

# Az ápolási folyamat dokumentálása a gyakorlatban

Cseri Lászlóné

*egészségügyi szakoktató / egészségügyi menedzser  
Bethesda Otthonápolási Szolgálat*

Az ápolás oktatásban egy évtizede szerepel az ápolási folyamat és annak dokumentálása, sajnos a mai napig nem teljesen illeszkedett be az ápolás gyakorlatába.

Az elmúlt évtizedben szakoktatóként (iskolai, intézeti) oktatási feladatom volt az ápolási dokumentáció alkalmazásának megtanítása, a gyakorlat folyamán tanulmányoztam különféle dokumentációs rendszereket. (2) A tapasztalatom, hogy az ápolók kudarcként élték, illetve éltek meg az ápolási dokumentáció vezetését. Az ápolók igénylik a helyi és folyamatos oktatást az új rendszerek bevezetésekor. Azokban az intézetekben, ahol nem kellően készítettek elő a rendszer bevezetését, ott az ápolási folyamat dokumentálása nem vált részévé az ápolási gyakorlatnak.

Az ápolónak tudnia kell, hogy az ápolási folyamat szabja meg az ápoló tevékenységét, és a jó dokumentációban tükröződik a munkája, az ápolási folyamat a felméréstől az értékelésig.

Az ápolónak és az ápolószemélyzet – gyógytornász, dietetikus, logopédus, fizioterápiás asszisztens stb. – minden tagjának dokumentálni kell az ápolási beavatkozásokat és tanácsokat amelyeket a betegnek / páciensnek adtak. (5,6)

Az ápolásminőség javítása megköveteli az ápolási folyamat, egy adott beteg teljes körű gondozásának logisztikus és szisztematikus megközelítését. (5)

Az 1997. évi CLIV. trv. az egészségügyről 136. § előírja a dokumentáció kötelezettséget, a c) pont az ápolási dokumentációt. A 98.§ (5) rögzíti, hogy az ápolási, gondozási tevékenységről ápolási, gondozási dokumentációt kell vezetni, amely része az egészségügyi dokumentációnak.

A törvényi előírás ellenére számos intézetben és annak osztályain nem segítik az ápolási dokumentáció vezetését, ugyanakkor szakmai konferencián, szakfolyóiratokba találkozunk korszerű, az ápoló munkáját segítő dokumentációs rendszerrel. (1)

Az új dokumentációs rendszer bevezetése szemléletváltást követel az ápolás és az egészségügyi szakellátás területén.

Az tény, hogy az ápolási dokumentáció vezetéséhez idő kell, de a sikeres alkalmazáshoz olyan dokumentációs rendszert kell kidolgozni, amely tükrözi az ápolási környezet követelményeit.

Fontos az a tény is, hogy mi szerint a dokumentációs rendszer bevezetése előtt az ápolóknak meg kell tanítani a gyakorlati alkalmazást.

A gyakorlati tapasztalatom, hogy az ápolók nem lettek kellően felkészítve az új rendszer alkalmazására és a többségük kudarcként élte meg az új dokumentáció vezetését.

Ápolni bármilyen ellátási környezetben lehet rutinszerűen, feladatorientált ápolás (gyógyszerelés, kötözés, fürdetés) “ez a gyakorlat, így szoktuk” elv, az orvosi diagnózis és az előírt orvosi kezelés alapján. Természetesen a feladat orientált ápolási ellátás is lehet megfelelő és hatékony, de megjegyzendő, hogy nem mindig olyan jó, mint hinnénk. (5)

Az ápolónak tisztában kell lenni az ápolási folyamat alkalmazásának fontosságával.

Az ápolási folyamat céljai a betegre vonatkozó adatbázis létrehozása, a beteg egészségügyi szükségleteinek a felismerése, az ápolás elsődleges teendői a célok és a várható eredmények meghatározása, az ellátási / ápolási terv elkészítése és a beteg szükségleteinek kiegészítését szolgáló ápolási beavatkozások elvégzése és annak megállapítása, mennyire volt hatékony az ápolás célkitűzéseinek megvalósítása. (6)

Az ápolási folyamat az egész ápolást átfogja ennek keretében kell végezni az ápolást és ezáltal az ápolók számonkérhetően felelősek a beteggel illetve a családdal szemben. (5, 6)

Az ápolási folyamat az ápolási ellátás nyújtásának szisztematikus megközelítése, amely a következő lépéseket tartalmazza:

- állapot felmérés;
- ápolási diagnózis;
- tervezés;
- megvalósítás;
- értékelés.

A törvény 24.§-a értelmében a betegnek / kliensnek joga van a róla készült dokumentációba betekinteni, ezért nem mindegy milyen az ápolási dokumentáció. Az ápolás területein különböző dokumentációs formákat alkalmaznak, fekvőbeteg ellátás, járó beteg ellátás, szakgondozás, körzeti / közösségi ápolás, otthoni szakápolás. Milyen a jó dokumentáció?

- pontos;
- aktuális;
- tömör;

- alapos;
- jól felépített;
- bizalmas.

A dokumentációs módszerek a következők lehetnek:

- adatbázis, problémalista, terv és haladási napló;
- szubjektív, objektív felmérés és terv;
- szubjektív, objektív felmérés, terv, beavatkozás, és értékelés;
- felmérés, beavatkozás és értékelés;
- zárójelentés – ápolási;
- számítógépes dokumentáció.

Dokumentációs megfontolások az ápoló szemszögéből:

- töltsse ki az intézmény által alkalmazott ápolási lapot;
- a kitöltés legyen rendszerezett;
- csak az elfogadott elnevezéseket és rövidítéseket használja;
- járjon el törvényszerűen a kitöltésnél, minden egészségügyi dokumentáció okiratnak minősül;
- csak a tényeket szabad rögzíteni;
- a hibákat csak helyesen lehet kijavítani – nem lehet javító festéket használni, kiradírozni, áthúzni!
- mindig vezetni kell a dátumokat és a bejegyzés időpontját (óra /perc);
- az aláírás a teljes nevet és beosztást tartalmazza;
- a feljegyzéseket ellenőrizni kell, megfelelnek-e az intézetben előírt feltételeknek. (8)

Miért fontos a dokumentáció?

- információt ad a beteg / kliens állapotáról;
- átfogó információt nyújt a beteg szükségleteiről az ellátás céljairól, a beteg állapotáról és a várható eredményről;
- kommunikáció a betegellátásban részt vevő egyes részlegek ill. intézmények között;
- eszközként védi és megőrzi az ellátás folyamatosságát;
- időrendi áttekintés az ápolás eredményeiről;
- az ápolási beavatkozások hatékonyságának értékelése;
- oktatási eszköz;
- megbízható információt ad etikai és bírósági eljárásokhoz;
- adatokat nyújt az ápoláskutatásban;
- fokozódó szakmai elvárás és követelmény;
- fontos tájékoztatás a beteg/kliens ellátásában részt vevő egészségügyi szakemberek számára. (5)

Miért előnyös az ápolási folyamat dokumentálása?

- az ápolás személyre szabott ellátási, ápolási terv alapján történik;
- a betegnek nyújtott ellátás folyamatossága biztosított;
- pontosabb az információ átadás a munkatársak között;
- az ápolói szerep jobban érvényesül;
- csökken a szükségtelen feladatok végzése;
- folyamatos tanulásra ösztönöz;
- segíti az ápolókat az általuk nyújtott szolgáltatás minőségének javításában;
- fokozza a tudatosságot az ápolási beavatkozások megválasztásában.

Az elmúlt évben tartott továbbképzésen körülbelül tíz intézmény ápolási dokumentációját volt alkalmam megismerni. Az ápolási lapformák különbözőek de általánosságban a következő adatokat tartalmazzák:

(1,5,6,7,8,)

- személyi adatok;
- ápolási anamnézis;
- ápolási diagnózis vagy problémák;
- ápolási terv;
- ápolási tevékenység;
- ápolói jelentés;
- gyógyszerelés, vizsgálatok;
- elbocsátási terv és zárójelentés.

Az ápolási dokumentációt kiegészítik különböző betétlapokkal, napi ápolás, megfigyelőlap, gyógyszerelőlap, decubitus lap, folyadéknap, távozási lap, ápolási zárójelentés stb.

Ahol már rutinná vált az ápolási dokumentáció vezetése, ott érdemes vizsgálni a bejegyzések tartalmát. A dokumentációban fellelhető hibák:

- hiányos adat és anamnézis felvétel;
- a múlt szokásainak folytatása;
- az ápolási diagnózis helytelen megfogalmazása;

- az ápolási tervkészítés pontatlansága;
- az ápolási tevékenységek hibás rögzítése;
- a szegényes fogalmazás;
- elmarad az értékelés;
- távozási lap/ápolási zárójelentés hiánya;

Melyek a jó dokumentáció alapelemei?

- olvasható kézírás;
- egyértelmű szóhasználat;
- tömör legyen a szöveg;
- lényeges információt tartalmazzon;
- kerüljük a rövidítéseket, kivétel az általánosan érthetőket;
- dátum és időpont és az ápoló aláírása.

Az otthonápolási gyakorlatban eddig 4–5 alkalommal találkoztunk távozási lappal, amelyet az ápolásról állítottak ki, sajnos a tartalma nem tükrözte az elért ápolási célt, s azt hogy, mely ápolási tevékenységet szükséges folytatni. Az ápolási zárójelentés azoknak szól akik a beteg további ápolásában, gondozásában részt vesznek, – családtag, beteg, otthoni szakápoló, gyógytornász, közösségi ápoló, gondozó stb.

Mit tartalmazzon az ápolási zárójelentés?

- a személyi adatokat;
- ápolási státust;
- a gyógyszereléssel kapcsolatos teendőket;
- a testmozgás elrendelése vagy korlátozása;
- a tornagyakorlatok előírása;
- az ápolási tevékenységek, beavatkozások;
- az étkezési tanácsok;
- az oktatás témája;
- mikor forduljon orvoshoz?
- szükséges- e az otthoni szakápolás?

Otthoni szakápolást igényel a mozgáskorlátozott, a csökkentlátó, a zavart idős egyén, illetve más okból otthonához kötött egyén. (7)

Az ápolási zárójelentést az ápolásért felelős ápoló készíti el és a főnővér hitelesíti, és a távozáskor 1 vagy 2 példányát a betegnek illetve hozzátartozójának átadják.

Az ápolási zárójelentést nem helyettesíti a kezelő orvos által készített és kiadott orvosi jelentés.

Miért ragaszkodjon az ápoló az ápolási folyamat pontos dokumentálásához? Mert

- a törvény kötelez;
- rendszerezi a munkáját;
- minőségi szolgáltatást nyújt;
- kommunikációs eszköz;
- mérhetővé teszi az ápolást;
- gazdaságos az ápolás;
- védelmet ad a panaszos ügyekben;
- fontos eszköze az ápoláskutatásnak és fejlesztésnek.

A hiánytalan jelentés az ápoló folyamatos és következetes betegellátásáért viselt felelősségének az alapja.

Az a beteg, aki úgy látja, hogy az ápolók azonos módon végzik ugyan azt az eljárást, jobban bíznak bennünk.

Tudomásul kell venni, és elfogadni azt a tényt, hogy a megvalósított ápolási ellátást dokumentálni kell, hogy az ápolói csapat bármely tagja követhesse, hogy eddig mi valósult meg az ápolási tervből.

Az ápolásvezetőknek el kell gondolkodni, hogy miként segíthetik az ápolókat a szükséges és jó dokumentációvezetésben.



(A MAGYARORSZÁGI REFORMÁTUS EGYHÁZ BETHESDA GYERMEKKÓRHÁZA)

1146 Budapest, Bethesda u. 8. Tel./Fax: (36-1)-364 93-43

### ÁPOLÁSI ZÁRÓJELENTÉS

Név: ..... születésnapja: .....

Lakcím: ..... TAJ szám: .....

Elrendelő orvos: .....

Az ellátás időtartama: 200... .. ól 200... ..-ig

Elrendelő diagnózis(ok): .....

Ápolás: diagnózis(ok): .....

Az ápolás: terv alapján végzett tevékenységet eredményesen: állapot javulásával /kórházba utalás miatt /illetve exitus miatt betegezzük, /szüneteltetjük, /a megfelelőt kérjük bekarikázni.

Ápolás: vizit naponta: .., heti: ..... alkalommal történt összesen: ..... ápolás: vizit.

ALKALMAZOTT ÁPOLÁSI TEVÉKENYSÉG	ALKALMAZOTT GYÓGYTORNA / FIZIOTERÁPIA	
észlelés testi higiénia fájdalomcsillapítás infúziós kezelés: im. inj. sebellátás: műtéti, krónikus mobilizálás oktatás/család, beteg egyéb:	passzív mozgítás vezetett aktív mozgítás ízületi mobilizálás általános mobilizálás izomerősítés járás tanítás keringés javítás légzőtorna koordináció, egyensúly fejlesztés	TENS Ultrahang pakolások intraforézis Biopteron lámpa

Értékelés: .....

Dátum: .....

..... ph. ....  
ápoló / gyógytornász / fizioter. assziszt. ....  
szolgálatvezető ápoló

Kapják: beteg, irattár

Az ápolási zárójelentés az ápolási folyamat záró dokumentuma, kérjük megőrizni és szükség esetén az ápolónak megmutatni.

### Irodalom

1. Dr. Billóné Jenei Anna: Az ápolási folyamat dokumentálásának új gyakorlata. Nővér 2001. 2.
2. Bokor Nándor: Általános ápolástan – gondozástan 1. Medicina Kiadó Rt. 1989.
3. Bonnie Allbaugh: Belgyógyászati ápolástan. Medicina Kiadó Rt. 1999.
4. Jean Smith – Temle Joyc Young Jonson: Gyakorlati ápolástan. Medicina Kiadó Rt. 1997.
5. LEMON ápolási tananyag 4. Az ápolási folyamat és az ápolási dokumentáció. MEDINFO
6. Patricia A. Potter Anna Griffin Perry: Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Kiadó Rt. 1998.
7. Rice: A házi betegellátás ápolói kézikönyve. Medicina Kiadó Rt. 1998.
8. Sharon Golub: Az ápolás alapjai. Medicina Kiadó Rt. 1998.

[Vissza a  
tartalomhoz](#)

## A Helicobacter pylori elterjedtsége és ismertsége a gyomorpanaszokkal küzdő betegek körében

Pozsgai Ildikó

diplomás ápoló, Vas megyei Idősek Otthona, Táplánszentkereszt

---

**Cél:** A *Helicobacter pylori* (*H. p.*) ismertségének és a fekélybetegséggel kapcsolatos általános információk elterjedtségének megismerése gyomorpanaszokkal küzdő betegek körében.

**Módszerek és minta:** A kutatás kérdőíves vizsgálatra épült, a kérdések a *H. p.* ismertségére és a fekélybetegségek okaira vonatkoztak, a betegek számára többféle válaszadási lehetőséget biztosítottak. A megkérdezettek 100 főből álló mintát alkottak, s egy háziorvosi körzet, két megyei kórház belgyógyászati osztályai, valamint egy városi kórház gasztroszkópos vizsgálatra váró gyomorbetegjei közül kerültek ki. A betegeket életkor, képzettség, foglalkozás és szociális helyzet, valamint lakóhely szerinti csoportosításban vizsgáltuk.

**Eredmények:** A fertőzések elterjedtebbek rossz szociális és higiénés körülmények között, előfordulási gyakoriságuk mindkét nemben az életkorral növekszik. A betegek többsége még nem hallott a baktériumról, nem tudja, hogyan következik be a fertőzés.

**Következtetés:** Mivel a megkérdezettek nem ismerték betegségük hátterét, a fertőzés útjait, a megelőzés lehetőségeit, elsődleges cél a prevenció tájékoztatás, az egészségnevelés.

---

## Bevezetés

A *H. p.* egy évtizedes újralfedezése új korszakot nyitott a gasztroenterológiában, megváltoztatva elképzeléseinket számos gasztroduodenális betegség kialakulásával és kezelésével kapcsolatban. Ismereteink egyre jobban bővülnek a *H. p.* szerepéről, bár a baktériummal összefüggésbe hozható betegségek pathomechanizmusa még nem teljesen tisztázott. Ez azért is jelent gondot, mert napjainkban szinte már népbetegségnek számítanak az emésztőszerv-rendszeri megbetegedések. Mind az aktív fiatal, mind a középkorú népesség, mind pedig az idősebb korosztály jelentős hányada szenved gyomor- és bélrendszeri betegségben. A *H. p.* a legelterjedtebb humán gasztrointestinális kórokozó, az emberiség 50%-ában jelen van. A baktérium bizonyítottan szerepet játszik az akut és krónikus gastritis, ulcus ventriculi, carcinoma ventriculi kialakításában, ezért a betegség kialakulásának megelőzése az ápolók számára is fontos feladat.

## A kutatás célja

Kutatásunk célja a *H. p.* ismertségének és a fekélybetegséggel kapcsolatos általános felfogás megismerése gyomorpanaszokkal küzdő betegek körében.

## Hipotézisek

1. A kutatás során alábbi hipotéziseket kívántuk eldönteni.
2. A *H. p.* előfordulás összefügg a szociális helyzettel és életmóddal.
3. Az életkor előrehaladtával a *H. p.* fertőzöttség nő.
4. A megkérdezettek életkortól függetlenül nem hallottak a *H. p.* baktériumról.
5. A *H. p.* ismertsége függ az iskolai végzettségtől, a megkérdezettek általános műveltségétől.
6. A betegek nem ismerik a *H. p.* fertőzés terjedését.

## Kutatási módszer és mintavétel

A kutatás kérdőíves vizsgálatra épült. A kérdések a *H. p.*-ra és a fekélybetegségekre vonatkoztak, adott kérdés mellett különböző válaszlehetőségek is szerepeltek, a megkérdezett személynek csak meg kell jelölnie a kiválasztott válaszlehetőséget.

A nem véletlenszerűen kiválasztott 100 fő, a felmérésben részt vevő intézményekre reprezentatív mintát alkotott, az általuk adott válaszokat az intézményekben kezelt összes gyomorpanaszokkal rendelkező betegre vonatkoztathatjuk.

A *H. p.* fertőzés előfordulását befolyásolja a betegek életkora, így a vizsgálat során a megkérdezetteket **koruk** szerint csoportosítottuk. A **képzettség** szerinti csoportosításnál az iskolai végzettséget vettük alapul. A **foglalkozás** szerinti csoportosításnál két kategóriát állítottunk fel: szellemi foglalkozású, fizikai foglalkozású. A statisztikai mutatók szerint ez a csoportosítás irányadó lehet a betegek szociális helyzetének megítélésében. Az urbanizáció jelentősen befolyásolja az emberek életmódját, a megkérdezettek **lakóhely** szerinti megoszlása véleményünk szerint hatással van a *H. p.* előfordulására.

A fertőzés forrásairól és a terjedés módjáról egyértelmű bizonyítékok nem állnak rendelkezésre, ezért a betegek sem biztosak abban, hogy a baktériummal való fertőződés hogyan történhet. A betegeket a *H. p.* történő lehetséges fertőzési módjairól az alábbi szempontok szerint kérdeztük: öröklődik, állatokról terjed emberre, fürdőzés közben kapja meg, földdel érintkező nyers mosatlan zöldségtől kapja, egyéb (alultápláltság, gyakori betegeskedés, rossz életkörülmények) vagy nem tudja.

Vizsgálatunk során arra is rákérdeztünk, hogy a válaszadónak: gyomorpanasza van, gyomor vagy nyombél fekélye van, vagy más gyomorbetegsége van.

A különböző káros szenvedélyek hajlamosító tényezők a gyomorpanaszok és egyéb gyomorbetegségek

kialakulásában. Az emberek többsége azonban nem mond le az ilyen szenvedélyéről még akkor sem, ha már kimutatható a gyomorpanasza, fekélye vagy egyéb gyomorbetegsége lép fel. Arról is érdeklődtünk, hogy kinek milyen káros szenvedélye áll fenn (dohányzás, kávéfogyasztás, stb.)

### Eredmények

A megkérdezettek körében közel azonos volt a férfiak (51%) és nők aránya (49%). A minta életkor szerint kiegyensúlyozott volt, sokan (66%) éltek azonban kistelepülésen. Ugyancsak túlnyomó többségben voltak az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek.

A betegek életkorának előrehaladtával megfigyelhetően nőtt a fekélybetegségben szenvedők száma. A kialakított korcsoportokban vizsgálva a fekélybetegség előfordulását azt tapasztaltuk, hogy a 18-29 évesek csoportjában csupán 11%-nyi a betegek aránya, addig a 40-59 évesek körében ez az érték már 20%, a 70 év feletti csoportjában pedig 29%-os a fekélybeteg emberek előfordulása, azaz 2,6-szerese a legfiatalabb korosztálynál megfigyelt esetszámnak. Megállapítható tehát, hogy az életkor előrehaladtával jelentősen megnő a betegség előfordulása.

Amennyiben az iskolai végzettség, képzettség, és a H. p. okozta fekélybetegség előfordulása közötti összefüggést vizsgáljuk, megállapítható, hogy a betegek nagy része az érettségivel nem rendelkezők közül került ki. A 8 általánost és a szakmunkásképzőt végzetteknél 64%-os volt az előfordulás. Az iskolázottság növekedésével párhuzamosan csökkent a fekélybetegség előfordulása.

Ugyancsak az iskolázottsággal van összefüggésben az is, hogy a megkérdezett betegek hány százaléka hallott betegségének okáról, illetve a fertőzés lehetséges módjáról. Az eredményekből látható, a baktériumról a megkérdezett betegek 75%-a egyáltalán nem hallott ezt ismervé már nem volt meglepő, hogy a H. p. fertőzés módjairól mennyire tájékozatlanok voltak a megkérdezettek.

Nem meglepőek a gyomorpanaszokra vonatkozó eredmények sem, káros szenvedélyeknek a betegek jelentős része (több mint 65%-a) hódolt. A káros szenvedélyekről tudjuk, hogy a rizikófaktorok között jelentős szerepet játszanak. (Lásd. táblázat)

#### **Tájékozottság szerint**

*A./ A Helicobacter pylori ismertségével kapcsolatban*  
hallott róla

.....25

nem hallott róla .....

.....75

*B./Fertőzési módokkal kapcsolatban*

Öröklődik

.....5

Állatoktól

.....9

Fürdőzés közben

.....0

Földdel érintkező nyers mosatlan

zöldségtől

.....10

Egyéb

.....50

(alultápláltság, gyakori betegeskedés,  
rossz életkörülmények)

Nem tudja

.....20

*Káros szenvedélyek (kávé, cigaretta, alkohol) a  
gyomorpanasz és a gyomor vagy nyombélfekély közti  
összefüggés szerint*

Dohányzás ..... Igen: 78

.....Nem: 22

Alkohol..... Igen: 69

.....Nem: 31

Kávé ..... Igen: 68

.....Nem: 32

### Megbeszélés

A vizsgálati hipotézisek mindegyike esetében megerősítést tapasztaltunk. A szociális helyzet egyértelműen összefüggésben állt a betegség elterjedtségével, alacsonyabb szociális státuszt jobban kíséri a betegség fellépése. Ennek oka a higiénés körülményekben kereshető, de a tájékozottság szerepe is fontos. Ugyancsak összefüggött a betegség az iskolázottsággal, a fordított korreláció arra mutat, hogy az alacsonyabb iskolázottsági csoportokban fordul gyakrabban elő a betegség. Az okok hasonlóak az előbb említetteknel.

Általában jellemző volt, hogy nem hallottak a megkérdezettek a H. p.-ról, a betegségről és a fertőzés módjairól. Ebben az iskolázottságnak csökkenő szerepe volt, az életkornak pedig nem volt befolyása az eredményekre. Mindezek a megfigyelések azt mutatják, hogy a minta jelentős része általában információhiányban szenvedett, tájékozottsága a minimálisnál is alacsonyabb volt. Ez a tény életmódi szokásaikban is visszatükröződött, panaszaik ellenére a többség olyan káros szenvedélynek hódolt, ami kifejezetten kontraindikált az adott betegségben.

### Javaslatok

Az eredmények alapján javasolható az ápolók bevonásával kiegészített felvilágosító kampány megtervezése, amely kifejezetten a H. p. ismertségére, veszélyeire, és a fertőzés módjaira hívná fel a figyelmet a gyomorpanaszokkal már küzdő lakosság körében.

### Irodalom

1. Dr. Döbrönte, Z. (1998). Helicobacter pylori infekció és a gyomorrák. Kórház. VI. 37.
2. Dr. Tamássy, K. (1996). Gastrobulbaris elváltozások mikrobiológiai diagnosztikája és komplex kezelése: A Helicobacter pylori kóroki szerepe. Lege Artis Medicinæ. Különlenyomat 16.
3. Dr. Szalay, F. és Dr. Lakatos, P. (1999). A Helicobacter pylori és a gyomorrák. Praxis. 8. 21.

[Vissza a  
tartalomhoz](#)

## Tizenegy éves a diplomás ápoló képzés Magyarországon

**Csóka Mária**

*főiskolai adjunktus, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar*

---

*Ma már tudjuk, hogy az orvostudomány a maga csúcstechnológiájával sem képes egyedül elérni a lakosság egészségi állapotának látványos javulását. Olyan egészségügyi szakemberekre is szükség van az alapellátás és klinikai-kórházi ellátás területén, akik képesek segíteni az egyéneket, családokat, közösségeket a fizikai, szellemi és társadalmi funkcióik optimalizálásában és ehhez szélesebb medicinális, ápolástudományi és társadalomtudományi szaktudással is rendelkeznek. Magyarországon elsőként az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (ma Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar) indították el a diplomás ápolóképzést 1989-ben levelező, majd 1990-ben nappali tagozaton. Ez volt az első lépés, amely elvezethet egy jobb, színvonalasabb, individualizáltabb ápolási rendszer megvalósulásához. A képzés célja olyan egészségügyi szakemberek képzése, akik önállóan képesek a gondjaikra bízott személyek szükségleteinek felmérésére, a problémák meghatározására, az ápolás-gondozás megtervezésére, végrehajtására, értékelésére, valamint az ápoláskutatásban való részvételre. A szerző bemutatja az akkreditált képzés tizenegy éves történetét, mondanivalóját a négy legfontosabb alkotóelem – tanterv, képzésben részt vevő oktatók, gyakorló bázis, és hallgatók – köré csoportosítja.*

---

### 1. Társadalmi háttér

Társadalmunk alapvető gondját képezi a lakosság életminőségének romlása. Az alacsony születésszám mellett Európában nálunk a legmagasabb az indokolatlan halálozások száma, amely a népesség jelentős és tartós fogyását eredményezi. A szív- és érrendszeri betegségek, a daganatos betegségek és az erőszakos halálokok magas száma következtében alacsony a születéskor várható átlagos élettartam, és különösen a középkorú férfiak körében hazánk mortalitása a legrosszabb a világon. A demográfia és az orvostudomány eszközeivel nem mérhető egyéb jelenségek is arra figyelmeztetnek, hogy a népesség jelentős hányada távolodik az egészségtől.

szomatikus, pszichés és szociális harmonikus egyensúlyától. Az élet és az egészség: erre épül a társadalom működése, de az egyén boldogsága is. Ennek megfelelően az egészség értéként kezelése nem csupán az állam és a társadalom alapvető erkölcsi kötelezettsége, hanem jól felfogott gazdasági érdeke is. Látni kell, hogy az egészség ügye alapvető fontosságú stratégiai kérdés, melyen nem csupán a lakosság egészségi állapotának lépésről lépésre történő javítását kell értenünk, hanem az egészség megtartásának, fejlesztésének előmozdítását is.

## **2. Képzési előzmények**

Századunk második felében lényeges felfogásbeli változást eredményezett az *“Egészséget mindenkinek”*, mint emberi jognak a megjelenése. Ez a nézet az Egészségügyi Világszervezet 1947. évi alapítása óta fogalmazódik meg, s törekvései ezt a felfogást képviselik. *“A társadalmi felelősség alapelvei az egészségügyi szolgáltatásban az egyenlőség, hozzáférhetőség és a megfizethetőség minden ember számára”*[3]. Ezzel a világnézettel párhuzamosan az a felfogás is kialakult, hogy az egészségügy a szabad piacgazdaságban üzlet. E két ellentétes felfogás versengése jellemzi az Amerikai Egyesült Államok, de hazánk egészségügyi rendszerét is, nehezítve a problémák egyszerű megoldását. Ezzel a kihívással kell szembe néznie az ápolásnak, mint önálló diszciplínának is a következő évezredben. Éppen ezért került előtérbe közel két évtizede az a szakmai és társadalmi igény, hogy az alapellátás és a klinikai-kórházi ellátás területén olyan ápolók dolgozzanak, akik holisztikus szemléletükkel segíteni tudják az emberek egészségének védelmét, s ha elveszett, annak visszaszerzését.

Az egészségre való összpontosítás figyelhető meg az egészségügyben néhány éve tapasztalható strukturális és finansziális átalakulásban is, amely lényeges változásokat eredményezett az orvoslásban és az ápolásban egyaránt. Az egészségügyi rendszer súlypontja áttevődött a kórházi ellátásról az alapellátásra, átstrukturálódott a társadalombiztosítási rendszer és új gazdasági-finanszírozási modellek jelentek meg. A teljesítmény alapú finanszírozás bevezetése, az állam szerepvállalásának átértékelése egy gazdaságosabb, hatékonyabb, ún. *“szolgáltató”* egészségügyi rendszer létrehozása azonban újabb és újabb probléma elé állítja a szakembereket, amelyek között prioritást élvez a beteg, mint *“fogyasztó”* elégedettsége a szolgáltatásokkal, valamint a *“szolgáltató”* intézmény szakmai minősítése.

Az *1997-ben* hatályba lépett egészségügyi törvény kötelező jelleggel írja elő az egészségügyi intézményekben a *minőségügyi rendszer* működtetését. A rendszer kialakításának egyik legfontosabb feladata – a minőségügyi célkitűzés és tervezés mellett –, olyan szakemberek képzése, akik megfelelő ismeretekkel rendelkeznek egy minőségbiztosítási rendszer alapelveinek, fogalmainak, módszereinek kidolgozásához és ezen ismereteket képesek a mindennapi gyakorlatban is alkalmazni.

A beteg az ellátás minőségét a szakmai tevékenység eredményességének oldaláról tudja megítélni, melyet nem csupán az orvoslás, hanem az ápolás minősége is nagymértékben meghatároz. Ma már tudjuk, hogy az orvostudomány a maga csúcstechnológiájával sem képes egyedül elérni a lakosság egészségi állapotának látványos javulását. *“Olyan egészségügyi szakemberekre is szükség van az alapellátás és klinikai-kórházi ellátás területén, akik képesek segíteni az egyéneket, családokat, közösségeket a fizikai, szellemi és társadalmi funkcióik optimalizálásában és ehhez szélesebb medicinális, ápolástudományi és társadalomtudományi szaktudással is rendelkeznek”* [4.] Ez a szakmai és társadalmi igény rohamosan megváltoztatta az ápolói munkával kapcsolatos elvárásokat, amely az oktatásügy szerkezet- és feladatváltozását is jelentette egyben.

## **3. A magyarországi diplomás ápolóképzés**

Az első igazi áttörést az ápolói munka jobbá tétele és a hivatás presztízsének emelése érdekében az ápolóképzés főiskolai rangra emelése jelentette. Kitaposatlan útra lépett főiskolánk *1989-ben, amikor elindította a magyarországi diplomás ápolóképzést levelező*, majd *1990-ben nappali* tagozaton. Ez volt az első lépés, amely elvezethet egy jobb, színvonalasabb, individualizáltabb ápolási rendszer megvalósulásához.

Nagy történelmi múltú főiskolánkon még viszonylag új képzésnek számít a *diplomás ápolói szak*, de máris előkelő helyet foglal el a választható szakok sorában. A képzés sikere multikauzális, egy sor személyi és tárgyi feltétel együttes jelenléte szükséges hozzá, melyek közül négy alapvető tényező emelhető ki: a korszerű tanterv, megfelelő szakmai felkészültséggel rendelkező oktatószemélyzet, jól felszerelt gyakorló bázis, és nem nélkülözhető az aktív hallgató sem.

### **3.1. A diplomás ápoló képzés tanterve**

Főiskolánk Magyarországon elsőként indította el az egészségügyi szakemberek főiskolai szintű képzését *1975-ben. Az eltelt 25 év munkájának eredménye, hogy az itt dolgozó oktatók körében olyan hatalmas mennyiségű gyakorlati tapasztalat halmozódott fel, amelyre bizvást építhetünk a képzési program kidolgozásánál.*

A képzés tantervét – egy előzetes országos kutatás alapján – a felhasználók (egészségügyi intézmények) igényeihez igazítva készítettük el, amely program az *Európai Unió* országaiban elfogadott *irányelveknek is megfelel.*

Eszerint a diplomás ápolóképzés célja olyan gyakorlati szakemberek képzése, akik mélyebb medicinális és ápolástudományi ismereteket szereznek, a gyógyító-ápoló szakterületen átfogóbb, a nemzeti egészségmegőrző



programot feldolgozó alkalmazásképes tudás és gyakorlati készség birtokába jutnak.

Célunk továbbá, hogy a képzés során készüljenek fel hallgatónk az ápolási műveletek végzésére, gyakorlati oktatására, az egészségnevelői-szervezői feladatok ellátására és a team munkában való részvételre.

### **Tudománycsoportok moduláris rendszere**

*Szakkműveltség egészségtudományi alapjai modul:* Alkalmazott biológia, Anatómia, Alkalmazott élettan–kórélettan, Gyógyszertan, Mikrobiológia, Közegészségtan-járványtan, Alkalmazott kémia, Egészséges csecsemő, Ápolástan, Elsősegélynyújtás, Informatika.

*Szakkműveltség társadalomtudományi alapjai modul:* Filozófia, Általános és egészségügyi etika, Szociológia alapjai, Orvosi-és egészségszociológia, Szociálpolitika, Jogi ismeretek alapjai, Egészségügyi jogi ismeretek, Egészségügyi menedzsment, Közgazdaságtan alapjai, Egészségügyi gazdaságtan.

*Személyiségfejlesztés, társas hatékonyság modul:* Általános és személyiség-pszichológia, Életkorok pszichológiája, Személyiség- és kommunikációfejlesztés, Egészségpedagógia, Szociálpszichológia, Beteg ember lélektana.

*Szaktantárgyak modul:* Belgyógyászat és ápolástan, Sebészet és ápolástan, Aneszteziológia és ápolástan, Szülészet-nőgyógyászat és ápolástan, Csecsemő- gyermekgyógyászat és ápolástan, Neurológia és ápolástan, Intenzív terápia és ápolás, Pszichiátria és ápolástan, Alapellátás és ápolástan, **Dietoterápia, Fizioterápia**, Toxikológia, Alkalmazott informatika, Addiktológia, Népegészségtan, Egészségügyi műszaki alapismeretek, Ápolásetika, Ápoláskutatás.

*Kiegészítő tantárgyak modul:* Idegen szaknyelv, Orvosi latin, Munka- és tűzvédelem.

*Alternatív tantárgyak modul:* Kardiológia, Endoszkópia, PIC, Transzplantáció, Családorvoslás, Természetgyógyászat, stb.

*Szabadon választható tantárgyak modul:* Ápoláskutatás, Minőségbiztosítás az ápolásban, Vallástörténet, Egészségügyi menedzsment, Etika az ápolásban stb.

*Szakmai gyakorlatok modul:* Általános ápolástan, Belgyógyászati ápolás, Bőrgyógyászati ápolás, Szemészeti ápolás, Sebészeti ápolás, Fül-orr-gégészeti ápolás, Urológiai ápolás, Szülészeti-nőgyógyászati ápolás, Aneszteziológiai ápolás, Intenzív ápolás, Csecsemő- és gyermekgyógyászati ápolás, Neurológiai ápolás, Pszichiátriai ápolás, Alapellátás.

A modulok tudatosan egymásra épülnek, s a négy- éves képzési idő alatt az elmélet és a gyakorlat aránya 40:60%. A klinikai szakmai tantárgyak magas óraszámú az azt fejezi ki, hogy a képzés tanterve gyakorlati készség szerző képzést tűzött ki célul. A képzés gerincét az “Ápolástan” című tantárgy alkotja, a tantervben centrális helyet foglal el. Valamennyi alap, alapozó szaktantárgy azt szolgálja, hogy e tantárgyat különböző oldalról megalapozza, kiegészítse. Képzési céljelleget mutatja, hogy a “Komplex záróvizsga” tárgyát is ez képezi. Ez a tény nélkülözhetetlenné teszi az Ápolástan az alapozó tantárgyakkal való didaktikai koncentrációját és a szaktantárgyakkal történő integrációját. A kötelezően előírt tantárgyak mellett, kötelezően választandó, alternatív tantárgyak is szerepelnek a tantervben, amelyeket a hallgatók igényei szerint szerveztünk meg az egyes területeken. Az oktatás az ott dolgozó szakemberek részvételével történik. A meghirdetett kurzusok kiválasztásánál az vezérelt bennünket, hogy hallgatóink ismereteit integrálva, aktív közreműködésükkel keltsük fel érdeklődésüket az eddig kevésbé hangsúlyozott speciális területek iránt (például: kardiológia, endoszkópia, ultrahang, izotóp diagnosztika, sürgősségi betegellátás, családi orvoslás, természetgyógyászat stb.).

### **3.2. A diplomás ápolóképzésben részt vevő oktatók**

Képzési programunk teljesítése a képzésben részt vevő oktatóktól megköveteli, hogy szakmára orientáltak, az ápolásra való felkészítésben jártasak legyenek. Az Ápolástan Csoport tagjai sorában minden szakterületnek (belgyógyászati ápolás, sebészeti ápolás, szülészeti-nőgyógyászati ápolás, csecsemő- és gyermekgyógyászati ápolás, aneszteziológiai ápolás, intenzív ápolás, neurológiai ápolás, pszichiátriai ápolás, alapellátás) több éves betegágy melletti gyakorlattal rendelkező képviselője van, akik saját tapasztalattal rendelkeznek az ápolás terén. Olyan több diplomás, egyetemet végzett szakemberek, akik a gyakorlati munkatársakkal történő folyamatos kapcsolattartás révén nyújtanak naprakész ismereteket hallgatóinknak. A klinikai szaktantárgyak elméleti és gyakorlati oktatásába a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának (volt Orvostovábbképző Intézet, majd Orvostovábbképző Egyetem, majd Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem) orvosait vontuk be, akik már a tantárgyi programok elkészítésében is részt vettek. Ezzel igyekszünk biztosítani az elmélet és a gyakorlat egységét. Ügyelünk arra, hogy az előadások és gyakorlatok mindig körvonalazzák a diplomás ápoló

kompetenciakörét, önálló feladatainak bővülését. Arra törekszünk, hogy a kiscsoportos gyakorlati foglalkozások "műhelymunkává", valódi vitatkozó-konzultáló gyakorlati fórummá váljanak. Ehhez felhasználjuk az oktatási metodológiák széles választékát, melyet mindig az adott helyzethez adekváтан tudatosan, tervszerűen választunk meg.

a) *Az oktató munkáján alapuló módszerek*

- bemutatás – elbeszélés
- előadás – szemlézés
- leírás

b) *Az oktató-hallgatók közös munkáján alapuló módszerek*

- közlés – ismétlés
- beszélgetés – gyakorlás
- magyarázat – ellenőrzés, értékelés
- konzultáció – betegbemutató

c) *A hallgatók önálló munkáján alapuló módszerek*

- laboratóriumi megfigyelés,
- betegmegfigyelés,
- egyes ápolási beavatkozások végzése,
- ápolási dokumentáció vezetése,
- önellenőrző feladatok elkészítése.

Új, nemzetközi kitekintésű szakanyagot oktattunk, felhasználjuk a legújabb cikkeket, könyveket, módszertani anyagokat. Áttekintjük az alap- és szaktantárgyak tananyagát, és saját oktatási anyagunkban hivatkozunk azok ismeretanyagára, visszautalunk az ott tanultakra. A didaktikai koncentráció egyes témaköreit az ápolástan oktatók az alapozó tantárgyak oktatóival közösen határozzák meg. A különböző tantárgyak oktatói a saját tárgyukat az Ápolástan tantárgy integráns részének tekintik.

A nem szakirányú középiskolából felvett hallgatók az első évben demonstrációs gyakorlótermi keretek között sajátítják el az Ápolástan című tantárgy alapvető ápolási tevékenységeit. Itt "kórtermi felszerelés" alkalmazásával, illetve audio-vizuális szemléltetéssel tesszük "életközeli", rendszerezővé az oktatást. Az első év végén pedig megkezdődik a közvetlen betegség melletti gyakorlat.

A kiscsoportos foglalkozásokon a tananyag feldolgozása szemináriumi módszerekkel, szituációs és szimulációs gyakorlatok alkalmazásával történik. A hallgatók hazai és külföldi szakirodalomból referálókat, kiselőadásokat tartanak, amelyek megbeszélése az egész évfolyammal közösen történik. A videokamera használatát fokozatosan vezetjük be: először a hallgatók egymást figyelik meg, így kapnak visszajelzést működésükről, majd később a videofilm visszajátszása objektív módon tükrözi magatartásukat.

A nappali és levelező tagozaton az eltérő elméleti és gyakorlati óraszámok ellenére a tananyagtartalom azonos, tehát sikeres záróvizsga esetén a megszerzett oklevél is ekvivalens. Mindebből egyenesen következik, hogy az azonos színvonal elérése érdekében eltérő módszereket kell alkalmaznunk a két tagozaton. Nyilvánvaló, hogy a nappali tagozaton – ahol jóval több óraszám áll a rendelkezésünkre –, inkább az előadás, kiscsoportos szemináriumi foglalkozás élvez elsőbbséget, a levelező tagozaton pedig olyan módszerek alkalmazására van szükség, amely kompenzálja a kevesebb óraszámot, segíti a hallgató egyéni felkészülését, ugyanakkor biztosítja a feszesen irányított tanulási folyamat minden mozzanatának kézben tartását.

Ilyen megfontolások alapján vezettük be *1996-ban*, a levelező hallgatók *távoktatási módszerekkel* történő képzését, amely számos innovatív tanítási módszer együttes alkalmazásával igen hatékonynak bizonyult.

Létjogosultságát a hazai képzési rendszerben azzal alapozta meg, hogy a záróvizsga eredményeket összevetve az itt tanulók *teljesítménye nem maradt el* a nappali tagozaton végzettekétől, ezen kívül ez a módszer képes csak rövid időn belül az egészségügyi átalakuláshoz szükséges, magasabb diplomás ápolói igény kielégítésére.

Természetesen az új módszer a megszokottól eltérő óratípusok bevezetését is jelentette, ahol a tanár vezető szerepét a tananyag veszi át. Mindehhez a már meglévő tankönyveinket ki kellett egészíteni olyan tanulást segítő tananyagokkal, útmutatókkal, amelyek megkönnyítik a levelező tagozaton tanuló hallgatók eligazodását a főiskolai követelményekből adódó sokrétű feladatok között. Fontos követelmény számunkra az is, hogy az újonnan írt tanulási segédanyagok, jegyzetek, szöveggyűjtemények jól használhatóak legyenek a nappali tagozaton tanuló hallgatók számára is. A távoktatás módszereit a gödöllői Nemzeti Távoktatási Tanács és a Közép-Magyarországi Regionális Távoktatási Központ által szervezett kurzuson sajátítottuk el, ahol gyakorlati vizsga keretében kellett számot adnunk a távoktatási tananyag-készítés elsajátításáról.

A tanulási útmutatók írása folyamatos, s ma már valamennyi tantárgy tanulásához rendelkezésre állnak a segédanyagok. Az elméleti és gyakorlati oktatással, illetve a főiskolai követelményekkel kapcsolatos problémák megbeszélésére hallgatói – oktatói értekezleteken adunk lehetőséget, s az itt hallott hallgatói véleményeket figyelembe véve tervezzük meg további tevékenységünket.

Mindezek alapján az oktató feladatának tekintjük, hogy a különféle tantárgyak tantervi anyagán belül – elmélyítve az orvostudományi ismereteket – *ismertesse meg* hallgatóival a klinikai orvostudományok köréből a *betegségek etiológiáját, patogenezisét, a diagnosztikában alkalmazott vizsgáló módszereket és fontosabb*

gyógyeljárásokat:

- *biztosítson olyan gyakorlati szituációkat, amelyekben a hallgatók az elméleti ismereteiket felhasználva a különböző terápiás és ápolási beavatkozásokat speciális szakmai környezetben gyakorolhatják;*
  - *nyújtson kitékintést a nemzetközi tapasztalatokra, ismertesse meg az ápolási műveletek hatékonyságának elemző eljárásait, a nemzeti egészségmegőrző program feladatrendszerét;*
  - *ismertesse meg a hallgatókat a diagnosztikus és terápiás beavatkozásoknál szükséges közreműködésükkel az ápolás önálló, nem önálló és együttműködő funkciói alapján, valamint az újabb eszközökkel, műszerekkel, számítógépes eljárásokkal;*
  - *alakítsa ki azokat a jártasságokat, készségeket, amelyek a biztonságos munkavégzéshez szakmai – jogi - etikai vonatkozásban egyaránt nélkülözhetetlenek;*
  - *alakítsa ki a gyógyítás–ápolás–gondozás egységének szemléletét, készítse fel a hallgatókat az ápolási folyamat, mint módszer gyakorlati alkalmazására a betegellátás során;*
  - *tegye képessé az akut életveszélyes állapotok felismerésére, az adekvát életmentő intézkedések megtételére és az eljárások alkalmazására;*
  - *alakítsa ki az emberközponú, empátiás készségen nyugvó, humanitárius ápolói magatartást, felelősségteljes szolgálatot és egészségvédő magatartást [5].*
- Mindezekkel *tegye alkalmassá a diplomás ápolót a különböző ellátási területeken (alap-, szak- és kórházi ellátás) történő helytállásra.*

### 3.3. A megfelelő gyakorlóbázis

A diplomás ápolóképzés tanterve elsősorban a klinikai ápolási gyakorlatok keretében teszi lehetővé az ismeretszerzéssel koordinált és megfelelő mennyiségű gyakorlatot, vagyis a szükséges jártasságok és készségek elérését.

A *szakmai gyakorlatok* legfőbb kérdése, hogy hogyan, milyen módszerekkel lehet megoldani azt a feladatot, hogy az ápolási gyakorlatok valóban kifejlesszék azokat a jártasságokat, készségeket, amelyek alkalmassá teszik a hallgatót az egészségügy bármely területén a korszerű munkavégzésre. Továbbá kérdés az is, hogy ezzel párhuzamosan hogyan fejleszthetők ki azok az emberi tulajdonságok, amelyek az eredményes gyógyító-ápoló munkához feltétlenül szükségesek. Nos, mindezek nagyon fontos tantervelméleti kérdések, amelyeknek megoldása az elkötelezett főiskolai oktatók, a gyakorlatvezetők és a hallgatók közös munkájában rejlik. A gyakorlatok követelményrendszerét úgy állítottuk össze, hogy azok mindig a különböző tantárgyak elméleti anyagához kapcsolódjanak, és a tevékenységek köre fokozatosan bővüljön.

A hallgatóknak a készségek kialakítása során el kell jutniuk:

- a bemutatással demonstrált gyakorlati tevékenység szemléletes megismerésétől,
- az oktató által irányított gyakorláson át,
- az önállóan végzett tevékenységig.

A gyakorlatok képzési szintjei:

I. szint: A **főiskola demonstrációs termeiben** végzett, közvetlenül az elméleti programhoz kapcsolódó, kontakt óra jellegű, tanóraszerűen végzett gyakorlat a főiskolai oktató vezetésével.

II. szint: A **klinikákon** (fekvőbeteg osztályokon) szervezett, *tanóraszerű*, kiscsoportos gyakorlat, amelynek során az orvos- és ápoló gyakorlatvezető a szemléltető demonstráció eszközeivel mutatja be az egyes diagnosztikus, terápiás eljárásokhoz tartozó tevékenységeket, valamint a betegségek tüneteit és a különböző technikák gyakorlati alkalmazását a *betegbemutatók során*.

III. szint: A **klinikákon** (fekvőbeteg osztályokon) és az *alapellátás területén szervezett kiscsoportos gyakorlat*, amely a betegellátás szakmai folyamatai, a csoportos együttműködő tevékenység és az interdiszciplináris döntéshozatal tényleges gyakorlására ad lehetőséget. *Ezen a szinten a gyakorlatvezető a team vezetője.*

IV. szint: Az *önálló szakmai tevékenység* gyakorlása hosszabb idejű, egybefüggő, egyéni gyakorlati munkavégzés során a betegellátás meghatározott területein.

A különböző szintek teljesítésével, a gyakorlati oktatás keretében nyílik lehetőség a legújabb diagnosztikus és terápiás eszközök, műszerek bemutatására, a számítógépes eljárások alkalmazására, valamint a készségszinthez szükséges gyakorlásra.

A képzési cél elérésének feltétele: *a megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező gyakorlóbázis kiépítése.* A tárgyi feltételek javítása az intézet gazdasági helyzetén, a vezetés hozzáállásán, valamint sikeres pályázatok megírásán múlik. A főiskola a gyakorlatvezetők munkáját továbbképzésekkel, *“Módszertani kézikönyv”* kidolgozásával, valamint folyamatos munkaértekezletekkel segíti. A kézikönyv bemutatja a *“Gyakorlati képzés”* célját, feladatát, részletezi az *“Irányított klinikai ápolási gyakorlatok”* tematikáját tantárgyanként. A *“Szakmódszertani”* fejezetben a gyakorlatvezető megismerkedhet a gyakorlatok hatékonyságát biztosító didaktikai feladatokkal, a tanítás-tanulás módszereivel és a gyakorlatvezetésre történő felkészülés lépéseivel. Mindezek gyakorlati megvalósításához teljes részletességgel kidolgozott *“Ápolási dokumentációt”* és a *“Tananyag feldolgozását”* tartalmazó konkrét terveket is ajánlunk.

A kézikönyv tehát útmutatást ad a gyakorlatok megszervezéséhez, az elő- és utómegbeszélések levezetéséhez, és

konkrét példákon keresztül nyújt módszertani segítséget a különböző szaktantárgyak keretében az ápolási beavatkozások megtanításához.

Az eddig eltelt időszakban sikerült az ország szinte valamennyi járó- és fekvőbeteg intézményével jó szakmai kapcsolatot kialakítani és néhányukkal együttműködési-szerződést kötni. A *“Klinikai Oktatási és Demonstrációs Ápolási Egységek”* kialakítása és az *“Oktató Kórházak”* akkreditációja azóta is folyamatos, melyben a hallgatók által történő értékelésnek is nagy szerepe van. A gyakorlati értékelő lapon nem csupán a hallgató teljesítményének minősítésére van lehetőség, hanem a hallgató is véleményezheti a gyakorlóterület felkészültségét, felszereltségét, a személyzet attitűdjét, magatartását és nem utolsósorban a róla kialakított értékelést is. A *Hallgatói-oktatói értekezleteken* lehetőség nyílik a problémák megbeszélésére, amely befolyásolja további döntéseinket a gyakorlóhelyek kiválasztásában.

Köztudott, hogy a hallgatók számára az ápolás filozófiai tartalma csak akkor válik megérthetővé, feldolgozhatóvá, ha annak megvalósulását valós élethelyzetben, a közvetlen betegellátás során tapasztalhatják meg. Éppen ezért félbecsülhetetlen értékű főiskolánkon – a hagyományos heti egy-két napos gyakorlattal szemben – a diplomás ápolóképzésben a szemeszterenkénti több hetes, összefüggő klinikai ápolási gyakorlat, amely lehetőséget biztosít hallgatóinknak egy-egy ellátási terület jobb megismerésére, a betegek folyamatos megfigyelésére, a terápiás és ápolási terv megvalósítására, valamint tevékenységük eredményének értékelésére. Ezért tartjuk lényegesnek az ápolási gyakorlatok meghatározott tematika alapján történő irányítását is, valamint azt, hogy a hallgatók és a gyakorlatvezetők is megismerjék a gyakorlatok célkitűzéseit, feladatait.

Hallgatóink számára is készült egy módszertani könyv *“A klinikai ápolási gyakorlatok kézikönyve”* címmel, amely összefoglalja a négy év valamennyi gyakorlatával kapcsolatos tennivalókat. Ugyanazokat az információkat tartalmazza, mint a gyakorlatvezetők számára készített kézikönyv azzal a kiegészítéssel, hogy a gyakorlatra történő ráhangolódást önellenőrző feladatok segítik. Így szeretnénk megkönnyíteni a szakmai gyakorlatokra történő felkészülést, továbbá fokozni hallgatóink motivációját a minőségi ápolás megvalósítására.

### 3.4. A hallgatók személyisége

A korszerű betegellátás komplex tevékenység, amely sokoldalúan képzett, felelősségteljes ápolók közreműködését igényli. Az a hagyományos szemlélet – miszerint a jó ápoló az, aki az orvosi utasításokat pontosan végrehajtja –, ma már nem tartható.

A feladatok egyre bővülő köre megköveteli az egészségügyi rendszertől, hogy az ellátás minden szintjén gondolkodó, kreatív, önállóan cselekvő ápolók tevékenykedjenek, akik képzettségüknek megfelelően vesznek részt a beteg ellátásában. Természetesen mindehhez olyan elméleti és gyakorlati képzést kell biztosítanunk hallgatóinknak, amely alkalmassá teszi őket az új kihívásoknak történő megfelelésre, s egyben világossá teszi az egészségügyi team minden tagja számára a diplomás ápoló felelősségét, kompetenciáit az egyes beavatkozásoknál és eljárásoknál.

Olyan gyakorlati szakemberek biztosítása a cél, akik képesek értelmiségi funkciót betölteni, azaz értik az elméleteket és képesek azokat a problematikus helyzetekben alkalmazni, kritikai elemzés alá venni azok hasznosságát, és kreatív megoldásokat kidolgozni.

Ez teljes összhangban áll azzal az igénnyel, hogy őket bármely ellátási környezetben lehessen alkalmazni, legyen kórház vagy közösség, így használva ki teljes mértékig az erőforrások egyre csökkenő szintjét a leghatékonyabb és leggazdaságosabb módon.

Közismert tény, hogy aktivitás nélkül nincs tanulás és tanulás nélkül nincs személyiségfejlődés. Csak azt lehet tanítani, aki akar tanulni, és motiválni is csak azt lehet, aki erre lehetőséget ad. Ez a kiindulási alap a hivatásra nevelés küzdelmes folyamatában, melyet még számtalan egyéb tényező befolyásol. Hallgatóink előképzettsége, életkora, családi állapota, és gazdasági helyzete különböző. Vannak, akik szakirányú középiskolákból érkeznek és vannak, akik gimnáziumokból. Közülük sokan dolgoztak, illetve dolgoznak az egészségügy valamely területén és vannak olyanok is, akik még soha sem láttak beteget. A levelező tagozaton 10, 15 éves munkaviszonnyal rendelkező hallgatók is tanulnak, akik többgyermekes családayak, vagy családapák, de az 1-2 gyermeket nevelő hallgató a nappali tagozaton sem ritka. Ma már nem csak a levelező, hanem a nappali tagozatos hallgatók többsége is dolgozni kényszerül a tanulás mellett, ennek megfelelően motiváltságuk, érdeklődésük és attitűdjük is eltérő. Eddigi oktatói tapasztalataim azt igazolják, hogy a hallgatói - oktatói együttműködés csak akkor jön létre, ha minden résztvevő megérti a célokat, az egyéni oktatói erőfeszítéseket, és a tantervi elvárásokat.

Természetesen van néhány hallgató, akinél négy év sem elegendő a becsületes együttműködés kialakításához – az említett motivációs és jellembeli különbözőségek miatt –, de szerencsére többségük nagyon aktív és korán felismeri, hogy a képzési követelmények a diplomás ápoló értékeit tükrözik. Tudatosak és öntevékenyek, képesek a tananyagot jó színvonalon elsajátítani és képesek azok gyakorlati alkalmazására is. A képzés sikerességét a felvételi jelentkezések létszámalakulása is igazolja (1. táblázat)

Év	Levelező tagozat	Nappali tagozat
----	------------------	-----------------

	Jelentkezett	Felvételt nyert	Oklevelet szerzett	Jelentkezett	Felvételt nyert	Oklevelet szerzett
1989	127	25				
1990	182	78		52	43	
1991	195	41		76	93*	
1992	217	36		125	70	
1993	518	62	19	85	55	
1994	486	71	60	83	67	26
1995	369	101	43	48	67	58
1996	335	75	37	347	65	46
1997	384	129	47	453	85	40
1998	390	116	63	371	79	33
1999	412	116	94	341	83	44
2000	265	117	47	256	86	42
2001	394	111	41	200	82	34
Összesen	4274	1078	451	2437	875	323

(Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Tanulmányi Osztály előadásának összeállítása)  
*A felvett hallgatók száma azért magasabb a jelentkezettekénél, mert más intézményekből is elfogadtuk az átjelentkezőket.*

1. táblázat – A diplomás ápolói szak hallgatóinak létszámalakulása a levelező és nappali tagozaton

#### 4. További céljaink

Célunk megteremteni a diplomás ápolók számára is a PhD fokozat megszerzésének lehetőségét Magyarországon. Ehhez kidolgoztuk az egyetemi ápoló képzés tantervét, amely újabb és újabb kihívásokat jelent az oktatók és az egészségügyi dolgozók számára egyaránt. A kredit rendelet értelmében elkészítettük a diplomás ápolóképzés kredit tantervét, amely lehetőséget nyújt az egyes képzési típusok közötti átjárhatóságra, és biztosítja a nappali és levelező tagozat tantervének egységesítését.

Célunk továbbá saját stabil gyakorlatvezetői team kiépítése és a *“Klinikai Oktatási és Demonstrációs Ápolási Egységek” folyamatos kialakítása*. Az eltelt tizenegy év alatt felhalmozódott tapasztalatainkat a képzés szakmai követelményeivel kapcsolatban folyamatosan felhasználjuk tantervfejlesztő munkánk során, s rendszeres konzultációk, továbbképzések szervezésével segítjük gyakorlatvezető munkatársainkat.

Közös felelősségünk, hogy a gyakorlatok ne csak teljesítendő feladatot, hanem valódi elkötelezettségből fakadó komplex folyamatot jelentsenek, melynek során hallgatóink gondolkodó, kreatív, önállóan cselekvő ápolókká válnak, és nem csak szaktudásuk gyarapodik, hanem teljes személyiségükben felkészülnek hivatásuk gyakorlására.

#### 5. Összefoglalás

Magyarországon elsőként az Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán (ma Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar) indítottuk el a diplomás ápolóképzést 1989-ben levelező, majd 1990-ben nappali tagozaton.

Az ápolóképzés főiskolai rangra emelésével az ápolás minőségének fejlesztésén túl nem titkolt célunk volt az is, hogy az egészségügyi szakdolgozók hierarchiájában az ápolót is az őt megillető helyre állítsuk és bebizonyítsuk a kételkedőknek az ápoló kulcsszerepét a betegellátásban. Ma, amikor a műszaki tudományok és a technika rohamos fejlődése mellett az orvostudomány valamennyi területén jelentős előrelépésnek lehetünk tanúi, nem feledkezhetünk meg az ápolás fejlesztéséről sem (WHO).

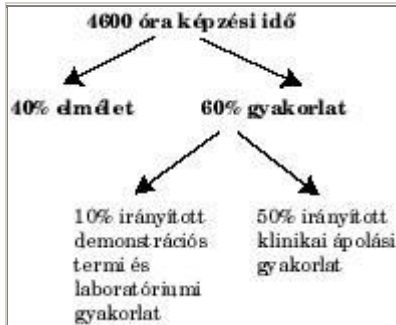
A képzés sikeréhez egy sor személyi és tárgyi feltétel együttes jelenléte szükséges, amelyek közül a legfontosabbak: a korszerű tanterv, a jó szakmai felkészültséggel rendelkező oktatók, a megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel működő gyakorlóbázis, és az aktív hallgatók.

Eddig elért eredményeink:

– akkreditált diplomás ápolóképzés;

- “második esély” azoknak a felnőtt dolgozóknak, akik levelező szakon tanulhatnak;
- magas fokú általános műveltséggel rendelkező; sokoldalúan képzett főiskolai végzettséggel rendelkező szakemberek képzése.

### Eurokonform tananyag



- moduláris rendszerű tanterv;
- bemeneti szabályozás;
- kimeneti szabályozás;
- munkaerő tervezés és gazdálkodás biztosítása.

*A klinikai gyakorlatok magas óraszama jelzi, hogy a képzés célja olyan egészségügyi szakemberek képzése, akik önállóan képesek a gondjaikra bízott személyek szükségleteinek felmérésére, a problémák meghatározására, az ápolás-gondozás megtervezésére, végrehajtására, értékelésére, valamint az ápoláskutatásban való részvételre.*

Ezen tevékenységek ellátása nemcsak elméleti ismereteket, hanem olyan jártasságokat, készségeket feltételez, amelyeket csak jól felszerelt, optimális tárgyi és személyi feltételekkel rendelkező oktató osztályokon lehet megszerezni, ahol a hallgató munkáját egy gyakorlatért felelős ápoló és orvos gyakorlatvezető irányítja.

A program teljesítése a képzésben részt vevő oktatóktól megköveteli, hogy szakmára orientáltak, az ápolásra való felkészítésben jártasak legyenek. *Igazán ott lehet hatékony a gyakorlat, ahol a gyakorlatvezető ápoló és orvos mélységeiben ismeri és elfogadja azt a képzést, melynek hallgatóit oktatja. A szakmai felkészültséghez társuló pedagógiai attitűd mellett igen fontos szempont, hogy a gyakorlatvezető viselkedése és személyisége mintaként jelenik meg a hallgató számára.*

Felméréseink és tapasztalataink is azt igazolják, hogy végzett diplomás ápolóink mára az egészségügyi ellátás meghatározó személyiségei, képesek bármilyen ellátási területen helyállni, és ők állíthatók annak a változásnak a homlokterébe, melyre az egészségügyi rendszernek oly régóta szüksége van.

### Irodalom

1. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar tanterve.
2. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Tanulmányi Osztály statisztikai összeállítása.
3. Doris M. Modly: Ápolás a jövőben – a harmadik millennium kihívásai. Nővér, 1997. 10. évfolyam 6. 3-5.
4. Csóka Mária: Kitaposatlan úton. Elsőként Magyarországon: diplomás ápoló képzés Nővér, 1992. 5. 6.
5. Csóka Mária: Módszertani kézikönyv a klinikai ápolási gyakorlatok vezetéséhez. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, 2001.

[Vissza a tartalomhoz](#)

## 2001. évi CVII. törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról

(A törvényt az Országgyűlés a 2001. december 18-i ülésnapján fogadta el.)

Annak érdekében, hogy a többszektörűvé vált egészségügyi ágazatban az egészségügyi közszolgáltatások és az orvosi tevékenység hatékonyan szolgálják az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben meghatározott célok valóra váltását és ezáltal elősegítsék a lakosság egészségi állapotának javulását, továbbá az egészségügyi dolgozók helyzetének javítását, az Országgyűlés a következő törvényt alkotja:

## **BEVEZETŐ RENDELKEZÉSEK**

1. § E törvény hatálya az egészségügyi közszolgáltatásokra, az azokat nyújtó egészségügyi intézményekre, az egészségügyi közszolgáltatás nyújtását szolgáló vagyontárgyakra, továbbá az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egészségügyi dolgozókra terjed ki.

2. § (1) E törvény alkalmazásában

*a) egészségügyi közszolgáltatás:* a részben vagy egészben az államháztartás terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás;

*b) orvosi tevékenység:* minden olyan önállóan, felügyelet nélkül gyakorolható egészségügyi szolgáltató tevékenység, amelynek végzését jogszabály orvosi (fogorvosi) végzettséghez köti;

*c) progresszív ellátás:* a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló egészségügyi intézményrendszerre épülő, a betegek egészségi állapotának összes jellemzője által meghatározott szinten nyújtott ellátás;

*d) teljes egészségügyi szakfeladat:* a külön jogszabály szerinti egészségügyi felsőfokú szakirányú

szakképesítéssel ellátható egészségügyi szakterülethez kapcsolódó egészségügyi szolgáltatások összessége;

*e) egészségügyi részfeladat:* a teljes egészségügyi szakfeladaton belül szakmailag, területileg vagy időben elkülöníthető és önállóan ellátható egy vagy több egészségügyi szolgáltatás.

(2) Az (1) bekezdésben foglaltakon túl e törvény alkalmazásában az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. §-ában foglalt fogalom-meghatározásokat kell figyelembe venni.

## **I. AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZSZOLGÁLTATÁSRÓL VALÓ GONDOSKODÁS**

Az egészségügyi közszolgáltatásról való gondoskodás

**3. § (1)** Az egészségügyi közszolgáltatásról való gondoskodás magában foglalja különösen

*a) a progresszív ellátás adott szintjének megfelelő egészségügyi közszolgáltatás nyújtásának szervezését,*

*b) a közszolgáltatást nyújtó állami (önkormányzati) egészségügyi intézmények fenntartását; valamint*

*c) a közszolgáltatás finanszírozását.*

(2) Az egészségügyi közszolgáltatás biztosításáról az állam

*a) a helyi önkormányzatok,*

*b) az Egészségügyi Minisztérium,*

*c) az egészségügyi közintézményt fenntartó minisztériumok (a továbbiakban együtt: ágazati minisztérium), illetve*

*d) az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató felsőoktatási intézmények (a továbbiakban a)-d)*

*pont alattiak együtt: egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv), valamint*

*e) az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (a továbbiakban: OEP) útján gondoskodik.*

(3) Az egészségügyi közszolgáltatásról való gondoskodás keretében

*a) a helyi önkormányzatok feladatainak az e törvényben meghatározott szakmai szabályok, valamint a külön jogszabályban foglaltak szerint tesznek eleget;*

*b) az Egészségügyi Minisztérium feladatköre – a külön jogszabályban meghatározott kötelezettségeken túl – azokra az egészségügyi közszolgáltatásokra terjed ki, amelyek a progresszív ellátás felső szintjein elhelyezkedő országos és/vagy regionális feladatot, illetőleg speciális ellátási igényt elégítenek ki;*

*c) az ágazati minisztériumok feladatköre - a külön jogszabályban foglaltak szerint - elsősorban az adott ágazat munkavállalóinak, szolgálati jogviszonyban lévő dolgozóinak, illetve igényjogosultjainak az ágazat jellegéből adódó egészségügyi ellátására terjed ki;*

*d) az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató felsőoktatási intézmények feladatkörére a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvényben, valamint a 13-15. §-okban foglaltakat kell alkalmazni;*

*e) az OEP feladatköréről külön jogszabály rendelkezik.*

(4) Bármely egészségügyi szolgáltató – a külön jogszabályban foglaltaknak megfelelően – jogosult egészségügyi közszolgáltatás nyújtására, amennyiben az OEP-pel finanszírozási szerződést köt.

**4. § (1)** Amennyiben az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv egészségügyi ellátási kötelezettségeit nem saját tulajdonában vagy fenntartásában lévő egészségügyi intézmény útján látja el, az ellátás megfelelő színvonalú teljesítése, illetve az ellátás biztonsága érdekében az egészségügyi szolgáltatóval a 6-7. § szerinti szerződést köt.

(2) Az az egyház, amely a Magyar Köztársasággal, illetve annak Kormányával egészségügyi feladatok ellátására is kiterjedő megállapodást kötött vagy köt, a megállapodásban foglalt feltételekkel a 6-7. § szerinti szerződések megkötése nélkül jogosult egészségügyi közszolgáltatás nyújtására.

**5. § (1)** A 6-7. § szerinti szerződés megkötésére vonatkozó szándékot – a (4) bekezdésben foglalt kivétellel – nyilvános pályázat útján kell meghirdetni. Az újabb szerződés megkötésére vonatkozó pályázatot legkésőbb a szerződés lejártá előtti hat hónappal kell meghirdetni.

(2) A pályázat elbírálása során - érintettségük esetén - ki kell kérni

*a) a területileg illetékes megyei (fővárosi) orvosi, illetve gyógyszerész kamarának,*

*b) az érintett betegek érdek-képviselői szervezeteinek,*

*c) a kórházi felügyelő tanácsnak,*

*d) az egészségügyi intézmény szakmai vezetőtestületének, valamint*

e) az egészségügyi dolgozók országos szakmai szervezete helyi képviselőinek, valamint – a külön jogszabályban foglaltaknak megfelelően – érdekképviseleti szervezeteinek a véleményét.

(3) A pályázat elbírálása során figyelembe kell venni

a) a pályázó szakmai felkészültségét, illetve – már működő pályázó esetén – tapasztalatait,

b) az ellátás biztonságát szavatoló tényezőket,

c) az ellátás színvonalának emelését szolgáló befektetéseket,

d) az alkalmazottak továbbfoglalkoztatására vonatkozó kötelezettségvállalást, illetőleg

e) már működő pályázó esetén a pályázó korábbi tevékenységére vonatkozó, a pályázati kiírásban meghatározott szakmai mutatókat.

(4) Nem kell nyilvános pályázatot hirdetni, ha a közszolgáltatás nyújtására a 4. § hatálya alá nem tartozó más közintézmény útján, az egészségügyi alapellátás körében vagy egyházi tulajdon visszaadásával összefüggésben kerül sor.

#### Feladatellátási szerződés

**6. § (1)** Feladatellátási szerződést kell kötni azzal az egészségügyi szolgáltatóval, amely az egészségügyi közszolgáltatást az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv tulajdonában levő létesítményben és/vagy eszközökkel nyújtja.

(2) A szerződés kötelezően tartalmazza

a) a területi ellátási kötelezettség pontos megjelölését,

b) az ellátandó feladatok tételes meghatározását,

c) a feladatok ellátásának színvonalát mérő mutatókat,

d) az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv által rendelkezésre bocsátott létesítmények és eszközök jegyzékét,

e) a létesítmény-fenntartási (üzemeltetés és rendes karbantartás, illetőleg állagmegóvás és felújítás) kötelezettségek tartalmát,

f) a gép-, műszer és egyéb állóeszközök fenntartására, felújítására és pótlására vonatkozó rendelkezéseket, ideértve az értékcsökkenéssel kapcsolatos költségviselés kérdését is,

g) a közszolgáltató által alkalmazott munkavállalók további foglalkoztatásával kapcsolatos kérdéseket, valamint

h) a szerződés felmondásának szabályait, beleértve a felmondási időt és annak garanciáját, hogy a folyamatos ellátás biztosítása nem szenved sérelmet,

i) a feladatot ellátó azon kötelezettségét, hogy évente beterjessze a vele szerződött egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv részére pénzügyi és vagyonmérlegét,

j) a feladatot ellátó kötelezettségét, miszerint amennyiben tartozása és egyéb kötelezettség vállalása 60 napon belül nem kerültek kiegyenlítésre, erről haladéktalanul értesíti a vele szerződött egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szervet.

(3) Eltérő megállapodás hiányában az egészségügyi szakellátás körében a (2) bekezdés e)-f) pontjai szerinti kötelezettségek a közszolgáltatásról gondoskodó szervet terhelik.

#### Feladatátvállalási szerződés

**7. § (1)** Feladatátvállalási szerződést kell kötni azzal a 6. § (1) bekezdésének hatálya alá nem tartozó egészségügyi szolgáltatóval, amely az egészségügyi közszolgáltatást a saját tulajdonában vagy használatában levő létesítményben és eszközökkel nyújtja.

(2) A szerződés kötelezően tartalmazza - az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv által rendelkezésre bocsátott létesítmények és eszközök jegyzékének kivételével – a 6. § (2) bekezdésében meghatározottakat.

(3) Ha a feladatátvállalási szerződés keretében, illetve ahhoz kapcsolódóan a közszolgáltatás nyújtására szolgáló ingatlan is értékesítésre kerül, akkor a 10. §-ban foglaltakat is alkalmazni kell.

#### A szerződéskötés közös szabályai

**8. § (1)** A 6-7. §-ok szerinti szerződés legalább három, de legfeljebb huszonöt évre; az alapellátás körében kötött szerződés határozatlan időre köthető meg.

(2) Nem köthető a 6-7. §-ok szerinti szerződés azzal a vállalkozással vagy nonprofit szervezettel, amely gyógyszer, illetve orvostechnikai eszköz gyártásával, forgalmazásával foglalkozik, valamint amelynek tagjai között közvetlenül vagy más vállalkozáson keresztül közvetetten gyógyszergyártó és -forgalmazó, illetve orvostechnikai eszközt gyártó és -forgalmazó vállalkozás van.

(3) Az alapellátás kivételével a 12. § (3) bekezdése szerinti egészségügyi közintézmény, egyház, továbbá közhasznú szervezet köthet feladatellátási, illetve feladatátvállalási szerződést.

(4) A törvény 6-7. §-ai, illetőleg 9. §-a szerinti szerződés megköthető a működési engedéllyel még nem rendelkező jogi személlyel, jogi személyiséggel nem rendelkező társasággal, illetve természetes személlyel is azzal, hogy a szerződés csak a működési engedély jogerőre emelkedésével válik érvényessé.



Alvállalkozói szerződés

**9. § (1)** A 6-7. §-ok szerinti szerződést megkötő egészségügyi szolgáltató a szerződésben felsorolt egészségügyi közszolgáltatások ellátására további szerződést (a továbbiakban: alvállalkozói szerződés) csak az egészségügyi közszolgáltatásokról gondoskodó szerv előzetes hozzájárulásával köthet. Amennyiben az egészségügyi szolgáltató alvállalkozói szerződést kíván kötni, az erre irányuló ajánlatot az adott szolgáltatást nyújtó egészségügyi dolgozóknak köteles megtenni. Az érintett egészségügyi dolgozók 30 napon belül nyilatkoznak szerződéskötési és egészségügyi szolgáltatóvá válási szándékukról. Az egészségügyi szolgáltató az ajánlattal megegyező feltételekkel más egészségügyi szolgáltatóval akkor kötheti meg az alvállalkozói szerződést, ha az érintett egészségügyi dolgozók nyilatkozata nemleges vagy a szerződés megkötésére irányuló szándéknyilatkozat ellenére sem jött létre alvállalkozói szerződés.

(2) Nem köthető alvállalkozói szerződés

a) az intézeti gyógyszertár működtetésére, továbbá

b) *azzal a vállalkozással vagy nonprofit szervezettel, amely gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz gyártásával, forgalmazásával foglalkozik, valamint amelynek tagjai között közvetlenül vagy más vállalkozáson keresztül közvetetten gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszközt gyártó, forgalmazó vállalkozás van.*

(3) Az egészségügyi szolgáltató alvállalkozói szerződést – a (4)-(5) bekezdésben foglalt kivétellel – csak teljes egészségügyi szakfeladat ellátására köthet.

(4) A külön jogszabályban foglalt feltételek fennállása esetén részfeladat ellátására is köthető alvállalkozói szerződés, amennyiben az az egészségügyi szolgáltatás egységes színvonalát, folyamatosságát és biztonságát nem veszélyezteti.

(5) A szakellátás körében a területileg vagy időben elkülönülő részfeladat ellátására is köthető alvállalkozói szerződés azzal az egészségügyi szolgáltatóval, melynek tagjai a szerződés megkötésének időpontjában kizárólag az adott szolgáltatást nyújtó egészségügyi dolgozók közül kerülnek ki, ide értve az egyéni egészségügyi vállalkozót is.

(6) Alvállalkozásba adásnak minősül minden olyan szerződés, amelyet az egészségügyi szolgáltató valamely egészségügyi közszolgáltatás ellátása érdekében más egészségügyi szolgáltatóval köt. Az alvállalkozói szerződésben meghatározott egészségügyi közszolgáltatás ellátására további alvállalkozói szerződés nem köthető.

(7) Az (1)-(6) bekezdésekben foglalt rendelkezéseket az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv tulajdonában álló, illetve az általa fenntartott egészségügyi szolgáltatóra is megfelelően alkalmazni kell.

Az egészségügyi célvagyon

**10. § (1)** A közszolgáltatásokról gondoskodó szerv által egészségügyi közszolgáltatás nyújtására értékesített ingatlan vagyontárgy egészségügyi célvagyonnak minősül, kivéve ha a vagyontárgy megszerzője egy másik egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv.

(2) Az egészségügyi célvagyon az egészségügyi közszolgáltatás nyújtásán túlmenően a szabad kapacitások kihasználása érdekében kizárólag csak egészségügyi szolgáltatás nyújtására és azzal összefüggő feladatok ellátására használható, illetve hasznosítható.

(3) Az egészségügyi célvagyon tulajdonosa az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szervnél kezdeményezheti, hogy az eredeti vagyontárgy helyére új vagyontárgy kerüljön. Az egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szerv akkor adja ehhez hozzájárulását, ha az új vagyontárgy működtetése legalább változatlan színvonalon biztosítja az adott közszolgáltatás nyújtását, továbbá területi elhelyezkedése a közszolgáltatás igénybe vevői számára nem jelent aránytalan sérelmet. A hozzájárulás megadása esetén és feltéve, hogy az egészségügyi hatóság véleménye szerint az új vagyontárgy megfelel a jogszabályi feltételeknek, az eredeti vagyontárgy célvagyon jellegének törlése mellett az új vagyontárgy minősül egészségügyi célvagyonnak.

(4) Amennyiben azért nem indokolt az egészségügyi célvagyoni jelleg fenntartása, mert az adott egészségügyi közszolgáltatási feladat megszűnt vagy más formában kerül ellátásra, és ennek tényét az egészségügyi hatóság igazolja, az egészségügyi szolgáltató kezdeményezi az ingatlan célvagyoni jellegének törlését az ingatlan-nyilvántartásból.

(5) Az egészségügyi célvagyon felszámolási eljárás során történő értékesítése esetén az (1) bekezdés szerinti közszolgáltatásokról gondoskodó szervet, illetőleg az általa kijelölt egészségügyi közszolgáltatót elővásárlási jog illeti meg. Ha az elővásárlási jog jogosultjai e jogukkal nem élnek, akkor az ingatlan az egészségügyi célvagyon minősítés törlése mellett értékesíthető.

(6) A vagyontárgy egészségügyi célvagyoni jellegét, továbbá az (5) bekezdés szerinti elővásárlási jogot az ingatlan-nyilvántartásba be kell jegyeztetni.

## II. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK

Az egészségügyi szolgáltatók típusai

**11. §** Az egészségügyi szolgáltatók egészségügyi intézmény, valamint egészségügyi egyéni vagy - egészségügyi intézménynek nem minősülő - társas vállalkozás formájában látják el tevékenységüket.

Az egészségügyi intézmények

**12. §** (1) Az egészségügyi intézmény egészségügyi közintézmény, egyházi egészségügyi intézmény vagy egészségügyi magánintézmény lehet.

(2) Azt az egészségügyi intézményt, amelyben az állam vagy a helyi önkormányzat

a) többségi tulajdonnal rendelkezik, és

b) közszolgáltatást nyújt,

e törvény alkalmazása szempontjából egészségügyi közintézménynek kell tekinteni.

(3) Szakellátást nyújtó egészségügyi közintézmény – törvény eltérő rendelkezése hiányában – az alábbi szervezeti formákban működhet:

a) *központi költségvetési szerv,*

b) helyi önkormányzati költségvetési szerv, illetőleg

c) *közhasznú társaság.*

(4) Egyházi egészségügyi intézménynek minősül a külön törvénynek megfelelően egyházi jogi személyként működő egészségügyi intézmény.

(5) Egészségügyi magánintézménynek minősül az intézmény, amely nem tartozik a (2) vagy (4) bekezdés hatálya alá.

Az egészségügyi közintézmény szakmai fejlesztési programja

**13. §** (1) Az egészségügyi közintézmény – a külön jogszabályokban meghatározott szakmai és egyéb feltételeknek megfelelően – a szakmai fejlesztési programban (a továbbiakban: fejlesztési program) foglalt keretek között működik. A fejlesztési program ötéves időtartamra szól.

(2) A fejlesztési program tartalmazza:

a) a gyógyító-megelőző feladatok összetételének változtatásával,

b) a jelentősebb felújításokkal és fejlesztésekkel,

c) a humán erőforrások fejlesztésével, valamint

d) a minőségbiztosítással és minőségfejlesztéssel összefüggő koncepciókat, valamint számszerűen is megalapozott terveket.

(3) A fejlesztési program elkészítéséről az egészségügyi intézmény vezetése gondoskodik. Az elkészítés során ki kell kérni az egészségügyi hatóságnak, valamint a kórházi felügyelő tanácsnak, a területileg illetékes megyei (fővárosi) orvosi, illetve gyógyszerészeti kamarának, a megyei egészségbiztosítási pénztárnak, továbbá az érintett szakmai és betegeket képviselő szervezeteknek a véleményét is.

(4) A fejlesztési programot fel kell terjeszteni

a) jóváhagyás céljából az illetékes egészségügyi közszolgáltatásról gondoskodó szervhez (3. §), valamint

b) a jóváhagyást követően tájékoztatás céljából az Egészségügyi Minisztériumhoz.

(5) Nem kell fejlesztési programot készíteni a kizárólag alapellátást nyújtó egészségügyi intézményben.

Egyetemi klinika

**14. §** (1) Az egyetemi klinika az orvostudományi (egészségtudományi) képzést folytató egyetem (a továbbiakban: egyetem), illetve az egyetem által létrehozott klinikai központ keretében működtetett olyan szervezeti egység, amely a progresszív ellátás felső szintjén és a területi ellátási kötelezettség keretében nyújtott gyógyító-megelőző feladatainak keresztül biztosítja az adott szakterület – elméleti és gyakorlati képzését is magába foglaló – graduális, illetve postgraduális oktatását (tancélú betegellátás).

(2) Az egyetemi klinika szakterületét illetően kapcsolatot tart más egészségügyi intézményekkel, részt vesz az orvostudomány adott ágának elméleti és gyakorlati fejlesztésében, illetve e területen kutatómunkát végez.

(3) Az egészségügyi intézmény a klinika elnevezés használatára csak az (1)-(2) bekezdésekben foglaltak teljesítése esetén jogosult.

Klinikai központ

**15. §** (1) Az egyetem a hozzá tartozó egyetemi klinikák gyógyító-megelőző feladatainak ellátására - az oktatási miniszter előzetes hozzájárulásával - egyetemi klinikai központot (a továbbiakban: klinikai központ) alapíthat.

(2) A klinikai központ közhasznú társaságként hozható létre. A klinikai központban az egyetemen kívül üzletrészt – az egyetem döntésétől függően – csak a klinikai központ betegellátó tevékenységében érdekelt helyi önkormányzat, minisztérium, valamint az egyetemi klinika betegellátó tevékenységében részt vevő munkavállaló szerezhethet azzal, hogy az államnak a többségi üzletrésszel és a taggyűlésen leadható szavazatok több mint felével kell rendelkeznie.

Oktató kórház és oktató kórházi osztály

- 16. §** (1) Az egészségügyi képzés, szakképzés és továbbképzés gyakorlati szakmai ismereteit – az egyetemmel kötött szerződés alapján – olyan egészségügyi intézmény is nyújthatja, amely nem minősül egyetemi klinikának.
- (2) Az (1) bekezdés szerinti egészségügyi intézmény az egyetem döntése alapján használhatja az “oktató kórház” elnevezést.
- (3) Amennyiben a képzési feladatokat csak az egészségügyi intézmény egyes szervezeti egységei látják el, az (1)-(2) bekezdésben foglalt szabályok értelemszerű alkalmazásával ezen szervezeti egységek jogosultak az “oktató kórházi osztály” vagy az “oktató kórházi egység” elnevezés használatára.

Az egészségügyi vállalkozás

- 17. §** (1) Az egészségügyi vállalkozások körében egészségügyi szolgáltatás egyéni egészségügyi vállalkozóként vagy társas vállalkozási formában nyújtható.
- (2) Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásában szereplő és a külön jogszabályokban meghatározott szakképzettséggel rendelkező személy jogosult egyéni egészségügyi vállalkozási tevékenység folytatására.
- (3) Az egyéni egészségügyi vállalkozó érvényes működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában a saját nevében és saját felelősségére nyújtja a működési engedélyében meghatározott egészségügyi szolgáltatásokat.
- (4) Az egyéni egészségügyi vállalkozó a vállalkozási tevékenységéből eredő kötelezettségeiért teljes vagyonával korlátlanul felel.
- (5) Az egyéni egészségügyi vállalkozó nem lehet más vállalkozás korlátlanul felelős tagja.
- (6) Társas egészségügyi vállalkozás a hatályos jogszabályoknak megfelelő szervezeti formákban, érvényes működési engedély és felelősségbiztosítási szerződés birtokában folytatható.
- (7) A társas egészségügyi vállalkozás jogosult a nevében az “orvosi praxisközösség” elnevezés használatára, feltéve, hogy tagjai között kizárólag csak orvosok (fogorvosok) vannak.

### III. AZ ORVOSI TEVÉKENYSÉG VÉGZÉSÉNEK FORMÁI

**18. §** Orvosi, fogorvosi (a továbbiakban együtt: orvosi) tevékenység

- a) alkalmazott orvosként,  
b) szabadfoglalkozású orvosként, valamint  
c) vállalkozó orvosként  
látható el.

Alkalmazott orvos

- 19. §** (1) Az alkalmazott orvos orvosi tevékenységet munkajogviszony, közalkalmazotti jogviszony, köztisztviselői jogviszony vagy szolgálati jogviszony keretében folytathat.
- (2) Az alkalmazott orvos jogviszonyára az adott jogviszonyra vonatkozó külön jogszabályok rendelkezései irányadóak.
- (3) Az alkalmazott orvos szabadfoglalkozású orvosi tevékenységet nem folytathat. Ez a korlátozás nem vonatkozik arra az orvosra, aki alkalmazotti jogviszonyt nem orvosi tevékenységre létesített.
- (4) Az alkalmazott orvos a munkakörébe tartozó feladatok tekintetében az őt alkalmazónál egészségügyi vállalkozóként (további jogviszonyban) nem folytathatja tevékenységét.

Szabadfoglalkozású orvos

- 20. §** (1) Szabadfoglalkozású orvosnak minősül az az orvos, aki szerepel az orvosok működési nyilvántartásában, orvosi szakirányú szakképesítéssel rendelkezik, továbbá a (2) bekezdés szerinti szerződéseket megkötöti.
- (2) Orvosi tevékenységet a szabadfoglalkozású orvos akkor folytathat, ha érvényes felelősségbiztosítási szerződése van, és a 21-22. §-ok szerinti orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződést kötött.
- (3) A szabadfoglalkozású orvos tevékenységét – az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződésben meghatározott keretek között – szakmailag önállóan, saját felelősségére végzi.
- (4) A szabadfoglalkozású orvos által nyújtott egészségügyi szolgáltatás során vagy azzal összefüggésben a betegnek okozott kárért közvetlen módon az egészségügyi szolgáltató felel.
- (5) A szabadfoglalkozású orvos részére a külön jogszabály szerinti működési engedély beszerzésére nincs szükség.
- (6) Ha e törvény vagy ennek végrehajtására kibocsátott rendelet, illetve az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés másként nem rendelkezik, a szabadfoglalkozású orvos jogaira és kötelezettségeire, továbbá felelősségére a Polgári Törvénykönyv megbízásra vonatkozó rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

Az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés

**21. §** (1) Az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés az egészségügyi szolgáltató és a szabadfoglalkozású orvos, illetve a szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség (23. §) között jön létre orvosi és ahhoz kapcsolódó tevékenység ellátására. Ilyen szerződést az egészségügyi szolgáltató egyéni egészségügyi vállalkozó orvossal (17. §) is köthet.

(2) A szabadfoglalkozású orvos kizárólag olyan orvosi tevékenység végzésére kötheti meg a szerződést, amelyre nézve szakirányú szakképesítéssel rendelkezik.

(3) Amennyiben a szabadfoglalkozású orvos szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség tagjaként végzi tevékenységét, az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződést rá is kiterjedő hatállyal a praxisközösség köti meg. A praxisközösség által kötött szerződésre a 22. §-ban foglalt rendelkezéseket megfelelően alkalmazni kell.

**22. §** (1) Az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződést írásba kell foglalni.

(2) A szerződés tartalmazza

a) az egészségügyi szolgáltató, illetve a szabadfoglalkozású orvos nevét és székhelyét (lakóhelyét),

b) a megbízás tárgyát képező orvosi tevékenység pontos meghatározását,

c) a megbízás időtartamát,

d) az orvosi tevékenység végzésének helyét,

e) az orvosi tevékenység végzésének idejét,

f) az egy naptári évre kötelezően elrendelhető, illetőleg önként vállalt ügyeleti és készenléti számra, továbbá az ügyeletet követően pihenőidő biztosítására vonatkozó megállapodást,

g) az orvosi tevékenység végzésének személyi és tárgyi feltételeit,

h) a szabadfoglalkozású orvos és az intézmény vezetése közötti munkakapcsolatot,

i) a szabadfoglalkozású orvos és az intézményben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók közötti munkakapcsolatot (utasításadási jog, együttműködési kötelezettség stb.),

j) a megbízási díjat (ide értve az ügyeleti és készenléti számra vonatkozó díjazást is), illetve a díj kifizetésének idejét és módját, valamint

k) a szerződés megszüntetésére, a felmondásra vonatkozó szabályokat, továbbá a felmondási idő tartamát.

(3) Kormányrendelet a szerződés tartalmi elemeire további részletes szabályokat állapíthat meg, amelyektől eltérni csak a felek megállapodása esetén lehet.

(4) Eltérő megállapodás hiányában az orvosi tevékenység ellátásához szükséges egyéb személyi feltételeket, a tárgyi feltételeket, valamint a biztonságos munkavégzés feltételeit az egészségügyi szolgáltató térítésmentesen biztosítja.

(5) Eltérő megállapodás hiányában a szerződés határozatlan időtartamra jön létre.

(6) A szerződés közös megegyezéssel, felmondással vagy azonnali hatályú felmondással szüntethető meg.

(7) A szerződést mind az orvos, mind az egészségügyi szolgáltató felmondással megszüntetheti. A felmondás időtartama – az azonnali hatályú felmondás esetét kivéve – három hónapnál, határozott időre megkötött szerződés esetén hat hónapnál rövidebb nem lehet. Ha a határozott időre megkötött szerződést az egészségügyi szolgáltató mondja fel, az orvos – az azonnali hatályú felmondás esetét kivéve – egyévi, illetőleg amennyiben a szerződésből hátralevő idő ennél rövidebb, a hátralevő időre jutó megbízási díjra jogosult.

(8) A szerződést bármelyik fél írásban, részletes indokolással azonnali hatállyal felmondhatja, ha a másik fél jogszabályból vagy a szerződésből származó lényeges kötelezettségét szándékosan vagy súlyos gondatlansággal jelentős mértékben megszegi.

(9) Kormányrendeletben foglalt feltételekkel – az OEP bevonásával – olyan szerződés is köthető, amely szerint a szabadfoglalkozású orvos díjazásáról – az egészségügyi szolgáltató teljesítményigazolása alapján – közvetlenül az OEP gondoskodik.

(10) A (6)-(8) bekezdésekben foglalt rendelkezésektől érvényesen eltérni nem lehet.

Szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség

**23. §** (1) Szabadfoglalkozású orvosi praxisközösséget közkereseti társaság formájában két vagy több szabadfoglalkozású orvos alapíthat. Praxisközösség tagja csak szabadfoglalkozású orvos lehet.

(2) A szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség tagja köteles a praxisközösség által végzett orvosi tevékenységben – a társasági szerződésben foglaltaknak megfelelő személyes közreműködésre. A praxisközösség tagjának személyre szóló felelősségbiztosítási szerződéssel kell rendelkeznie.

Szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerész

**24. §** (1) Az egészségügyi intézményben foglalkoztatott gyógyszerész alkalmazott gyógyszerészként vagy szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerészként láthatja el tevékenységét.

(2) Két vagy több szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerész szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerési munkaközösséget hozhat létre.

(3) A szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerészre, illetve a szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerési munkaközösségre az e törvény szabadfoglalkozású orvosra, illetve szabadfoglalkozású orvosi praxisközösségre

vonatkozó rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

(4) E törvény rendelkezéseinek megfelelő alkalmazásával szabadfoglalkozású intézeti gyógyszerész és szabadfoglalkozású orvos szabadfoglalkozású orvosi-gyógyszerési praxisközösséget is létrehozhat.

## **ZÁRÓ RENDELKEZÉSEK**

**25. §** (1) E törvény – a (2) bekezdésben meghatározott kivétellel – 2002. március 31. napján lép hatályba, azzal, hogy a 21-22. § szerinti szerződés alapján orvosi (gyógyszerészi) tevékenység csak 2003. január 1. napjától folytatható.

(2) E törvény 9. §-ának (2) bekezdése 2002. január 1. napján lép hatályba.

(3) E törvény hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti

*a) az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény, valamint az egyes törvények és törvényerejű rendeletek hatályon kívül helyezéséről szóló 1990. évi XXII. törvény 32-33. §-ai,*

*b) a társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak 2000. évi költségvetéséről szóló 1999. évi CIX. törvény 23. §-a, továbbá 24. §-ának (6) és (10) bekezdése,*

*c) a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai 1998. évi költségvetéséről szóló 1997. évi CLIII. törvény 59. §-a,*

*d) a Magyar Orvosi Kamaráról szóló 1994. évi XXVIII. törvény (a továbbiakban: MOKtv.) 43. §-a,*

*e) az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (a továbbiakban: Öotv.) 1. § (2) bekezdésének a) pontjából az “és külön törvényben meghatározott esetben a kezelőorvos” szövegrész, továbbá a 3. § (5) bekezdése.*

(4) Az e törvény hatálybalépése előtt megkötött és a törvény szerint egészségügyi közszolgáltatás alvállalkozásba adására irányuló szerződéseket 2003. június 30-ig felül kell vizsgálni és a 9. § (3)-(4) bekezdéseiben foglalt rendelkezésekkel összhangba kell hozni. 2003. július 1-jétől az e törvény, illetve a végrehajtási rendeleteiben foglalt előírásoknak meg nem felelő szerződések érvényüket veszítik, illetve az e szerződések alapján nyújtott egészségügyi szolgáltatások tovább nem finanszírozhatók.

(5) A magántevékenység végzésére vonatkozó működési engedéllyel rendelkező orvosokra, fogorvosokra, gyógyszerészekre, klinikai szakpszichológusokra, valamint egészségügyi szakdolgozókra 2003. január 1-jétől az egyéni egészségügyi vállalkozóra vonatkozó rendelkezéseket kell alkalmazni.

(6) A területileg illetékes orvosi kamara az e törvényben számára biztosított véleményezési jogot az erre irányuló megkereséstől számított tizenöt napon belül gyakorolja. E határidő leteltét követően vélelmezni kell a kamara beleegyező véleményét.

(7) A települési önkormányzatok a 26. § *n)* pontban meghatározott rendeleteiket e törvény hatálybalépésétől számított 3 hónapon belül alkotják meg.

**26. §** E törvény hatálybalépésével egyidejűleg

*a) A személyi jövedelemadóról szóló 1995. évi CXVII. törvény (a továbbiakban: Sztv.) 3. §-ának 17. a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:*

*[17. Egyéni vállalkozó: az a magánszemély, aki az egyéni vállalkozói igazolványa alapján vállalkozási tevékenységet végez, az igazolványában feltüntetett vállalkozási tevékenysége tekintetében, továbbá ettől függetlenül is]*

*“a) az a magánszemély, aki külön jogszabály alapján egészségügyi és szociális vállalkozást, egyéni vállalkozó orvosi, klinikai szakpszichológusi, továbbá magán-állatorvosi, illetve egyéb egészségügyi, szociális vagy gyógyszerészi magántevékenységet folytat;”*

*b) Az Sztv. 16. §-ának (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:*

*“16. § (1) Önálló tevékenység minden olyan tevékenység, amelynek eredményeként a magánszemély bevételhez jut, és amely e törvény szerint nem tartozik a nem önálló tevékenység körébe. Ide tartozik különösen az egyéni vállalkozó, a mezőgazdasági őstermelő, a bérbeadó, a szabadfoglalkozású orvos, a választott könyvvizsgáló tevékenysége, a gazdasági társaság magánszemély tagja által külön szerződés szerint teljesített mellékszolgáltatás, ez utóbbinál feltéve, hogy a tagnak a bevétele érdekében felmerült költségét a társaság a költségei között nem számolja el.”*

*c) A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény 4. § b) pontjának 2. alpontja helyébe a következő rendelkezés lép:*

*[b) Egyéni vállalkozó:]*

*“2. a külön jogszabály alapján egészségügyi és szociális vállalkozást, egyéni vállalkozó orvosi, klinikai szakpszichológusi, továbbá magán-állatorvosi, illetve egyéb egészségügyi és szociális, gyógyszerészi magántevékenységet folytató természetes személy (a továbbiakban együtt: egészségügyi vállalkozó);”*

*d) A felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény (a továbbiakban: Ftv.) 3. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:*

*“(3) Az egészségügyi tudományterületen a (2) bekezdés a) pontja szerinti feltételek teljesülésénél - az egyetem és az egyetemi klinikai központ között létrejött megállapodásnak megfelelően - az egyetemi klinikai központ keretében foglalkoztatottakat is figyelembe kell venni.”*

e) Az Ftv. 11. §-ának (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

“(6) A nem felsőoktatási intézménnyel történő együttműködés - az egyetemi klinikai központ, az oktató kórház (oktató kórházi osztály), valamint a (4) bekezdésben foglalt eset kivételével - a felsőoktatási intézmény feladatai közé tartozó képzés ellátására nem irányulhat.”

f) Az Ftv. 116. §-ának (2)-(5) bekezdései helyébe a következő rendelkezések lépnek:

“(2) Az egészségügyi felsőoktatási intézmények klinikai központjai - ennek hiányában a felsőoktatási intézmény - az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött finanszírozási szerződésben foglaltak szerint

a) egészségügyi szolgáltatást nyújtanak az ellátási területükhöz tartozó biztosítottak számára;

b) ellátják a jogszabályokból és a progresszív betegellátásból rájuk háruló feladatokat.

(3) Az egészségügyi miniszter ágazata tekintetében koordinálja az egészségügyi felsőoktatási intézmények klinikai központjaiban – ennek hiányában a felsőoktatási intézményben – folytatott

a) *betegellátó tevékenységet;*

b) a tancélú gyógyító-megelőző tevékenységet;

c) ágazati kutató-fejlesztő tevékenységet, kivéve a 9/E. § (1) bekezdésében foglalt előirányzatot;

d) egészségmegőrző tevékenységet;

e) *regionális ellátási tevékenységet.*

4) Az egészségügyi felsőoktatási intézmények klinikai központjai – külön jogszabályban meghatározott esetben a felsőoktatási intézmény – részt vesznek a szakorvos-, a szakfogorvos-, a szakgyógyszerész, klinikai szakpszichológus, népegészségügyi szakember képzésében, beleértve a más felsőfokú végzettséggel rendelkezők egészségügyi szak- és továbbképzését is. E képzéseket az egészségügyi miniszter koordinációval segíti.

(5) A földművelésügyi és vidékfejlesztési miniszter ágazata tekintetében koordinálja és – külön jogszabályban meghatározott kivételekkel – finanszírozza az agrár felsőoktatási intézményekben folytatott

a) *ágazati kutató-fejlesztő tevékenységet, kivéve a 9/E. § (1) bekezdésében foglalt előirányzatot;*

b) a gazdálkodást segítő szaktanácsadási, valamint a gyakorlati képzési tevékenységet és annak fejlesztését, kivéve a 9/B. § (2) bekezdésében foglalt előirányzatot;

c) a növényi és állati járványos betegségeket megelőző tevékenységet és annak fejlesztését;

d) *a vidék- és területfejlesztési tevékenységet.*”

g) A MOKtv. 2. § (1) bekezdésének f) pontja a következő fh) ponttal egészül ki:

[2. § (1) A MOK f) véleményezési jogot gyakorol]

“fh) a szabadfoglalkozású orvosok, illetve az orvosi praxisközösség és az egészségügyi intézmény között létrejövő orvosi tevékenység ellátásának részletes szabályairól szóló jogszabályról;”

h) A MOKtv. 2. § (1) bekezdésének i) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

[2. § (1) A MOK]

“i) ajánlást ad a szabadfoglalkozású orvosi tevékenységért járó díjtételek, valamint az egyes orvosi szolgáltatások egészségügyi szolgáltatók által megállapított díjtételei alsó határára;”

i) A MOKtv. 2. § (1) bekezdése az alábbi új o) ponttal egészül ki:

[2. § (1) A MOK]

“o) a külön jogszabályban foglaltaknak megfelelően a háziorvos részére működtetési jogot állapíthat meg.”

j) A MOKtv. 2. § (1) bekezdése a következő p) ponttal egészül ki

[2. § (1) A MOK]

“p) legkésőbb 2002. október 31. napjáig megállapítja – az orvosnak az alkalmazotti jogviszonyban folytatott tevékenységére is figyelemmel – a szabadfoglalkozású orvos és a vállalkozó orvos által teljesíthető munkavégzési, ügyeleti és készenléti időre vonatkozó felső határokat.”

k) A MOKtv. 2. § (1) bekezdése a következő q) ponttal egészül ki:

[2. § (1) A MOK]

“q) egyeztetést folytat a kormányzati szervekkel a szabadfoglalkozású orvosok közfinanszírozás körébe eső díjtételeinek tárgyában, valamint a szabadfoglalkozású orvos (szabadfoglalkozású orvosi praxisközösség) és az egészségügyi intézmény közötti orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés általános szerződési feltételeinek kialakításában.”

l) Az ingatlan-nyilvántartásról szóló 1997. évi CXLI. törvény (a továbbiakban: Inytv.) 17. §-ának (1) bekezdése az alábbi v) ponttal egészül ki:

“v) az ingatlan egészségügyi célvagyon jellege.”

m) Az Inytv. 17. §-ának (2) bekezdés második mondata helyébe az alábbi szövegrész lép:

“(2) Az l)-v) pontokban meghatározott tények feljegyzésének elmaradása esetén a jogosult azokat nem érvényesítheti a jóhiszemű harmadik jogszerzővel szemben.”

n) Az Öotv. 2. § (1)-(2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

“2. § (1) A háziorvos önálló orvosi tevékenységet – akadályoztatásának jogszabályban meghatározott eseteit kivéve – csak személyesen folytathat az önkormányzat által meghatározott háziorvosi körzetben, a működtetési jogot engedélyező határozat jogerőre emelkedésétől.

(2) A működtetési jog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység – törvényben meghatározott kivétellel - csak

a települési önkormányzat rendeletében meghatározott háziorvosi körzetben folytatható.”

**27. §** Felhatalmazást kap a Kormány, hogy rendeletben határozza meg

- a) a feladatellátási szerződések és a feladatátvállalási szerződések pályáztatásával és a pályázatok elbírálásával kapcsolatos részletes szabályokat,
- b) az egyetemi klinikai központ alapításával, megszűnésével, működésével, valamint az egyetem és az egyetemi klinikai központ együttműködésével kapcsolatos speciális részletszabályokat,
- c) az egyéni egészségügyi vállalkozóként végezhető egészségügyi szakfeladatok és egészségügyi részfeladatok körét, valamint
- d) az orvosi tevékenység ellátásáról szóló szerződés részletes szabályait.

**28. §** Felhatalmazást kap az egészségügyi miniszter, hogy rendeletben határozza meg

- a) az egészségügyi közintézmények vezetőjének és vezetőhelyetteseinek képesítési követelményrendszerét, illetőleg a vezetői megbízatás betöltése érdekében kiírt pályázat részletes eljárási szabályait,
- b) az egészségügyi közszolgáltatások alvállalkozásba adásának szakmai feltételeit,
- c) az országos és/vagy regionális feladatkört jelentő egészségügyi közszolgáltatások körét, illetve regionális feladatkör esetében ezek földrajzi lehatárolását,
- d) az egészségügyi közintézmények szakmai fejlesztési programjára vonatkozó szakmai szabályokat, valamint
- e) az egészségügyi közintézmények működési rendjére, szakmai vezetőtestületére vonatkozó szabályokat.

Mádl Ferenc s.k. Dr. Áder János s.k.  
a Köztársaság elnöke az Országgyűlés elnöke

[Vissza a  
tartalomhoz](#)

## Az ápolók nemzetközi napja – május 12.

### Az ápolókra mindig számíthatsz – családgondozás

**Florence Nightingale születésnapja**, május 12. az ápolók nemzetközi ünnepe. Az idei ünnep témájául az Ápolók Nemzetközi Tanácsa az “Ápolókra mindig számíthatsz – családgondozás” témát választotta. A jeles nap alkalmából az ICN elnöke és ügyvezetője levélben fordul a világ ápolóihoz. A levél szövegét az alábbiakban közöljük:

2002. május 12.

Kedves Kollégák!

Az ápolók figyelmének középpontjában - dolgozzanak bárhol is - a család áll: a család egészsége és képessége a gyarapodásra, önmaga ellátására és hozzájárulása a közösséghez. Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) azért, hogy hangsúlyozza az ápolóknak a család egészségében betöltött szerepét, az “Ápolókra mindig számíthatsz - családgondozás” témát választotta a 2002. május 12-én megünneplendő Ápolók Nemzetközi Napja (ANN) témájául.

Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa jelentős munkát végez ezen a területen. A Családok gondozása dokumentumok a korábbi tevékenységre épülnek, amely számos eredményt hozott. Az ICN 1994-ben publikálta az Egészséges családok az egészséges nemzetért dokumentumot az abban az évben tartott ÁNN megünneplésének háttéranyagaként. Az első Virginia Henderson Ösztöndíj 1999-ben a családgondozó ápolóra összpontosított, az ICN pedig a közelmúltban hozta nyilvánosságra a Családgondozó ápoló című monográfiáját, amely körvonalazza a családgondozás-ápolás kulcskérdéseit, -szerepeit és -modelljeit.

A világ lakosainak többsége számára az egészségről közösségi alapú egészségügyi alapellátási szolgálatok gondoskodnak, amelyeket túlnyomó részt ápolók nyújtanak. A közösségek nagyon sokszínűek, akárcsak azok a helyek, ahol az ápolók hivatásukat gyakorolják. A család azonban, így vagy úgy, mindig is fő célcsoportja az ápolói gondoskodásnak, ellátásnak.

Az idei téma, Az ápolókra mindig számíthatsz - családgondozás, választásával a következő a cél:

- fokozni a tudatosságot az ápolóknak a családgondozásban és a családok egészségében betöltött szerepével kapcsolatban, ideértve az egészségügyi ellátórendszerbe való elsődleges belépési pontként játszott szerepüket is;
- ösztönözni az ápolók bevonását olyan egészség- és szociálpolitika kidolgozásába és gyakorlati alkalmazásába, amely “családbarát”,
- felhívni a figyelmet a család jelentőségére, továbbá a családtagok szerepére saját egészségük tekintetében egyenként, és családi egységként is.

Az a bizalom és szoros kapcsolat, amely az ápolók és a családok között fennáll, azt jelent, hogy az ápolók hathatós szószólói lehetnek a családok egészsége szempontjából legkedvezőbb közpolitikák meghatározásának. Az Ápolók Nemzetközi Napja megünneplése részeként arra buzdítunk minden egyesületet, hogy ossza meg a családok gondozásával kapcsolatosan szerzett ismereteiket és tapasztalataikat a politikát csinálókkal, a lakossággal és a többi egészségügyi dolgozóval azért, hogy elősegítsék a “családbarát” hozzáállást és politikákat az egészségügyi ellátásban. Várjuk beszámolóikat az ezen a téren elért sikereikről.

A család egészsége még sohasem volt ennyire fontos az erős és életteli társadalom kialakításában. Amikor az ápolók segítik az egyéneket és a családokat abban, hogy egészséges választásokat tegyenek, megbirkózzanak a betegséggel és a krónikus rokkantsággal, kézben tartásuk a stresszt, és amikor együtt dolgoznak velük otthonaikban, az iskolákban és a munkahelyeken, akkor valójában hozzájárulnak a társadalom legalapvetőbb építőkövének megerősítéséhez.

Üdvözléssel:

Christine Hancock Judit A. Oulton  
elnök ügyvezető

---

### **FEHÉR SZÍV - az ápolás szimbóluma**

A fehér szívet mint az ápolás egyetemes szimbólumát hivatalosan 1999-ben indította útjára az Ápolók Nemzetközi Tanácsa fennállásának 100. évfordulója alkalmából. A szimbólum képviseli azt a gondoskodást, tudást és emberszeretetet, amely átjárja az ápolók munkáját és az ápolás szellemét. A fehér szív emellett a világ ápolóinak egyesítő jelképe is. A fehér színre azért esett a választás, mert az az összes színt egyesíti magában, és ezáltal demonstrálja, hogy az ápolók elfogadják minden embert. A fehér színhez emellett egyöntetűen az ápolás, gondoskodás, tisztaság és kényelem képzete társul. A szív alak az emberszeretetet és azt a központi helyet képviseli, amelyet az ápolás elfoglal a kiváló minőségű színvonalú egészségügyi ellátásban.

---

### **Az Ápolók Nemzetközi Tanácsának ápolás-definíciója**

Az **ápolás** felöleli a bármilyen életkorú egyéneket, családokat, csoportokat és közösségeket, betegeket és egészségeseket autonóm és együttműködésre épülő gondozását valamennyi szinten. Az ápolás magába foglalja az egészség fejlesztését, a betegség megelőzését, továbbá a betegek, fogyatékosok és haldoklók gondozását. Az érdekvédelem, a biztonságos környezet elősegítése, a kutatás, részvétel az egészségpolitika formálásában, valamint a betegvezetésben és az egészségügyi rendszerek menedzselésében, továbbá a betegoktatás szintén kulcsfontosságú ápolói szerepek.

### **The ICN Definition of Nursing**

**Nursing** encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.

---

### **Kiválóság elérése bizonyítékok segítségével**

A jövőre megrendezendő konferencia lesz az első az ICN kétévenkénti konferenciáinak sorában, amelynek fókuszában a magas minőségű színvonalú egészségügyi ellátás prioritásainak megvitatása áll. A konferencia programjának domináns témái a bizonyítékok, a vezetés, minőségi ellátás és az emberi erőforrás kérdései lesznek, hiszen ezek a kérdések uralják az egészségügyi ellátást általában is napjainkban. Prominens meghívott előadók tárgyalják majd a kiválóság evidenciák segítségével történő elérésének útjait plenáris üléseken, párhuzamos szekciókban pedig a szakmai gyakorlat, az evidenciák, vezetés és a munkahelyi jóllét kérdéseivel foglalkoznak. Ugyancsak lehetőség lesz megismerkedni az Ápolói gyakorlat nemzetközi osztályozása (ICNP) alkalmazásával az ápolási és egészségügyi ellátási kimenetek evidenciáinak kiépítése vonatkozásában. A konferenciával kapcsolatban további információk és rendszeresen frissített információk találhatóak az alábbi internetes címen:

<http://www.icn.ch/maroc/2003conf.htm>

[Vissza a  
tartalomhoz](#)

A rendi ápolók történetéről  
**Ápolórendekre és ápolóközösségekre emlékezve\***



## Kocsis Istvánné

Bethesda Otthonápolási Szolgálat, szolgálatvezető főnövér

---

*Sorozatunkban szeretnénk Olvasóink részére felidézni az egyházi szerzetesek 50 évig elfelejtett kötelességtudó és áldozatos tevékenységét a gyógyításban, a betegápolásban és a karitatív segítségnyújtásban, hiszen egyre kevesebb azon szemtanuk száma, akik erről még beszámolhatnak. A teljesség igénye nélkül bemutatjuk az ismertebb szerzetesrendeket, amelyek Magyarországon és az egészségügyben tevékenykedtek. Az apácák, a diakonisszák, a szerzetesbarátok mindig és mindenütt ismertek voltak hivatástudatukról és lelkiismeretes munkájukról, azokban az években is, amikor a szerzetesrendeket feloszlatták és a rendtagok közül néhányan civil munkatársként továbbra is dolgozhattak a kórházakban. A rendek azonban elöregedtek, hiszen évtizedekig nem volt szabad utánpótlást nevelniük, a még élő szerzetesek pedig nagyrészt segísre, ápolásra szorulnak. Itt az utolsó lehetőség, hogy emlékeiket és dokumentumaikat összegyűjtve és röviden bemutatva megmentsük a jövőnek. Példamutató munkásságuk az egészségügyben, méltó lelkületük és szaktudásuk legyen iránymutató a jövő ápolói számára.*

---

A Magyarországi Református Egyház Gyermekkórháza osztályaként működő Otthonápolási Szolgálat az 1999 novemberében Debrecenben rendezett III. Bethesda Otthonápolási Konferencián mutatta be a rendi ápolók emlékét és munkásságát megőrző gyűjteményét. A babák a korabeli rendek öltözetét kapták, a tablókön a fotók és a rövid történeti tájékoztató bemutatja az elmúlt századokban a szociális és egészségügyi területen tevékenykedő apácákat és diakonisszákat.

A gyógyítás az őskortól kezdve mindennapos feladat volt, amit kezdetől fogva a hozzáértők tudtak a legeredményesebben végezni. Az orvosok mellett folyamatosan gondozók, ápolók – végzettséggel vagy anélkül, eszközökkel vagy csak gondoskodó szeretettel – tevékenykedtek.

A beteget ellátók az egyházi szolgálatok körül gyűltek egybe, mivel itt voltak a betegápoló házak, ispotályok, később pedig a kórházak. A járványok, háborúk, a népesség növekedése megkövetelte az állam által biztosított intézményi háttérrel, s az orvosképzés mellett elindult az ápolás oktatása is.

Írásos emlékek vannak a XVII. század elejéről a Páli Szent Vince leányainak nevezett római katolikus apácák munkájáról, akik betegápolással foglalkoztak. Mellettük működtek az evangélikus diakonissza egyesületek és az izraelita ápolónők egyesületei is.

A magyar ápolásügy első kinevezett főápolónője, Kossuth Zsuzsanna 1849-ben kapott országos feladatot. Európában először ő volt az "összes tábori kórházak főápolónője." A történelmi helyzet, a sebesültek ellátása kényszerítette erre a feladatra.

Florence Nightingale a protestáns diakonisszákhöz, Kaiserswerthbe ment ápolást tanulni 1852-ben. Általa vált divattá Angliában, hogy a legjobb családokból származó nők bizonyos időt (néha 1-2 évet is) kórházban töltöttek, hogy megtanulják a betegápolást, amelynek tudománya az asszonynak éppen úgy szükséges, mint a háztartásban való jártasság. Kertész Erzsébet írta: "Mi volt hát közös ebben a két nagyon különböző világban élő nőben? Az, hogy mindketten szívvel lélekkel a háborús sebesültek gondozását vállalták."



Florence Nightingale a protestáns diakonisszákhöz, Kaiserswerthbe ment ápolást tanulni 1852-ben. Általa vált divattá Angliában, hogy a legjobb családokból származó nők bizonyos időt (néha 1-2 évet is) kórházban töltöttek, hogy megtanulják a betegápolást, amelynek tudománya az asszonynak éppen úgy szükséges, mint a háztartásban való jártasság. Kertész Erzsébet írta: "Mi volt hát közös ebben a két nagyon különböző világban élő nőben? Az, hogy mindketten szívvel lélekkel a háborús sebesültek gondozását vállalták."

A magyar önkéntes ápolónői intézmény Florence Nightingale tevékenységét is megelőzve, a krími háború előtt, olyan emberbaráti elveket valósított meg, amelyek később a vöröskeresztes mozgalomban váltak általánossá. Az ápolás fejlődése során a feladatkörök és elvek fokozatosan bővültek, és napjainkban elértünk oda, hogy az ápolás önálló tudománnyá vált, s ma már egyetemen is tanulhatnak az ápolók. De egyvalami állandó: az ápolás szent és tiszta hivatás, hiszen életet ad a gyógyulónak, enyhülést a szenvedőnek és könnyebbséget a haldoklónak. A Révai Nagy Lexikon szerint az ápolásra vállalkozók alapfeltétele a rátermettség "lelki erénye a jó betegápolónak a szelídség,

*a rendszeretet, lelkiismeretesség, tapintatos jó modor, józanság, jó erkölcs, engedelmesség, hallgatagság, kitartás és a lemondás.” E kívánalmaknak a rendi ápolók megfeleltek – az ő történetüket mutatjuk most be az Olvasóknak.*

A magyar önkéntes ápolónői intézmény Florence Nightingale tevékenységét is megelőzve, a krími háború előtt, olyan emberbaráti elveket valósított meg, amelyek később a vöröskeresztes mozgalomban váltak általánossá. Az ápolás fejlődése során a feladatkörök és elvek fokozatosan bővültek, és napjainkban elértünk oda, hogy az ápolás önálló tudománnyá vált, s ma már egyetemen is tanulhatnak az ápolók. De egyvalami állandó: az ápolás szent és tiszta hivatás, hiszen életet ad a gyógyulónak, enyhülést a szenvedőnek és könnyebbséget a haldoklónak. A Révai Nagy Lexikon szerint az ápolásra vállalkozók alapfeltétele a rátermettség *“lelki erénye a jó betegápolónak a szelídség, a rendszeretet, lelkiismeretesség, tapintatos jó modor, józanság, jó erkölcs, engedelmesség, hallgatagság, kitartás és a lemondás.”* E kívánalmaknak a rendi ápolók megfeleltek – az ő történetüket mutatjuk most be az Olvasóknak.

### **A Bethesda Kórház diakonisszái**

A Bibliában a János írása szerinti evangéliumban, az 5. részben találkozunk a Bethesda szóval. A gyógyforrás körül kialakult tavacska vize időnként felporzogott, és aki ilyenkor elsőnek lépett be a vízbe, az meggyógyult. A XXI. század emberének hihetetlenül hangzik ez, azonban nagyon meggyőző az a tény, hogy a betegek tömegesen keresték fel a Bethesda gyógyforrását. Annyira, hogy oszlopos tornácokat építettek a víz köré, ezekben várakoztak a gyógyulni vágyók. Egy ünnep alkalmával Jézus Jeruzsálemben volt, és elment a Bethesda tavához. A gyógyulásra várók között talált valakit, aki már 38 éve beteg volt. Odalépett hozzá, és nagyon különösét kérdezett: *“Akarsz-e meggyógyulni?”* Furcsa kérdés, mert vajon miért feküdt itt, a gyógyító víz mellett ez az ember, ha nem a gyógyulásért? A válasz azonban szomorú és lemondó volt: *“Uram, nincs emberem, hogy amikor a víz felzavarodik, bevigyen engem a tóba, és mire én odaérek, más lép be előttem.”* *“Kelj fel”* – mondta neki Jézus, - *“vedd az ágyadat és járj”*. A Bethesda neve azóta a gyógyító Jézust hirdeti, jelentése *“irgalom háza”*.

### **Kik a diakonisszák?**



A protestáns (református, evangélikus) szóhasználatban a diakónus gyülekezeti szolgálót jelentett. Nőnemű alakja a diakonissza, aki a szegényeket, rászorulókat segítette. Szolgálatuk önkéntes, hivatásszerű volt, testvéri közösségben éltek az *“Anyaházban”*. Jellemzőjük a szociális és karitatív elkötelezettség. Ilyen Anyaház volt a Bethesda Kórházban is. Itt éltek és szolgáltak a Bethesdás diakonissza testvérek. A Bethesda Kórház 1866-ban létesült, a pesti német református leányegyház presbitériumának akaratából. Eleinte a kaiserswerthi anyaházból jött a két német diakonissza testvér, Wehn Zsófia és Höser Etelka ápolni, szolgálni. Kaiserswerthben tanult Florence Nightingale is. Később beindult többek között a német főnöknő irányításával a Bethesdában a magyar diakonissza testvérek kiképzése is. A diakonissza testvérek házi betegápolónőket, gyülekezeti szociális munkát végző testvéreket és kórházi nővéreket képeztek ki, s maguk is végezték e munkát. A diakonisszák mellett az egyházközség önkéntes ápolónői dolgoztak, akiknek a diakonissza testvérek tanfolyamot szerveztek.

### **A Tiszántúli Református Egyházkerület diakonisszái**

A Tiszántúli Református Egyházkerület Diakonissza Intézete 1914-ben kezdte meg működését a Debreceni Ispotály Szegényház üres helyiségeiben. Az első négy jelölt nevelésében a Filadelfia Anyaház testvére segített. A háború alatt hadikórházat rendeztek be az épületben; 1922-től diakonissza hivatást választó leányokat neveltek itt, Nagy István lelkész vezetésével. A 20-as évek végére megnyílt a Diakonisszaképző I. évfolyama. 1933-ban 68 testvér dolgozott 14 munkahelyen, kórházban, árvaházban, a városi szegénygondozás területén stb. 1938-ban felépült Nagyerdőn az új Diakonissza Anyaház. Két év múlva, 1940. november 27-én volt az első és egyben utolsó diakonissza-szentelés a Kistemplomban.

A front közeledtével 1944. szeptemberében a testvérek saját döntésük szerint maradhattak külső munkahelyükön, vagy távozhattak családjukhoz. 1945-ben a megbízott igazgató-lelkész Molnár Gyula körlevélben kereste fel a testvéreket, és elkezdődött az intézet helyrehozatala. 1946-47-ben megindult az új

jelöltfelvétel, az oktatás, új munkahelyek elfoglalása. 1951-ben megszüntették az intézet közösségi életét. A debreceni diakonisszák közül mintegy 25-30 testvér maradt egyházi szolgálatban. A világi munkahelyen maradási választók is – kórházban, öregotthonban – ugyanolyan elkötelezettséggel végezték munkájukat, mint addig.

### **A Nyíregyházi Református Diakonissza Testvérház**

A Testvérház 1937-ben indult meg az evangélikációk melletti segédszolgálat, majd gyülekezeti munka végzésére. Első telephelye Dévaványa volt, nyaranta pedig Szödliget, ahol minden testvér a "Mebékélés Háza" evangélikációs telepen szolgált. A Testvérház igazgató lelkésze Békefi Benő evangélikátor, később nyíregyházi lelképásztor. Vezető testvére, orvos-felesége Dr. Vajda Margit volt.

A Testvérház 1944-ben Nyíregyházára költözött, ahol háromirányú képzés történt: gyülekezeti-evangélikációs, tanító-nevelő, külmiszióra előkészítő. Az első 6 testvért 1950-ben ünnepélyes keretek között szentelték fel. A Testvérháznak ekkor 34 tagja volt. 1951 őszén állami rendeletre a Testvérházat jogilag feloszlatták. Ha a testvéreket megkülönböztető forma meg is szűnt, a szolgálat továbbra is megmaradt. A testvérek részint a gyülekezeti munkában, részint a fogyatékos gyermekek gondozásában szolgáltak tovább. Erre a szolgálatra egy sokoldalú szakmai és mély lelki eligazítást adó diakoniai konferencia készítette fel a testvéreket. A testvérek már mindnyájan nyugdíjasok, de erejéhez képest szolgálatot végez mindenki, ahol szükség van rá.

### **A Lorántffy Diakonissza Anyaház**



A múlt század végén, 1894. táján Eszlinger Lina, Klimó Márta és Ulrich Paulina német származású testvérek kiváltak az akkor már megalakult Filadelfia Intézetből. Gyülekezeti munkából és házi betegápolásból tartották fenn magukat mindaddig, míg 1903-ban megalakult a Lorántffy Zsuzsanna Diakonissza Egyesület, amelynek első elnöke Szilasy Aladárné volt. Ő képviselte az ébredő magyar református egyház női táborát. A három testvér alázatos munkának köszönhetően 1905-ben megvették a budapesti Család utca 8-10. számú házat Anyaház céljára. Ebben az épületben már 10 árva gyereket neveltek. Az Intézet a diakonissza jelöltek képzési helye lett, amely Isten akarata szerint családi közösséggé alakult. Az Anyaház hívta és várta a jelölteket. Az Intézet biztosított számukra ételmezt és ruhát, anyagi gondjaik így nem voltak.

A diakonissza ruha volt a szolgálat jelvénye és eszköze, nyílt színvállalás arról, hogy Isten erejében bízva, vállalni kívánja a szolgálatot és szakadatlanul emlékezteti hordozóját Istentől kapott küldetésére.

Az I. világháborúban, 1914-1918-ig, az Intézet kertjében álló hordozható fatemplomot hadikórházzá alakították át, ahol a testvérek sebesült katonákat ápoltak. 1920-ban az Intézet megvette a Hadi Gondviselés Kórházat, melyet Diakonissza Kórházként működtetett. Ez a kórház az Ilka u. 57-ben volt. Későbbi bővítések után a testvérek és a jelöltek laktak itt. 1937-ben az Ajtósi Dürer sor 33. számú villa megvásárlása és átalakítása után az Anyaház ebbe az épületbe költözött.

A II. világháborúban, az ostrom alatt 28 debreceni testvér és számos zsidó is a kórház és Anyaház területén lelt menedéket. 1951-ben államosították a kórházat, a testvér ruhát is fájó szívvel le kellett venni. Ott maradtak a testvérek munka nélkül. Egy részük a Bethesdában talált otthonra, többségük ment a maga útján munkát keresni. Isten segítségével mindnyájuknak sikerült elhelyezkedniük. Munkájuk során valamennyiüket nagy megbecsülés vette körül. Az Anyaház szellemisége mindvégig elkísérte őket. Jelmondatuk ez volt: "LÉGY HŰ MINDHALÁLIG"

*Reményi Sándor:*

*Diakonisszák*

*(részlet)*

*S nincs több ily ápoló*

*Ilyen odaadó,*

*Mint e Krisztus sisakját*

*viselők,*

*Derűs szüzek,*

*Örökké virrasztók és*

mécsvivők.  
S életáldozatuknak nincs  
jutalma más,  
Csak az, hogy egyre hallják  
a vigaszt:  
“A nyomorultak közül aki  
eggyel jót tesz,  
Mondom néktek:  
Énvelem tette azt.”

*\*A Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorháza Otthonápolási Osztályának ápolástörténeti gyűjteménye alapján készült kiadványnak folyóiratunk számára szerkesztett anyaga. A kiadványt összeállította: Kocsis Istvánné, megjelent a Millennium évében.*

## [Vissza a tartalomhoz](#)

### **Egészségügyi technológia és technológiaelemzés**

Az Egészségügyi Technológiaelemzés Nemzetközi Szövetsége (ISTAHC) 18. nemzetközi konferenciája, 'The Challenges of Collaboration' címmel 2002. június 9-12. között, Berlinben kerül megrendezésre. A konferencián számos neves szakember lesz jelen, így az kiváló tapasztalatszerzési, tanulási és kapcsolatteremtési lehetőséget jelent. Mivel a konferenciát Európában rendezik, a konferencia fő témái között kapott helyet a technológiaelemzés (HTA) kérdései a közép- és kelet-európai országokban.

#### **Mi az egészségügyi technológia?**

Az egészségügyi technológia a prevencióval, diagnosztikával és terápiával kapcsolatos tudományos eredmények gyakorlati megvalósítása. Vannak, akik az egészségügyi technológia fogalmát az eszközökkel, műszerekkel és más hardverrel azonosítják. Az egészségügyi technológiaelemzés azonban, mint önálló diszciplína, az egészségügyi technológia fogalmát szélesebben definiálja. Az egészségügyi technológia átfogó definíciója magában foglalja azt a sokszoros és összetett kölcsönhatást is, amely az egészségügyi technológiák és az azokat használó szakemberek, valamint a paciensek között áll fenn. Az OTA (Office of Technology Assessment) 1978-ban publikált definíciója szerint: "Egészségügyi technológia: az egészségügyben használatos gyógyszerek, eszközök, terápiás és műtéti beavatkozások, valamint azon szervezeti és támogató egységek összessége, amelyen belül az egészségügyi ellátás folyik."

Az egészségügyi technológiák a következő hat nagyobb csoportba sorolhatók:

- a) eszközök, berendezések, felszerelések és segédeszközök;
- b) gyógyszerek;
- c) terápiás, ápolási és sebészeti beavatkozások;
- d) az egészségügyi ellátás szervezete, felépítése;
- e) kiszolgáló; valamint
- f) szervezeti és menedzsment rendszerek.

#### **Mi az egészségügyi technológiaelemzés?**

Az 1972-ben létrehozott OTA (Office of Technology Assessment) 1994-ben publikált definíciója szerint: "Az egészségügyi technológiaelemzés az egészségügyi technológiák, az azzal összefüggő technológiák és az ezekkel kapcsolatos területek olyan strukturált analízise, amelynek célja az egészségpolitikai döntések előkészítéséhez való hozzájárulás." Az OTA első technológiaelemzési programját 1975-ben végezte, ez a dátum tekinthető a technológiaelemzési kutatások kezdetének.

Az egészségügyi technológiaelemzés kanadai intézete (Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, CCOHTA) megfogalmazása szerint: "Az egészségügyi technológiaelemzés az orvosi technológiák és felhasználások folyamatának elemzése. Kutatóink az orvosi technológiákkal kapcsolatosan rendelkezésre álló információkat elemzik és szintetizálják. Ezek az információk vonatkozhatnak a költségekre és felhasználásokra, a költség-hatékonyságra, a költség-haszon viszonyokra és az életminőségre, valamint magukban foglalják a társadalmi és etikai kérdéseket is."

A technológiaelemzés különféle definíciói lényegében csak megfogalmazásukban, esetleg hangsúlyaikban térnek el egymástól. Valamennyi definíció megegyezik abban, hogy az egészségügyi technológiaelemzés a használatos technológiáknak és azok hatásainak a szisztematikus elemzésével foglalkozó diszciplína, amely tevékenység során egy vagy több területet ölel fel a következő főbb csoportok közül:

- a) klinikai biztonság;

- b) a folyamatok jellemzői;
- c) hatásosság;
- d) hatékonyság;
- e) gazdasági következmények;
- f) társadalmi, jogi, etikai és politikai kérdések.

### **Az egészségügyi technológiaelemzés legfontosabb nemzetközi szervezetei**

Az egészségügyi technológiaelemzés nemzetközi szövetsége (International Society for Technology Assessment in Health Care – ISTAHC) 1985-ben alakult, jelenleg számos szakember a tagja a világ 69 országából. A nemzetközi szövetség lapja a “The International Journal of Technology Assessment in Health Care” a legszínvonalasabb egészségügyi technológiaelemzéssel foglalkozó tudományos folyóirat. Valamennyi fejlett országban nemzeti szövetségek működnek A Technológia Elemzés Magyarországi Szövetsége – ETE 1997-ben alakult. További információ a [www.istahc.org](http://www.istahc.org) honlapon található.

Az egészségügyi technológiaelemzéssel foglalkozó (non-profit, független) szervezetek 1993-ban hozták létre hálózatukat (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment – INAHTA), amelyhez eddig 19 ország 32 intézménye csatlakozott. A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Közszolgálati Tanszék, Egészségügyi Gazdaságtani és Technológiaelemzési Munkacsoport (HunHTA) 2001 óta tagja az INAHTA hálózatnak.

Az együttműködés célja a kutatások és a dissze-mináció nemzetközi összehangolása, felesleges párhuzamosságok megszüntetése. A szervezet átlagosan 200 vizsgálat eredményét (INAHTA Report) teszi közzé évente, jelenleg 500 INAHTA technológiaelemzési vizsgálat van folyamatban. További információ a [www.inahta.org](http://www.inahta.org) honlapon található.

*Dr. Gulácsi László PhD  
Egészségügyi Gazdaságtani és  
Technológia-elemzési Munkacsoport,  
Budapesti Közgazdaságtudományi és  
Államigazgatási Egyetem, Közszolgálati Tanszék*

[Vissza a  
tartalomhoz](#)

## **Pontosítás és reagálás a “Kik oktassák a diplomás ápolókat?” című íráshoz**

Nagy érdeklődéssel és örömmel olvastam két volt tanárom: Csóka Mária főiskolai adjunktus úrhölgy és Balogh Zoltán főiskolai adjunktus, alelnök úr észrevételeit a “Kik oktassák a diplomás ápolókat?” című írással kapcsolatban. Úgy érzem, hogy elértem a célot. Mély és tudományos következtetést nem akartam levonni. Nem ez volt a cél, hanem az, hogy rávilágítsak egy szerintem jelenlévő problémára, miszerint az ápolók kinőtték azokat a kereteket, melyeket az orvosok szabtak meg, illetve határoltak be számunkra. Az egyetemi képzés megszerzésével úgy érzem nagykorúvá cseperedett e szakma/tudomány, ezért nagyobb jogokat és felelősséget követel magának. Ez természetesen az ápolók oktatására is értendő.

Elnézést kérek az olvasóktól és Csóka Mária főiskolai adjunktustól, hogy itt-ott részemről elkövetett téves fogalmazás miatt nem volt érthető az írásom. (A gondolatébresztő mivolta miatt nagyon sarkosan fogalmaztam.) Megkísérlem pár mondattal a félreérthető megfogalmazásomat kijavítani, illetve a kollégák észrevételeire reagálni.

Ápolók oktassák a szaktantárgyakat teljes egészében, ha az elvárt magas követelményeknek megfelelnek. Az írásomban is közöltem: “Az oktatást végző személlyel szemben természetesen rendkívül magas követelményeket kell támasztani. Minimum feltételnek tekintem az egyetemi végzettséget és öt év szakmai gyakorlatot. A szakma fejlődése érdekében az oktatott tárgyhoz készítse el a saját főiskolai jegyzetét, vagy tankönyvét.” Az ápolók által történő oktatást úgy képzelem el, hogy az oktató elmondja a különböző kórképek okait, tüneteit, lefolyását, kezelési elveit, majd ehhez kapcsolódva kifejti az ápolási teendőket, melyek a betegség és a kezelés miatt adódhatnak. Az ápoló oktató tudja **gyakorlatából** és elméleti ismereteiből, hogy milyen és mennyi orvostudományi ismeret szükséges ahhoz (milyen alapot kell lerakni), hogy erre építhesse az ápolási ismereteket. Mivel oly szorosan (elválaszthatatlanul) kapcsolódik a szaktantárgyakban a gyógyítás és az ápolás – ezt Csóka Mária adjunktusnő is alátámasztotta – ezért nonszensz mesterségesen szétválasztani azzal, hogy 1 ápoló és 1 orvos okítsa.

Természetesen jó lenne, ha az ápoló oktatónak pedagógiai végzettsége is lenne (ez a közeljövő elérendő céljának kell tekinteni), de ekkor természetesen az orvos oktatóktól is elvárnám a pedagógiai diplomát. Nem becslöm le

azokat a XIX.-XX. századi orvosokat, akik felkarolták az ápolást, de a XXI. században már meg kell tudni a saját lábunkon állni. Nagyon örülök, hogy a budapesti Egészségügyi Főiskolán “Mára valamennyi képzésben részt vevő orvos ismeri az új ápolásfilozófiai fogalmakat, tudja, hogy mi az ápolási folyamat, ápolási diagnózis, ápolási terv...” (Csóka Mária adjunktusnő szavait idézve) Gondolom ezeket az ismereteket nem az orvosképzés 6 éve alatt szerezték meg az orvos oktatók, mivel mindössze (legalábbis itt a SZTE-en) 6 óra elméleti képzést kapnak az ápolástudomány témaköréből. Így az orvosokat az ápolástudomány szele csak igen kis mértékben lengi körül.

Több szakmai könyvankéton vettem részt, és a résztvevő kollégák minduntalan elmondták az igényüket a különböző ápolási szakterületeket lefedő könyvek iránt. Sokszor megkérdezem, miért nem veszik a fáradságot a főiskolai oktatók, hogy írják meg saját oktatási segédanyagukat, jegyzetüket, esetleg könyvüket. Általában a válaszok egybecsengtek Balogh Zoltán kollégám szavaival. Én tényleg átéltem a jegyzet illetve a könyvírás minden kínját. Azonban a nehézségekkel nem lehet mentegetni magunkat. Aki a magyar ápolás felemelkedése iránt el van kötelezve annak vállalnia kell ezen akadályokat. Gondolom a Magyar Ápolási Egyesület – látván ezen gondokat- mindent el fog követni, hogy a jegyzetet, könyvet író kollégákat segítse.

A Magyar Ápolási Egyesületnek nem vagyok a tagja. Természetesen, amennyiben úgy látom, hogy az ápolók érdekeit, az ápolás ügyét markánsabban, karakánabban, következetesebben, tudják/akarják képviselni, akkor ott a helyem.

Nem vitatom az elmúlt 10-20 év eredményeit, melyek az ápolóképzés területén végbementek. Ma a rendkívül gyors átalakulás korszakát éljük, ezért nem szabad hátradőlni, hanem a változás tempóján gyorsítani kell. Sajnálom, hogy az írásom szerintem fontosabbik témájához, miszerint “lesz-e kit oktatni” kevés reflexiót kaptam. Vagy talán evidencia az, hogy a kollégák anyagi gondok miatt elhagyják a pályát, illetve a végzést követően el sem helyezkednek az egészségügyben? Bele kell törődnünk? Attól félek addig fogunk filozofálgatni azon, hogy ki oktassa az ápolókat, míg nem lesz kit.

Én nem az orvosok ellen érveltem a cikkemben. Nem kérdőjelezem meg az egymásra utaltságunkat, azaz csak együtt vagyunk képesek a beteget megfelelően szolgálni, de a szakmánk oktatásában nekünk ápolóknak kell nagyobb szerepet vállalni. Szerintem ez a jövő útja, mivel bizonyos dolgokban türelmetlen vagyok, szeretném, ha erre nem kellene 15-20 évet várnom. E két nagyszerű szakember megtisztelő reagálást őszintém köszönöm.

*Irinyi Tamás  
osztályvezető ápoló  
SZTE Pszichiátriai Klinika*