része is ilyen gondoljunk csak ápoló beteg kapcsolatra).

Kérdésekkel a saját hatóságokon túl kihez lehet folyamodni?

Pl.: European Commission (Internal Market Directorate-General, Regulated Professions Unit, Building C-100, 200, rue de the Loi, B-1049 Brussels.)

Ebben a cikkben egy kis kitekintést adtunk az Európai Unióról, összefoglaltuk az egészségügyi szakképesítésekre vonatkozó elismerések főbb elveit, szabályait.

Azok számára, akik mélyebben érdeklődnek a téma iránt csokorba gyűjtöttük azokat a web-lapokat, amelyeken részletesebb információt szerezhetnek, ha valamilyen ok miatt jobban érdeklődnek az EU tagországok szakképesítésére vonatkozóan kialakított gyakorlat iránt.

E cikk megírása során a szerző azzal küzdött, hogy minél rövidebben, érthetőbben közölje mondanivalóját, de ugyanakkor a szakszerűség is megmaradjon. Reméljük, ez sikerült.

Irodalom

1. Bernek – Kondorossi – Nemeskéri - Szobi: Az Európai Unió. Cartografia Kft. 2003.
2. Csiffáry Tamás: Minden, amit tudni kell az Unióról. Kömíves Könyvkiadó 2003.
3. Guéguen, Daniel: Gyakorlati útmutató az EU-labirintushoz. Századvég 2003.
4. Horváth Zoltán: Kézikönyv az Európai Unióról. 5. Átdolgozott Magyar Országgyűlés 2002
5. Hudák-Gellér-Kiss-Lukács: A diplomák és szakképesítések kölcsönös elismerése az Európai Unióban és Magyarországon. EszCsM 2003.
6. Hudák-Gellérné: A magyar diplomák értéke az Európai Unióban. Európai Füzetek 25. MEH - Külügyminisztérium 2003.
7. I.Nagy László: Az európai integráció politikai története. Maxim Könyvkiadó Szeged, 2000.
8. Páva-Kovács: Az egészségügyi diplomák és szakképesítések elismerési rendje. Európai Füzetek 29. MEH - Külügyminisztérium 2003.

Diplomás ápoló hallgatók írásbeli záróvizsgájának számítógépes változata

Konczer Tamás

Egyetemi Okleveles Ápoló Szak I. évfolyam, PTE Eü. Főiskolai Kar

1. Bevezetés

A tesztkönyv alapját képezi az egészségügyi főiskolák vizsgáztatási rendszerének, összefoglalja a záróvizsgához szükséges ismeretanyagot. A könyvben a diplomás ápolóképzés során sorra kerülő összes témakör megtalálható. A hivatalos tesztkönyv anyagát tartalmazó vizsgaprogram gyors értékelést tesz lehetővé, a nyújtott teljesítmény azonnal lemérhető, láthatóvá tehető.

Alkalmas a záróvizsga írásbeli részének gyors, egyszerű lebonyolítására.

1.1 Interaktív számítógépprogramok a főiskolai oktatásban

A hagyományos eszköztár a kréta, tábla, tabló stb. után megjelentek az audiovizuális eszközök (diavetítő, mozgóképvetítő, hanglemez, magnetofon, írásvetítő, videó, multimédia stb.), amelyek hatékonyabbá teszik az oktatás információközvetítő funkcióját. A napjainkban végbemenő informatikai forradalom lényegesen megváltoztatja az oktatás módszertanát és eszköztárát az oktatási folyamat minden szintjén. Ez a tendencia a felsőoktatásban a legszembetűnőbb. A tanulásban egyre nő a jelentősége az informatika által megteremtett új eszközöknek és módszereknek: a multimédiának, az interaktív tanulásnak, a számítógépes szimulációnak és a telekonferenciának.

Interaktív tanulás alatt értjük a programozott oktatás hagyományaira épülő számítógépes önálló tanulási formákat. Nem passzív befogadási folyamat, mint pl. egy tankönyv, vagy előadás esetében, hanem aktív, önálló munka visszacsatolásokkal, oldalágakkal, ellenőrző pontokkal.

A számítástechnikát a gyógyítás számtalan területén már régóta sikerrel alkalmazzák. Az egészségügyi oktatásban viszont az interaktív tanulás lehetőségének hiányát tapasztaltuk. Próbálom ezt a hiányt a programmal a lehetőségekhez mérten valamelyest pótolni.

2. A vizsgáztató program ismertetése

2.1 Telepítés

A vizsgáztató program egy összetett alkalmazás, helyes működéséhez több segédprogram jelenléte szükséges a gépeken. A telepítés megkönnyítését, átláthatóságát segíti a telepítő program. (1. ábra)



1. ábra

2.2 A vizsga menete, a program működése

A program két részből áll: az egyik része a vizsgázóknak készült, a másik ún. admin résszel pedig a vizsgáztató tudja befolyásolni a vizsgalapot. Ez utóbbi természetesen csak a vizsgáztató birtokában van.


2.2.1 A vizsgáztató program

A program elindítása után a vizsgázó a személyi adatlapot tölti ki és csak ezután tud belépni a vizsgalagra. Ezt követően a „START” gombra kattint. Az „elért pontszám” mező a vizsga befejezéséig szürke marad. A vizsga végén itt jelenik meg az elért pontszám. (2. ábra)

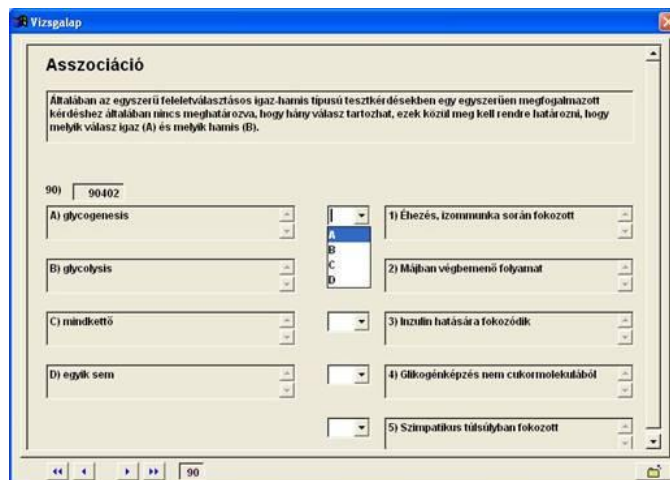


2. ábra

A helyes adatkitöltés után, a start gombra kattintva a program egy egyedi vizsgalapot generál. A kérdéstípusok és a tantárgyak arányának pontos betartása mellett a kérdések véletlenszerűen vannak kiválasztva. (3. ábra), (4. ábra)



3. ábra



4. ábra

A teszt során az alábbi kérdéstípusok szerepelhetnek:

- *Egyszerű feleletválasztás*
Általában az egyszerű feleletválasztásos típusú tesztkérdésekben egy egyszerűen megfogalmazott kérdéshez általában négy-öt válasz tartozik, melyek közül ki kell választani a leghelyesebbnek tartott választ, azaz az egyetlen helyes választ, illetve annak betűjelét.
- *Igaz-hamis egyszerű feleletválasztás*
Általában az egyszerű feleletválasztásos igaz-hamis típusú tesztkérdésekben egy egyszerűen megfogalmazott kérdéshez általában nincs meghatározva, hogy hány válasz tartozhat. Ezek közül kell rendre meghatározni, hogy melyik válasz igaz (A) és melyik hamis (B).
- *Hibakereső egyszerű feleletválasztás*
Az egyszerű feleletválasztásos tesztkérdés másik fajtája a hibakereső egyszerű feleletválasztásos tesztkérdés, melyben/melyhez (a kérdéshez) négy vagy több meghatározás/válasz tartozik, melyek közül egy helytelen állítást tartalmaz. Ezt a helytelen választ kell megtalálni és a betűjelét megadni.
- *Többszörös feleletválasztás*
A többszörös feleletválasztásos típusú tesztkérdésekben a kérdéshez tartozó négy, öt, hat vagy több válaszlehetőségből két, három vagy több válasz is helyes lehet. Minden esetben a megadott kulcs alapján kell megjelölni a helyes választ.
 - o Többszörös feleletválasztás állandó négyes kulcs alapján
 - A) Ha az 1.,2.,3. válasz a helyes.
 - B) Ha az 1. és a 3. válasz a helyes.
 - C) Ha a 2. és a 4. válasz a helyes.
 - D) Ha csak a 4. válasz a helyes.
 - E) Ha mindegyik válasz helyes.
 - o Többszörös feleletválasztás állandó ötös kulcs alapján
 - A) Ha az 1.,2.,3. válasz a helyes.
 - B) Ha az 1. 2., 3. és 4. válasz a helyes.
 - C) Ha a 2. és a 3. válasz a helyes.
 - D) Ha csak a 4. válasz a helyes.
 - E) Ha mind az öt válasz helyes.
 - o Többszörös feleletválasztás állandó hatos kulcs alapján
 - A) Ha az 1.,2.,3. válasz a helyes.
 - B) Ha az 1., 3. válasz a helyes.
 - C) Ha a 2. és a 4. válasz a helyes.
 - D) Ha az 1., 2., 4., 5. és a 6. válasz helyes.
 - E) Ha az 1., 3., 4. és 5. válasz a helyes.
 - F) Ha mind a hat válasz helyes.
 - o Többszörös feleletválasztás egyedi kulcs alapján

- **• Asszociáció**

Az asszociációs vagy párosítási típusú tesztkérdésekben fogalmak (A,B,C,D) és ítéletek/állítások (1, 2, 3, 4, 5...) találhatóak, amelyek között kell megtalálni a logikai kapcsolatot. Az ítéletek/állítások, vagy az egyik (A), vagy a másik (B) fogalomra vonatkoznak, illetve vonatkozhat mindkét fogalomra egyidejűleg (C); végül az ítélet/állítás egyik fogalomra sem igaz (D)

- **• Relációanalízis**

A tesztkérdés megválaszolásához gondosan el kell olvasni az összetett mondatot, amelynek az első része egy állítást tartalmaz, mely lehet igaz állítás, de lehet hamis. A mondat második része pedig egy indoklást tartalmaz, mely ugyancsak lehet igaz és lehet hamis. Mindezek figyelembevételével az összefüggés elemző, illetve relációanalízis típusú tesztkérdésekben a helyes válaszlehetőségek öt kombinációja adódik, melyet meg kell találni és annak betűjelét megadni.

- A) Az állítás igaz, az indoklás is igaz, közöttük ok-okozati összefüggés van.
- B) Az állítás igaz, az indoklás is igaz, közöttük nincs ok-okozati összefüggés.
- C) Az állítás igaz, de az indoklás hamis.
- D) Az állítás hamis, de az indoklás önmagában igaz.
- E) Az állítás hamis és az indoklás is hamis.

Minden kérdéscsoport előtt megtalálható a magyarázat.

A vizsgázó akár többször is végigmehet a kérdéseken, javíthat kedve szerint.

A rendelkezésre álló idő letelte után, illetve amikor végzett, a hallgató az „értékelés” gombra kattint. Ekkor a program adat archiválást, kiértékelést hajt végre, melynek során látható lesz a kérdésekre adott helyes válaszainak száma. Mivel a maximálisan elérhető pontok száma 100, ezért egy azonnali százalékos kiértékelést kap, ami tulajdonképpen az érdemjegyét tükrözi. Ez jelentősen megkönnyíti az értékelést végző tanár munkáját. Befejezéskor automatikus archiválás történik.

A teljes vizsgalap pdf formátumban mentődik. Ez kb. 25-30 oldal. Tartalmazza a vizsga időpontját, a vizsgázó adatait, az elért pontszámot, a kérdéseket, válaszokat, a helyes válaszokat és a vizsgázó válaszait is. A neve a számítógép nevéből és a sorszámból adódik. Az ingyenes Adobe Acrobat Reader nevű programmal nézhető meg a fájl. Módosítani sem tanár sem diák nem tudja. Célja: Reklamáció esetén reprodukálható a vizsga, még akkor is, ha időközben a vizsgaanyagban változtatás történt volna. A vizsga anyagát meghatározott ideig meg kell őrizni, aztán törölhető.

A rövidített kiértékelés adatbázisba mentődik. Tartalma: dátum, személyi adatok, eredmény (nem érdemjegy, hanem pontszám) és egy technikai azonosító. Ezzel az azonosítóval lehet hivatkozni a teljes vizsgalapra. Ezt a kiértékelést akár azonnal is ki lehet nyomtatni, minden vizsgázó után. A vizsgáztatás gördülékenysége miatt valószínűleg nem célszerű az azonnali nyomtatás, hanem a vizsganap végén a tanár minden gépen a későbbiekben ismertetett „Admin” program segítségével teheti meg.

2.2.2 Az Admin program ismertetése

Nincs a gépre telepítve, tehát nem „törhető” fel a vizsgázó hallgatók részéről. (Célszerű flash drive-ról vagy CD-ről futtatni.) Ha nem írható adathordozóról futtatjuk a programot (pl. CD), akkor a Mentés, adatátvitel funkció nem működik!

Az indításkor az alábbi konzol látható: (5. ábra)



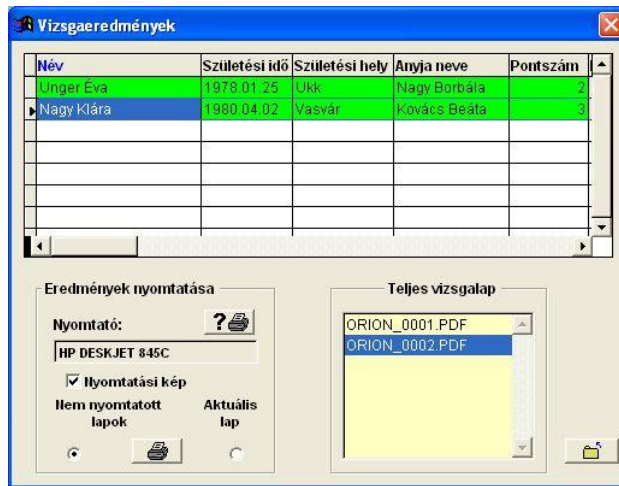
5. ábra

2.2.2.1 Vizsgalapok, eredmények nyomtatása

Nyomtatható egyenként és csoportosan is.

Azok a fájlok amelyek még nem voltak nyomtatva, megkülönböztető zöld színnel vannak kijelölve. A tanár a vizsganap végén egy pillanat alatt nyomtatóra tudja küldeni az aznapi eredményeket és az eredmények percek múlva kifüggeszthetők.

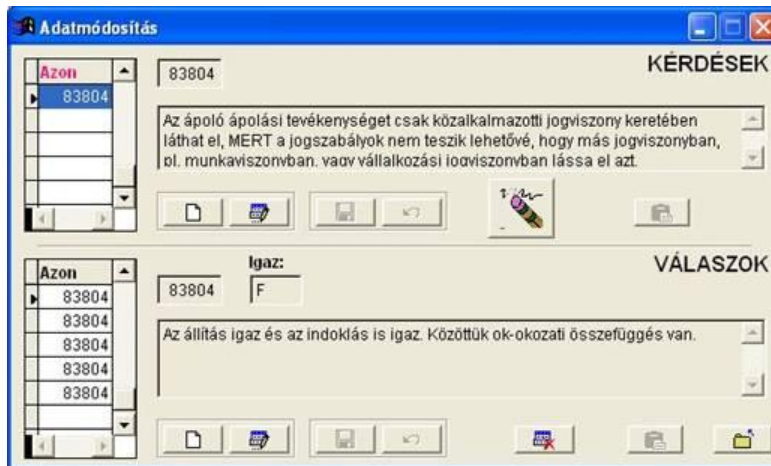
A vizsgaeredmények panelen a vizsgázók nevei és adatai láthatók: születési idő, születési hely, anyja neve, kar, dátum, technikai azonosító valamint az elért pontszám. (6. ábra)



6. ábra

2.2.2.2 Vizsgakérdések összeállítása, megváltoztatása

A kérdéstípusok és tantárgyak arányát célszerű minden évben megtartani, de lehetőség van ezek megváltoztatására, ha a karok úgy döntenek. (7. ábra)



7. ábra

Kezelése:

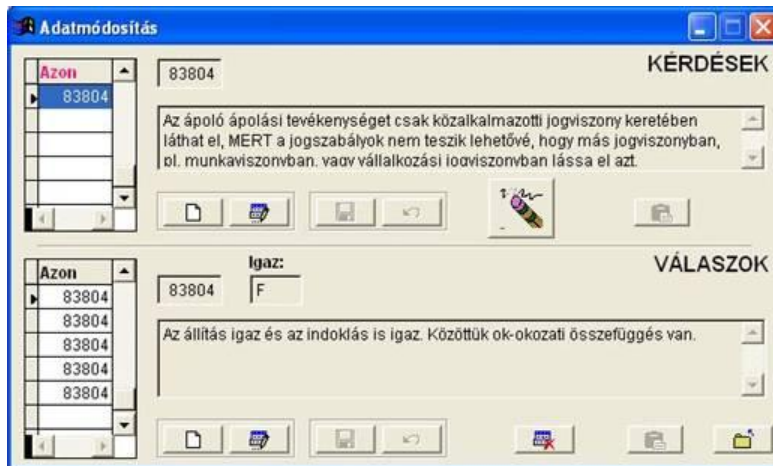
Két alapvető részre oszlik: kérdéstípus arányára, és tantárgyak arányára. A bizottság bármikor beállíthat egy új arányt a különböző kérdés és tantárgytípusok között.

Nem menthető, ha az ellenőrző összeg eltér a 100-tól.

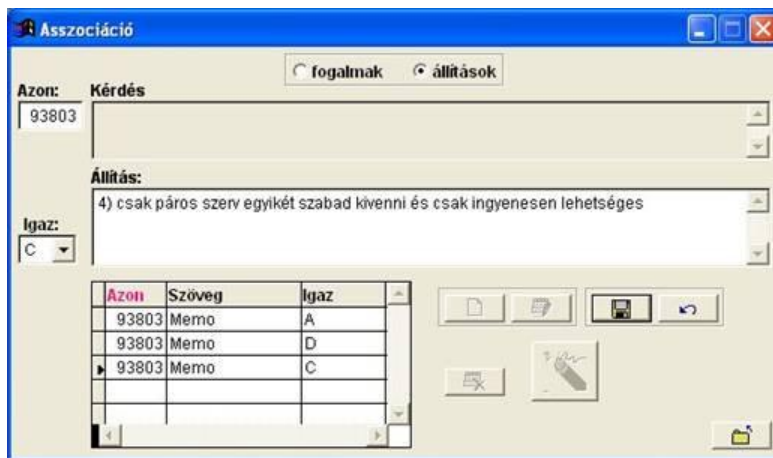
A beállítás postázható (lásd. adatátvitel).

2.2.2.3 Kérdések, válaszok karbantartása, szerkesztése

Két segédprogramból áll. Az egyik a kérdésekhez és a válaszokhoz, a másik pedig az asszociációhoz. (8. ábra), (9. ábra)



8. ábra

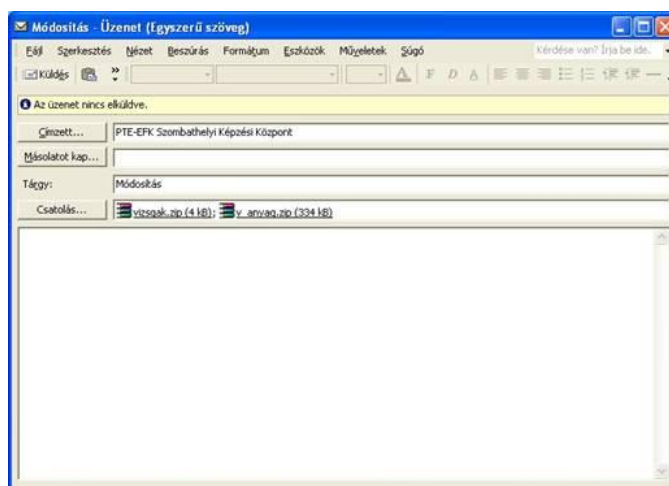


9. ábra

2.2.2.4 Adatok, módosítások mentése, szállítása

A vizsgakérdéseket a vizsgabizottság változtathatja meg. Egy központi helyen megváltoztatott adatokat tömörített formátumban (vagy anélkül) az „Admin” program hordozójára rá lehet menteni. Tömörítés esetén akár kislemez is használható. Lehet postázni, de kézben is el lehet vinni bárhova. A megváltoztatott adatokat minden vizsgáló gépére rá kell tenni. Ezt a procedúrát nyilván (ritkán) csak akkor kell elvégezni, ha a bizottság felülbírálja a vizsgakérdések összetételét vagy a vizsgaanyagot.

A vizsgálók által megírt dolgozatok ezzel a modullal nem mozgathatók, de erre nincs is szükség. A program egy külső, ingyenes tömörítőt használ, mely a háttérben fut, nem kell beavatkozni, pl. fájlokat kiválasztani stb. Az internet adta lehetőségeket felhasználva az adatokat E-mail-ben is elküldhetjük. A program a postázandó fájlokat automatikusan csatolja: (10. ábra)



10. ábra

3. Befejezés

A program előnyei a hagyományos vizsgáztatáshoz képest:

- Korrekt feladat-összeállítás, nincs két egyforma vizsgalap tehát „puskázás” kizárva
- Változtatható a vizsgaanyag, a kérdések összetétele
- A kiértékelés gyors, tévedhetetlen
- Kis helyigény
- Archiválás
- Papírspórolás
- A módosítások és változtatások egyszerű és gyors továbbításának lehetősége

3.1 Gondolatok a jelenlegi programról és a jövőről

A jelenlegi program egy 1.0-ás változatnak tekinthető. A program – mint minden más program – természetesen soha nem tekinthető véglegesnek, befejezettnek, hiszen még a nagy szoftverházak programjai is folyamatos fejlesztésen esnek át (új verziók, javítócsomagok). A bevezetés előtt széleskörű tesztelés szükséges. A program forráskódját bárki számára biztosítom. Az adatbázist felhasználva teljesen új program is írható.

A programot Visual FoxPro 6.0 fejlesztőkörnyezetben írtam.

A program jogtiszta mivoltát a Campus Szerződés biztosítja. A szerződés felhasználási korlátozásokat is tartalmaz, melyek betartandók.

Irodalom

1. Egészségügyi felsőoktatási záróvizsga teszt-kérdésgyűjtemények Általános diplomás ápolói ismeretek Sorozatszerkesztő bizottság: Dr. Boda Márta, Dr. Buda József, Dr. Mészáros Judit, Dr. Lukácskó Zsolt, Dr. Szél Éva, Dr. Zoltán Örs Tamás Medicina könyvkiadó Rt. - Budapest, 1999.
2. Nádai Péter- Rezessy Béláné: Visual FoxPro 6.0 Proxerv Informatikai, Kereskedelmi és Szolgáltató Kft., Budapest, 1998.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Tallózó

A fájdalom nem ritka és gyakran alulkezelt állapot a kórházi betegek körében – állapította meg a Chicagói Egyetem vizsgálata. Sok olyan beteg, akit a fájdalom szempontjából alacsony kockázatúnak ítélték, de mégis fájdalmat érez, fájdalmának nem megfelelő csillapításáról számolt be. A kórházi akkreditációhoz előírás, hogy legyen működő fájdalom-menedzselési program. Ennek ellenére nagyon kevés adat áll rendelkezésre a belgyógyászatban fekvő betegeket sújtó fájdalom-teher vonatkozásában, és eddig még nem határozták meg a fájdalom szempontjából alacsony kockázatra utaló tényezőket. E kérdések tanulmányozására a kutatók 5605 belgyógyászati beteg-kohorszot kérdeztek meg hazabocsátásuk után 30 nappal. A műtét utáni, kritikus állapotban lévő vagy rákos beteg nem kerülhetek be a mintába. Az eredmények azt mutatták, hogy a vizsgálati alanyok 59%-a érzett fájdalmat a kórházi bentfekvés ideje alatt, 19%-uk mérsékelt, 28%-uk pedig súlyos fokban. A fájdalomról beszámoló alanyok 18%-a vélte úgy, hogy nem volt megfelelő a fájdalomcsillapítás a kórházban, jöllehet, a kórház fájdalom-menedzselési programja megfelelt a JCAHO, a kórházi akkreditációs szervezet akkreditációs kritériumainak. A kutatók megállapították, hogy az életkor, a faj és a nem szerepet játszik a fájdalom érzékelésének és tudtul adásának módjában. A beteg jellemzői egyértelműen kapcsolódnak a fájdalom differenciált jelzéséhez, amit nem szabad szem elől téveszteni a fájdalom kezelésében és kutatásában.

*Pain Common and Often Undertreated
in Hospitalized Patients, Arch Intern Med 2004;164:175-180.*

Az ápolóhiány súlyos következményei - Az ápolói munkaterhelés és a sebészeti betegek halálózása kapcsolatban áll egymással - egy USA vizsgálat kimutatta, hogy az ápolóhiány kihathat a sebészeti betegek műtét utáni túlélésére. A Pennsylvania Egyetem kutatója munkatársaival több, mint 10 ezer ápoló körében végzett felmérést, majd áttekintette a pennsylvaniai kórházakból 2 év alatt kiírt 230 000 általános, ortopédiai és érsebészeti beteg orvosi adatait. A beteg/ápoló aránya 4:1 alattitól egészen a 8 (beteg) : 1 ápoló arányig terjedt. A szakemberek megállapították, hogy minél több beteg jut egy ápolóra, annál fokozottabb a beteg halálának

kockázata. Minden egyes további beteg, akit az ápolónak el kell látnia, 7%-kal növelte annak a kockázatát, hogy a beteg a műtétet követő 30 napon belül meghal. Ugyanakkor a lelki kimerültség és a munkával való elégedetlenség igen gyakori volt, elsősorban a legnagyobb terhelésnek kitett ápolók körében. Azok az ápolók, akiknek nagyon sok beteg volt a gondjaikra bízva, sokkal gyakrabban panaszkodtak kiégésről és a munkájukkal való elégedetlenségükről, mint azok, akik kevesebb beteget láttak el. Az előbbi ápolók közül sokan kijelentették, hogy egy éven belül ki akarnak lépni az állásukból. A kutatók megállapították, hogy a kevés ápoló veszélyezteti az ápolói felügyeletet, miáltal az ápolók nem veszik észre időben azokat a komplikációkat vagy eseményeket, amelyek potenciálisan életveszélyesek lehetnek. A szakemberek úgy vélik, hogy a munkaerő-ellátottsági szint emelése és az ápolói fluktuáció csökkentése végső elemzésben csökkenti a kórházi költségeket, és életeket is menthet. Mindez alátámasztja azt a kaliforniai törvényt, miszerint egy ápoló nem láthat el hat betegnél többet, majd egy adott idő után csak ötöt.

*Nurse Workload Tied to Surgery Patients' Survival, The Journal of the American Medical Association
2002;288:1987-1993.*

A brit Királyi Ápolási Kollégium (RCN) támogatja az Egészségügyi Minisztériumot abban a törekvésében, hogy ösztönzi a fekete és etnikai kisebbségi (BME – black and minority ethnic) közösségek tagjai körében az ápolói pálya választását. Az RCN többek között a következőket ajánlja a munkáltatók részére: biztosítsák azt, hogy a munkavállalóikat az ellátandó lakosság köréből toborozzák, és dolgozóik tükrözzék ennek a lakosságcsoportnak a sokféleségét; kísérjék figyelemmel a nővérek által ledolgozott túlórákat és vegyék fontolóra azok csökkentésére vonatkozó célok kitűzését; az ápolásvezetők fordítsanak kellő időt beosztottaik támogatására és biztosítsák megfelelő klinikai irányítási rendszerek meglétét és működését; minden ápolót évente értékelni kell, megfelelő mentort és évente minimálisan három fizetett tanulmányi napot kell számára biztosítani.