

Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? - A kiégés veszélyei ápolók körében*

Pálfi Ferencné főiskolai adjunktus
PTE Egészségügyi Főiskolai Kar

A vizsgálat célja: Megismerni a burnout-szindróma (kiégés-szindróma) előfordulását az egészségügyi és szociális intézményekben dolgozó ápolók körében. Feltárni a kiégés összefüggéseit a szociodemográfiai faktorokkal. Megállapítani azt, hogy milyen hangsúllyal bír a betegek állapotának súlyossága, mint munkaprobléma, intenzív, aktív és krónikus ellátású osztályokon.

Vizsgálati módszerek és minta: A kutatás vizsgálati módszere zárt, önkitöltős, anonim kérdőív volt. A kérdőív, a szociodemográfiai kérdések kivételével, nemzetközileg elfogadott és használt, a kiégés szindrómára standardizált kérdőív volt. A felmérést Baranya megyében, Pécsen végeztük 2000-ben. A randomizált mintát az egészségügyi és szociális intézmények ápolói alkották. A felmérés egyszeri, reprezentatív volt. A beérkezett kérdőívek közül 805 db került feldolgozásra.

Eredmények: A felmérés adatai szerint a szociodemográfiai faktorok egyike sem korrelál a burnout-kérdőív összpontszámával. Meghatározó viszont a munkahelyi jellemzők körül az osztály ellátási formája. Az intenzív osztályokon dolgozó ápolók között magasabb a kiégés aránya, őket követik a krónikus, majd az aktív osztályokon dolgozó ápolók. Befolyásoló tényezőként hat még a főálláson túl végzett melléktevékenységek ténye, valamint az erkölcsi és anyagi megbecsülés hiánya is.

Változások az egészségügyben

Napjainkban az egészségügyre jellemző változások bevezetése már visszafordíthatatlan folyamat.

A betegellátás új rendszerének megvalósulása új szakmai, gazdasági, pszichológiai és etikai kritériumokat is jelent egyben. Az ellátás minőségének biztosítása részben a technikai színvonal függvénye, de annak pszichoszociális környezete – a beteg kezelésében és ápolásában közvetlenül vagy közvetett módon részt vevő egészségügyi személyzet attitűdje és magatartása – erősítheti vagy gyengítheti az előbbi hatását. A változások megsokszorozzák a konfliktusszituációk kialakulásának valószínűségét, és így a stressz keletkezésének lehetőségét.

Pszichológiai összetevők az ápolásban

Az emberek gondolása, ápolása stresszel telített munka. Túl sok stresszhatás rontja az ítélőképességet, testi, lelki betegséget okozhat, és lehetetlenné teszi a stresszor leküzdését.

A túlterheltség, a munka kontrolljának hiánya, a nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőségek, a szerepek tisztázatlansága, az emberek szenvedése és halála, a három műszak, és a gépies iramú munka, az alulfizettség mind olyan munkakörü stresszt előidéző tényezők, amelyek pszichológiai rendellenességek kialakulását okozó faktoroknak tekinthetők.

A munkával kapcsolatos stresszorokra adott reakciók a személyiségtől, annak „szilárdságától”, az egészségi állapottól, a korábbi stressz tapasztalatoktól és a megküzdés eszközeitől függenek. Az észlelt munkastressz és a személyiség elégtelensége közrejátszik a kiégés kialakulásában. A kiégés szindróma, idegen kifejezéssel burnout jelenség, reményvesztettség, elfásultságot jelent.

A munkahelyi stressz diagnosztikája

A szervezetekre, így az egészségügyi intézményekre is jellemző, hogy az ott folyó munkának, a dolgozók személyiségének és interperszonális kommunikációinak, társas kapcsolatainak olyan jellegzetességei vannak, amelyek stresszkeltők lehetnek.

Alapvetően két csoportba sorolhatjuk ezeket a tényezőket:

- a munka jellegéből adódóan,
- és az egyének személyiségéből fakadóakra. (6)

Egy adott munkakör jellegéből sokféle stresszkeltő körülmény adódhat. Minden munkahelyi pozícióhoz szerepelvárások társulnak, amelynek a munkavégzés során meg kell felelni. A munkahelyi környezet, az információ megfelelő áramlása vagy megakadása bizonyos szinteken, a vezetés gyakorlati megvalósulása szintén lényeges stresszkeltők lehetnek.

Az egyén számos tulajdonsága, személyiségjegye szerepelhet stresszforrásként. Bizonyos emberek könnyen frusztrálódnak, állandóan magas a szorongás-szintjük. Mások a pozitív gondolkodás hiányával megnehezítik a megfelelő csoportlétkör kialakulását, rontják a csoportmunka hatékonyságát.

A stressz kialakulásának tehát nagyon nagy jelentősége van mind közösségi, mind pedig egyéni szinten. (5)

A burnout-szindróma

A burnout fogalom határai ma még meglehetősen bizonytalanok, összemossódnak a munkahelyi stressz, a munkával való elégedettség és a munkapszichológia által tanulmányozott fogalmakkal. A tünetek differenciálása is problémát okoz, hiszen a kiégés ugyanolyan szimptómákat eredményez, mint a depresszió, vagy a szorongás.

A burnout megjelenésének környezeti feltételei azok, amelyek ezt a szindrómának tekinthető jelenséget jól elkülönítik. Amíg motivációról, elégedettségről, stresszről bármilyen foglalkozás, állás, vagy szélesebb értelemben bármilyen típusú kapcsolat esetében beszélhetünk, addig a kiégés specifikus azokra a helyzetekre, amelyekben a segítő kapcsolatok dominálnak. Ilyen mindegyik segítő szakma, de a nevelés és a házasság is. Ezeken a területeken általában főszerepet játszik az emberekkel való kapcsolat kiépítése, és optimális esetekben ennek a kapcsolatnak, ha nem is lángoló, de legalább parázsló intenzitása van. Ha ez lényegesen csökken, akkor beszélünk kiégésről. (7)

A szindróma tudományos besorolása és definíciója

A kiégettség vagy foglalkozási deformáció szociálpszichológiai fogalom. Mint ilyen különbözik a klinikai diagnózisoktól, például a depressziótól. A szindróma (tünetcsoport) fogalmával a szociálpszichológia az egyén és a környezet közötti kölcsönhatásokra koncentrálna. Az érintett ember, mint az adott normák megvalósítására törekvő társadalom aktív tagja egy személyben a veszélyes állapot okozója és veszélyeztetettség alanya – az „okozat”.

Az ilyen problémákat nehéz bevallani egy olyan társadalomban vagy foglalkozási ágban, amelynek legfőbb normái a teljesítmény vagy az önzetlen önfeláldozás.

A kiégettség jelensége frontálisan ütközik össze az ezredforduló világának klasszikus és olimpiai életmottójával: gyorsabban, messzebbre, magasabbra. A panaszok mind a testi, mind a lelki közérzetet érintik és a szociális kapcsolatokat is veszélyeztetik. (3)

Maslach a jelenség három dimenzióját írja le (4):

1. Érzelmi kimerültség.
2. Deperszonalizáció (elszemélytelenedés).
3. Csökkent teljesítőképesség.

A kiégettség és a család kölcsönhatásos kapcsolata

Néhány példa az ápolók és családjuk mindennapjaiból:

- A normális élet-és munkaritmustól eltérő, esti és hétfégi munkavégzéssel járó foglalkozásgyakorlás az egyén szociális kapcsolatainak beszűküléséhez vagy elvesztéséhez és az egyén izolálódásához vezethet.
- Az állandó professzionális empátia követelménye a folyamatos kapcsolatteremtés annyi energiát igényel, hogy a magánéletben már alig marad a segítőnek erőtartaléka.
- A munka közben elsősorban a krízisbe jutottakkal, szenvedőkkel dolgozók állandóan arra törekednek, hogy azokban fenntartsák a reményt.
- A segítőket annyira azonosulhatnak klienseikkel, hogy magukévá teszik azok nyomasztó problémáit - világukból árnyékvilág lesz.
- Munkavégzésükhöz, a reménykeltéshez viszont szükségük van arra, hogy legyen elegendő saját erőforrásuk. Kézenfekvő, hogy ezt például a családjuktól várják, hogy az gondoskodjon arról, hogy megtarthassák munkaképességüket.
- A segítő foglalkozást végző gyakran „hazaviszi” nemcsak el nem végzett munkáját, hanem a napi megterhelést is. Ha egy nehéz nap után valaki fizikailag és lelkileg is megterhelt, akkor nem tud még a családjának is maximális támogatást nyújtani. Életszükséglete viszont, hogy a családjától erősítést kapjon. Az adás-vétel dinamikája kiegyensúlyozatlanná válik.

Sokszor így a többi családtag nem kaphatja meg a segítő foglalkozást űzőtől azt, amire ön maga fejlődéséhez szüksége lenne (a házastárs az aktív figyelmet, a gyermekek a szerető édesanyját).

A kutatás célja és szociológiai kiindulópontja

A vizsgált populációban feltárni a burnout-szindróma előfordulásának gyakoriságát.

Meghatározni, mely szociodemográfiai faktorok azok, amelyek befolyásolják a szindróma kialakulását.

Feltérképezni, hogy milyen súlyú az ápolóra, gondozóra nehezedő fizikai és pszichés teher, különböző ellátási helyeken.

Vizsgálati módszerek, minta

A felmérésben alkalmazott vizsgálati módszer zárt, anonim, önkitöltős kérdőív volt. A vizsgálatba bevontuk a Pécs egyetemi város kórházaiban, klinikáin és szociális intézményeiben dolgozó ápolókat, akik intenzív, krónikus és aktív ellátási formájú osztályokon dolgoztak. A minta kiválasztására egyszerű random módszer

alkalmazásával került sor. 1050 db kérdőív került kiosztásra, 920 db érkezett vissza, ebből 805 db volt értékelhető.

Mérőeszközök

Az önkitöltős kérdőív három részből állt.

- A szociodemográfiai faktorok.
- Burnout kérdőív (H.J. Freudenberger és G. Richelson 1980 [2] által szerkesztett kérdőív, amellyel a kiégés fokozatait tudtuk megállapítani a vizsgált populációban).
- Személyes burnout tüneti kérdőív (S.H. Appelbaum 1980) (1) által szerkesztett kérdések. Ennél a kérdőívénél burnout-állapot testi és pszichológiai tüneteire kaptunk választ.

Hipotézisek

1. Az ápolók körében a szociodemográfiai faktorok (kor, nem, iskolai végzettség, munkakör, egészségügyben eltöltött idő, másodállás ténye, pályaelhagyás gondolata) befolyásolják a burnout kialakulását.
2. Bizonyos intézményes faktorok (a betegek ellátási formája, a kórházi osztályok típusai, bérezés) szerepet játszanak a kiégés kialakulásában.

A minta sajátosságai

Az összpopuláció 94%-a (756 fő) nő, 6%-a (49 fő) férfi volt. A mintában szereplők átlagéletkora 34 év, a legfiatalabb 18 éves, a legidősebb 61 éves volt. A résztvevők 3,3%-a az életkort illetően az átlagkategóriába tartozott.

A vizsgált populáció életkor szerinti megoszlása 46% (366 fő) 31 év alatti, 38% (309 fő) 31-45 év közötti, 16% (130 fő) 45 év feletti.

Az egészségügyben eltöltött évek számának átlaga 13,13 év a legkevesebb 0,5 év, legtöbb 42 év. Szakmai végzettség aránya: szakképzetlen ápolók aránya 18%, szakápoló és magasabban kvalifikált ápolók aránya 82%, ebből felsőfokú diplomások aránya 6%.

Eredmények

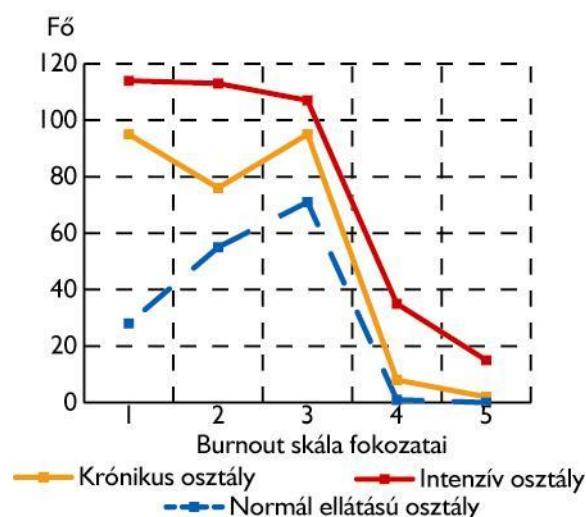
A burnout-kérdőív eredményei:

Az általunk használt kérdőív célzatosan a burnout-szindrómában szenvedő egyén viselkedési mintáira kérdez rá, konkrét élethelyzetekben. A burnout-szindróma intenzitását a vizsgálat populációban az 1. táblázat és az 1. ábra szemlélteti.

Fokozatok	N=805	
Egészen jól van	237 fő	29,4%
Vannak dolgok, amelyekre oda kell figyelni	244 fő	30,3%
Veszélyben van	273 fő	33,9%
Kiégetség állapotában van	44 fő	5,5%
Gyógyításra szorul	7 fő	0,9%

1. táblázat - A burnout-szindróma intenzitásának fokozatai a vizsgált populációban

A burnout-kérdőív összpontszámait összehasonlítottuk a szociodemográfiai adatok közül a korrall, a beosztással és a munkaviszonnyal, valamint a szocio-demográfiai adatokat is egymással.



1. ábra – A burnout szindróma intenzitásának fokozatai az összpopuláció vonatkozásában 2000-ben (N=805)

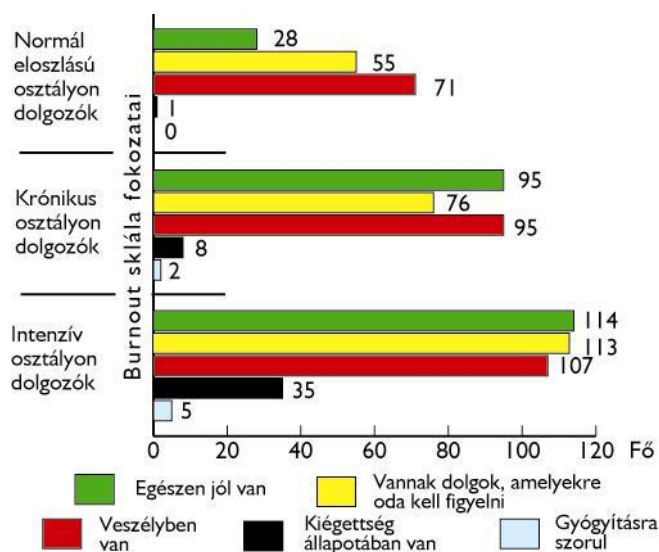
Az összehasonlításokból kitűnik, hogy a burnout-kérdőív összpontszámával sem a kor, sem a munkaviszony, sem a beosztás nem korrelál. Az egyes hipotézis azon része, amely szerint a szociodemográfiai faktork befolyásolják a kiégést, megdőlni látszik. Másrésről viszont a főálláson túl végzett melléktevékenység és a pályaelhagyás gondolata hatással van az ápolók kiégésére.

Az összpopuláció 93%-a vallotta azt, hogy nem becsülik meg munkájukat megfelelően. Az alacsony bérezés arra kényszeríti őket, hogy melléktevékenységgel egészítsék ki keresetüket. Nagyon sokszor pihenőnapjukon teszik ezt, de nem ritka a „második” műszak ténye sem, más munkahelyeken (takarítás, kereskedelem, ügynöki munka). A pályaelhagyás gondolatának szignifikanciáját a burnout-kérdőív össz-pontszámával elkülönítve értékeljük az ellátási forma és a melléktevékenység szignifikanciájától. Ez azt mutatja, hogy a pályaelhagyás gondolata szoros összefüggésben van a kiégettséggel. Az egészségügyi szakmából való kilépés a megkérdezettek 66%-át jellemezte a jelenben, vagy az elmúlt időszakban, míg 34% vallotta azt, hogy ezzel a gondolattal még nem foglalkozott.

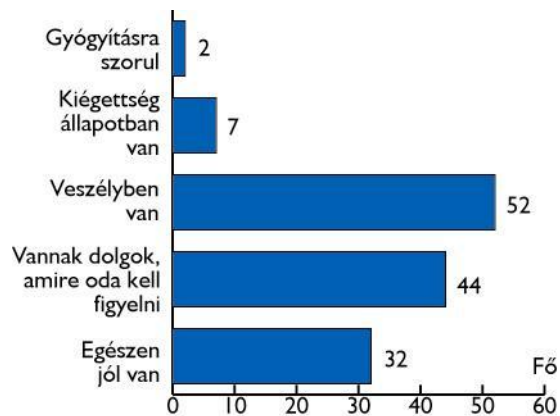
Az ellátás formája – A betegek súlyossági foka, mint kiégést befolyásoló tényező

Az összpopuláció burnout-skála szerinti eloszlását szétbontottuk, a különböző ellátási formájú osztályokon dolgozókra. A számadatok eloszlása mindhárom esetben jól követi a normál eloszlást.

Az egyes burnout-fokozatok közötti százalékos arányokból kitűnik, hogy az intenzív ellátási formájú osztályokon dolgozók között a „kiégetség állapotában levők és a gyógyításra szoruló” együttes aránya 10,7% (40 fő), míg ugyanezen arány a krónikus osztályokon 3,6% (10 fő), aktív osztályokon 0,6% (1 fő). (2. ábra)

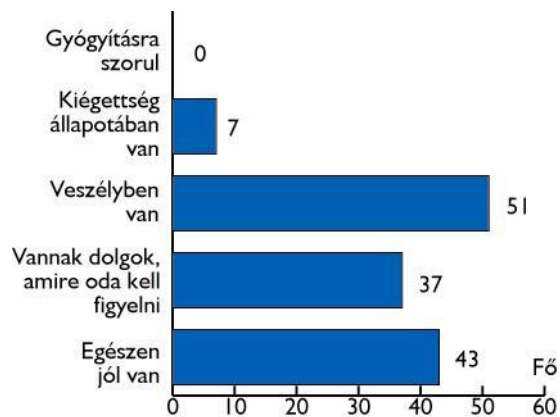


2. ábra – A burnout szindróma intenzitása különböző típusú osztályokon

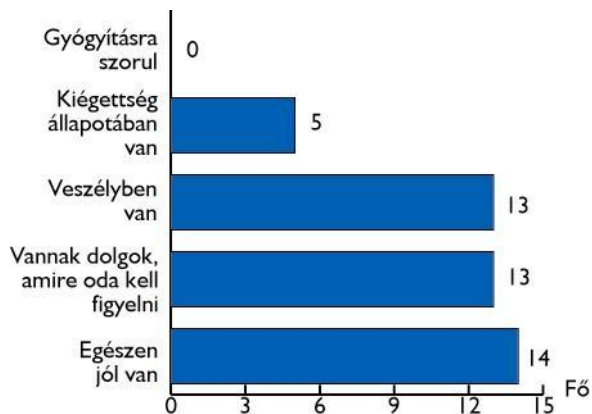


3. ábra – A burnout szindróma intenzitása belgyógyászati osztályon 2000-ben (N=137)

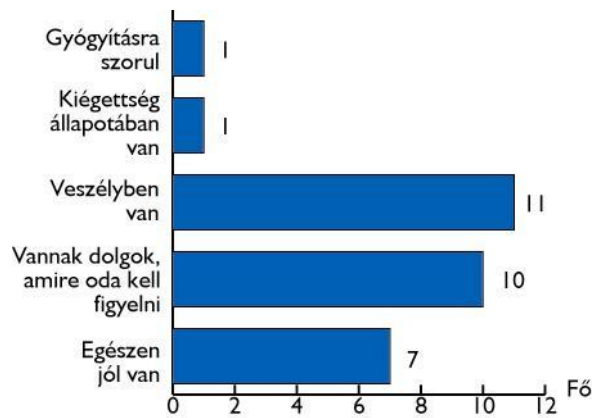
A kiegyettségi arány szakmák szerinti felosztásban, a teljesség igénye nélkül: belgyógyászati osztályokon (3. ábra), sebészeti osztályokon (4. ábra), neurológiai osztályokon (5. ábra), onkológiai osztályokon (6. ábra), gyermekgyógyászati osztályokon (7. ábra), szülészet-nőgyógyászati osztályokon (8. ábra), valamint a háziorvosi szolgálatnál (9. ábra).



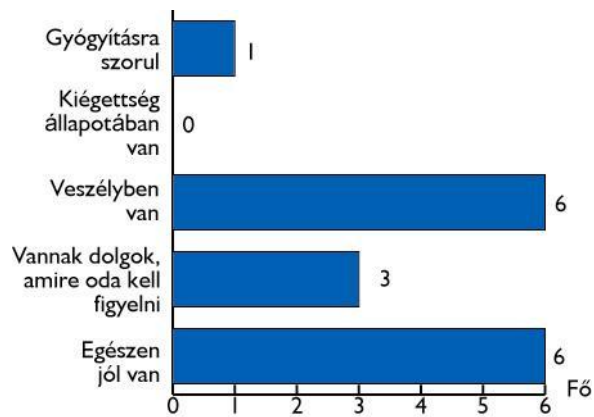
4. ábra – A burnout szindróma intenzitása sebészeti osztályon 2000-ben (N=138)



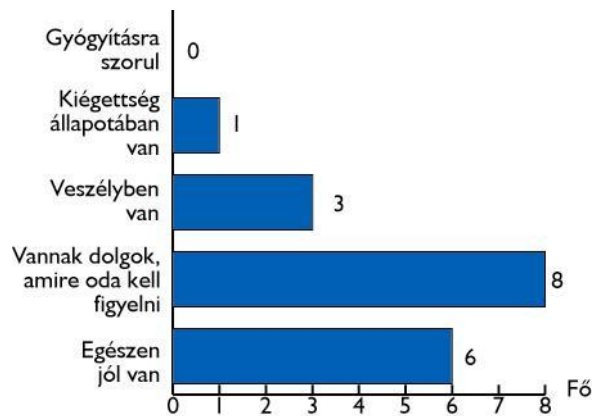
5. ábra – A burnout szindróma intenzitása neurológiai osztályon 2000-ben (N=45)



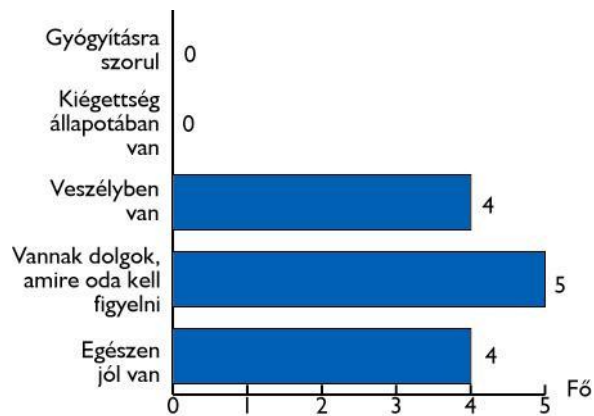
6. ábra – A burnout szindróma intenzitása onkológiai osztályon 2000-ben (N=30)



7. ábra – A burnout szindróma intenzitása gyermekgyógyászati osztályon 2000-ben (N=16)



8. ábra – A burnout szindróma intenzitása szülészet-nőgyógyászati osztályon 2000-ben (N=18)



9. ábra – A burnout szindróma intenzitása háziorvosi szolgálatban 2000-ben (N=13)

Megválaszolásra került a kettes számú kutatási kérdés azon része, amely az osztályok ellátási formájára és a betegek súlyossági fokára kérdezett rá.

Következtetés – A megelőzés fontos lépései

A kutatás elsődleges célja az volt, hogy meghatározzuk azokat a személyi és környezeti tényezőket, amelyek felelősek az érzelmi kimerülés kialakulásáért, a személyes teljesítmény csökkenéséért, egyszerűen a kiegészítés kialakulásáért.

A kérdőívekben használt háromtípusú kérdéskör összehasonlításából kitűnik, hogy ezek mindegyike jól felhasználható egymás külső megbízhatósági forrásaként.

A tesztek összpontszámai minden esetben jól korrelálnak egymással. Az egyes összpontszámok és a kérdőív személyi és munkahelyi jellemzőinek összehasonlításából viszont arra a következtetésre jutottunk, hogy a szociodemográfiai adatok egyike sem szignifikáns a burnout-szindróma kialakulásával, sokkal inkább függ a tesztek eredménye a munkahelyi körülményektől, az intézet illetve osztály ellátási formájától. Ez nem jelenti azt, hogy a szociodemográfiai adatok nincsenek befolyással a kiegészítés tényére, a vizsgált populáció esetében egyetlen személyes adat sem minősült lényeges kockázati tényezőnek.

Az intenzív osztályokon dolgozó ápolók között több mint kétszer olyan magas a kiegészítési arány (10,7%), mint a krónikus ellátású osztályokon (3,6%), illetve az aktív ellátású osztályokon dolgozók esetében ez az arány (0,6%).

Valószínű, hogy az intenzív osztályon dolgozó ápolók nap, mint nap szembekerülnek azokkal a helyzetekkel, amelyeket képtelenek megoldani, amelyekből való menekülés rengeteg energiát vesz igénybe és szorongást okoz.

Az egészségügyben kardinális problémának tekinthető az ápolók bérezésének alacsony volta, amely arra kényszeríti őket, hogy a fárasztó munka mellett még másodállást vállaljanak.

A fáradt ápoló nem képes az elvárásoknak megfelelni, több a tévedés, fáradtak, frusztráltak az ápolók.

Az ápolói pályát elhagyó egyének elvesztegetik a képzettségüket azok, akik mégis maradnak, meglehetősen nagy pszichológiai árat fizetnek ezért.

A munkaadó szervezet elveszít tehetséges embereket, és gyenge teljesítményt kap alkalmazottaitól. Végül de nem utolsósorban a betegek számára elvész a minőségi ellátás lehetősége.

A megelőzés fontos lépései:

- az idő szorításának feloldása jobb időbeosztással;
- a felelősség megosztása a munkaközösségben;
- a reális célok kitűzése, ami lehetővé teszi a hatékonyság megítélését és a megfelelő visszajelzést;
- a jobb munkakörülmények és autonómia biztosítása;
- kölcsönös támogatás és bátorítás – család, munkahely és a saját fejlődésünk által ránk rótt feladatokkal;
- megfelelő szakmai fejlődés és előrejutás lehetőségeinek megadása, ha azt a dolgozó igényli;
- a rekreációs idő kihasználása pihenéssel, kikapcsolódással;
- relaxációs technikák, rendszeres testgyakorlás;
- a célok meghatározása és az idővel való helyes gazdálkodás – mert a célok meghatározásának sikertelensége kielégületlenséghez és elégedetlenséghez vezet;
- csak annyit vállalni, amennyi kényelmes és el kell fogadni, hogy van olyan eset, amikor nemet kell tudni mondani;
- támogató társas kapcsolatokat a munkahelyen és azon kívül;
- határt szabni a munkahely és a privát szféra közt;

- a munka megváltoztatása – ha csökkentjük a felelősséget, a túlterhelést, a nem egyértelmű munkahelyzeteket és konfliktusokat;
- esetmegbeszélések, Bálint-csoport, rendszeres szupervízió, illetve gondozás.

A felsorolást hosszan folytathatnánk. Ennyi példa is elég azonban annak érzékeltetésére, hogy strukturális tisztázatlanságok és összefonódások a folyamatos munka mellett, vagy annak részeként, állandó, sok energiát igénylő megterhelést jelentenek. Ezt az érintettek általában csak akkor tudatosítják magukban, amikor már folyamatos változtatás nem lehetséges, ugyanis ekkor már visszavonhatatlan összeomláshoz vezet az út. Előzzük meg a kiégést, figyeljünk egymásra, azokra az egészségügyi dolgozókra, akik hivatásként művelik az ápolást, akik ma még szeretnénk, a jövőben lehet, hogy bennünket ápolnak!

Irodalom

1. Appelbaum S.H. (1981): Stress management for Health Care Professionals. An Aspen Publication. Aspen Systems Corporation
2. Freudenberger H. J. and G. Richelson (1980): Burnout: The High Cost of Achievement. Doubleday and Company.
3. Hézszer, G. (1996): Miért? Rendszerelmélet és lelkipálczó gyakorlat. Kálvin Kiadó, Budapest.
4. Maslach C., Jackson S.E., Leier M.P. (1996): Maslach Burnout Inventory; Manual 3rd Edn. University of California, Consulting Psychologist Press, Palo Alto.
5. Piko B. (1995): A stressz szociológiája: változás és stresszmenedzsment az egészségügyben. Lege Artis Medicinae. 1995;5(3):286-289.
6. Stoms P, Spector PE (1987): Relationship of organisational frustrational with reported behavioural reactions: The moderating effect of locus of control. J. Occup. Psychol.;60 227-234
7. Szilágyi, K. (1997): Pszichés terhelés és munkaközvetítés. A burnout jelenség. Gödöllői Agrártudományi Egyetem Gazdaság-és Társadalomtudományi Kar Tanárképző Intézete. Gödöllő.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Ápolási dokumentáció az informatikai rendszerben

Nyakas Eszter

prevenciós főmunkatárs, Fejér Megyei Szent György Kórház

Az elektronikus ápolási dokumentáció a modern ápolástudomány alapvető eleme. Alkalmazása megkönnyíti az ápoló munkáját, gazdaságosabbá teszi az intézmény működését és lépést tart a tudomány fejlődésével. Az információtechnológia fejlődése és az egészségügyben végbement változások szükségessé teszik e téren is az ápolás szakma felzárkóztatását. A Fejér Megyei Szent György Kórház ápolásvezetése célul tűzte ki az elektronikus ápolási dokumentáció magvalósítását. A fejlesztés során a könnyen-, és minden szakmacsoportban alkalmazható, jól áttekinthető, időtakarékos, tartalmában és formájában egységes dokumentációt biztosító rendszer kialakítására törekedtünk.

Az egymással kapcsolatban álló információs folyamatokat együtt információs rendszernek nevezzük. Az információs rendszerrel szemben támasztott követelmények a gyors és pontos kommunikáció, a nagy mennyiségű adat tárolása és a gyors adatfeldolgozás. Ezen követelményeket a számítógép tökéletesen kielégíti! A számítógépes rendszerek nagy előnye az információ áramlás és feldolgozás sebességének jelentős növekedése. Magyarországon ma már az egészségügyi intézményekben elektronikus úton történik a betegforgalom dokumentálása, a gazdasági rendszerek, az anyaggazdálkodás és a munkaügy területén az adatok feldolgozása, elemzése, statisztikák készítése. A kórházi informatikai rendszer legfontosabb feladata a mindennapos orvosi és az adminisztratív munka segítése, amellyel lehetővé válik a gyors és pontos adatfelvétel, a felvett adatok és események elektronikus tárolása, előkeresése, on-line módon történő vizsgálatkérés, kórlapvezetés, zárójelentés-írás. A lehetőségek tárháza végtelen. A rendszerből mindeddig csak az ápolás elektronikus dokumentálása hiányzott. A papír alapú dokumentáció heterogén, míg az egységesített ápolási dokumentáció homogén egységet alkot az adott kórház osztályai között. A kutatások szempontjából igen lényeges a hazai ápolási dokumentáció vázának egységesítése, amelynek segítségével országos vagy regionális kutatásokat lehet végezni.

Természetesen az elektronikus adatfeldolgozás nem zárja ki a papír alapú rendszerek által nyújtott funkciókat, mivel szükség és igény esetén azok bármely része nyomtatható.

A Fejér Megyei Szent György Kórház ápolásvezetése kiemelkedő feladatának tekinti az egységesített ápolási dokumentáció bevezetésének kérdését. Nehéz feladat ez, mivel megyei kórház révén igen sokféle szakága van jelen az orvoslásnak és az ezt párhuzamosan kísérő ápolásnak. Az ápolásvezetésre e feladat kidolgozása igen komoly munkát rótt. A feladat kidolgozásának munkafázisait az alábbiak szerint osztottuk fel:

- Minden osztály a saját profiljának megfelelően **kidolgozta a nyomtatott formátumú ápolási dokumentációt**, melyet már évek óta alkalmaznak. Feladatunk az egységesítés megoldása volt.
- Mielőtt azonban a feladathoz láttunk volna, **létrehoztunk egy dokumentációs teamet**, amely tagjai a főbb szakmacsoportokat képviselték. A csoport tagjai gyakorló ápolók voltak, akik OKJ - ápoló, diplomás ápoló és egyetemi okleveles ápoló végzettséggel rendelkeztek. Első lépésként **megterveztük az egységesített, de még nyomtatott formátumú ápolási dokumentációt**. Minden szakma képviselője feljegyezte azokat az ápolási anamnézisben, tervben, zárójelentésben szereplő adatokat, amelyeknek megjelenítését kiemelten fontosnak tartotta az egységesített dokumentációban.
- Második lépésként fel kellett venni a kapcsolatot azzal az informatikai céggel, amely az egységesített, még nyomtatott formában lévő ápolási dokumentációt **integrálni tudja a kórházunk által alkalmazott MedSolution informatikai rendszerhez**. Ez a szoftverfejlesztés mind az informatikai cég, mind pedig a kórházi dokumentációs team részéről igen sok munkát és egyeztető megbeszélést igényelt. Az intézmény működését akkor tudja egy számítástechnikai rendszer automatizáltan és hatékonyan támogatni, ha azt munkatársak ismerik és tudatosan alkalmazni is tudják.
- A számítástechnikai rendszerek elfogadása érdekében az Informatikai Osztály rendszeres **továbbképzéseket szervez, amelyek vezetését képzett informatikus szakemberek végzik**. A képzések heti 2x2 órában, 30 órán keresztül voltak megrendezve. A hatékony tanulást elősegítette, hogy kis csoportokban, maximum. 6 fő részvételével oktattak a szakemberek technikailag magas szinten felszerelt oktatótermekben.
- A **bevezetés** fázisában nyolc olyan osztályt választottunk ki, amelyek vezetői a fejlesztésben aktívan részt vettek.

Az elektronikus Ápolási Dokumentáció elkészítése során több kiemelkedően fontos szempontot kellett figyelembe venni. A legfontosabb, hogy a felhasználó számára legyen:

- életszerű,
- minden szakmacsoportban jól alkalmazható,
- könnyen értelmezhető,
- könnyen tanulható,
- könnyen hozzáférhető,
- időtakarékos,
- a felhasználót biztonságosan azonosító,
- adatvédelmi szempontból megbízható,
- nyomtatható,
- biztonságosan integrálható a meglévő kórházi informatikai rendszerhez,
- tartalmában és formájában egységes dokumentációt és
- egyszerű adatkeresést biztosító rendszer.

Elektronikus ápolási dokumentáció analízise

Az ápolási informatika a kórházi információs rendszernek egyik alrendszerét képi. Az alrendszerek fontos jellemzője, hogy megfelelő biztonsággal és gyorsasággal kommunikáljanak egymással. Egy megfelelően, átgondoltan kiépített információs rendszer magába foglalja az orvosi, az ápolói, a diagnosztikai és gazdasági egységeket.

A fejlesztés során az adatvédelem szigorú szabályainak betartása nagyon fontos szempont. Az ápolók jogosultságuk szerint kaptak hozzáférési lehetőségeket. A hozzáférés személyre szabott, amit azonosító és jelszó szabályoz. A dolgozó rendszerbe történő belépését azonnal rögzíti a rendszer, az adatokhoz való hozzáférés és változtatásuk szabályozott formában történik.

Az elkészített elektronikus ápolási dokumentáció három fő modulból áll, melyek megnevezésekor nem tértünk el a már gyakorlatban bevezetett elvektől:

- ápolási anamnézis,
- ápolási terv,
- távozási lap.

Ápolási anamnézis anamnézisének és jelenlegi státuszát. Az elektronikus forma előnye, hogy, felvételkor elkerülhetjük az írásos dokumentációnál előforduló ismételt adatfelvételt, mert amennyiben a beteg már

megfordult az intézményben, adatai azonnal előkereshetővé válnak, amelyek előhívásával időt takaríthatunk meg. Az adatok helyességét azonban minden esetben szükséges felülvizsgálni.

A beteggel történő első találkozás során az ápoló felméri a beteg általános, pszichés, szomatikus és szociális állapotát. A felmért eredményeket rögzíti az erre alkalmas modulban. Jelenleg hetven anamnézist és státuszt meghatározó paraméter kitöltésre van lehetőség, melyek közül az ápoló azokat a mezőket tölti ki, amelyek az adott beteg állapotát jellemzik. A modulban kialakítottunk olyan kötelezően kitöltendő mezőket, amelyek kitöltése nélkül a felhasználó nem tudja bezárni az aktuálisan futó programot. Leggyakrabban előforduló paraméterek az allergia, a vitális paraméterek és a diéta. A kötelezően kitöltendő mezők kiválasztását az osztályokra bíztuk, hogy a rájuk speciális adatokat válasszák ki.

Az anamnézis kitöltése során előre meghatározott, standardizált – az informatikusok által bármikor bővíthető – adatok közül van lehetőség választani. Többek között a diéta formáit is ennek alapján standardizált adatokkal határoztuk meg, ezzel elkerülve a gyakori szakzsargonok, pl. epés, cukros stb. megnevezések előfordulását a dokumentációban.

Mindhárom modulban – így az Ápolási Anamnézisben is – lehetőséget biztosítunk az ápolónak, hogy felmérésének eredményét megjegyzésként leírhasa saját szavaival is abban az esetben, ha olyan információval találkozik, ami nem szerepel az anamnézis közt felsoroltakban. Így a standardizált adatok használata mellett is megvalósul az individuális ápolás.

A modul utolsó elemeként szerepel a „fontos információ” elnevezésű mező, ahová az ápolók leírhatják (vagy az előre megfogalmazottak közül kiválaszthatják) azokat az adatokat, amelyek nem szerepelnek az anamnézis paraméterek között, de az információ megjelenítését fontosnak ítélik. Pl. HIV, vagy Hepatitis C fertőzött, gravid stb.

Az ápolási dokumentáció minden része nyomtatható. A nyomtatási formában csak azok az adatok szerepelnek, amelyeket az ápoló kitöltött az adatfelvétel során. Ez költségkímélő, mert nem okoz felesleges papírfelhasználást a kitöltetlen adatok nyomtatott formában történő megjelenítése.

Ápolási terv

Leggyakrabban az ápolási tervet alkalmazzák az ápolók munkájuk során. A megvalósított alkalmazás lényege, hogy az egy gombnyomásra beemelhető sémák segítségével fogalmazzák meg az ápolók az adott műszakban történt eseményeket. Ennek előnye, hogy időtakarékos, mert az ápolónak nem kell megfogalmazni a diagnózisokat, a hozzá tartozó tevékenységeket és az értékelést, mert azt az előre elkészített adatbázisból egy gombnyomással el tudja érni. Ezek az adatok szakmacsoportok szerint standardizálva vannak. Az előre standardizált adatok kiválasztása elkerülhetővé teszi az elgépelésből adódó félreértéseket, kiküszöböli a fogalmazási különbségekből adódó hibák megjelenését.

A sugók osztály specifikus adatokkal kerültek feltöltésre. Minden osztály meghatározta a gyakorlatban előforduló leggyakoribb ápolási diagnózisokat, tevékenységeket, beavatkozásokat, értékelést stb., amelyekkel a sugókat töltöttük fel.

A terv hat fő részből épül fel, amelyek kitöltése menüvezérelt, egyszerű és időtakarékos:

1. Ápolási események

A mezőbe azok az adatok kerülnek kitöltésre, amelyek a beteggel történtek az adott műszakban. (Pl.: vizeletét nem képes visszatartani, éjszaka rendszeresen ágyba vizez.)

2. Ápolási diagnózis

Az ápolási diagnózis a beteg megállapított problémája, amit az ápoló az összegyűjtött információk alapján határoz meg. Az ápolási diagnózis készítéséhez jó szakmai felkészültség szükséges. Az elektronikus ápolási dokumentáció alkalmazása során szakmailag ellenőrzött, standardizált meghatározások kerülnek a modulba beépítésre. Az eddigi gyakorlatban gyakran előforduló hiba volt az ápolási diagnózisok megállapításakor a nem kellő körültekintéssel megfogalmazott diagnózisok ápolási dokumentációba történő bekerülése, és a már megfogalmazott diagnózisok műszakonkénti indokolatlan ismétlődése. Tapasztalatunk, hogy az elektronikus dokumentáció alkalmazása során a fent említett hibás gyakorlatot felváltotta a standardizált adatok alkalmazása. Betegenként és műszakonként az ápolók rendszeresen akár 5-8 ápolási diagnózist fogalmaznak meg, ami teljességgel lefedi a beteg problémáját. (Pl.: Szöveti épség károsodásának kockázata, az inkontinencia miatt.)

3. Ápolási tevékenységek

Ápolási tevékenységek mezőbe összefoglaltuk azokat az ápoló által elvégzett beavatkozásokat, tevékenységeket, amelyekre az adott műszakban került sor. (Pl.: katéterezés megtörtént)

4. Értékelés

A betegtől és a környezetétől kapott, illetve felmért események, történések összesítésének dokumentálására alkalmas mező. (Pl.: katéterezést követően vizelete jól ürül, a beteg panaszmentes.)

5. Vizsgálatok, beavatkozások

Az orvos által elrendelt vizsgálatok és beavatkozások összessége. (Pl. UH, RTG, konzíliumok stb.)

6. Időre előjegyzett vizsgálatok

A program segítséget nyújt a távolabbi időpontban tervezett vizsgálatok és beavatkozások időpontjának folyamatos figyelemmel kísérésére. Az ápoló dokumentálja a vizsgálat nevét és pontos időpontját, ezt követően az áttekintés képernyőn a rendszer folyamatosan figyelmeztet a legközelebbi vizsgálat idejére. Előnye, hogy nem szükséges naponta átmásolni a tervezett vizsgálatokat, ezzel elkerüljük a másolásból és egyéb átirásból adódó hibákat. A mező három vizsgálatot képes egyszerre tárolni, de ez igény szerint bővíthető.

Távozási lap

A távozási lap a modern ápolástudomány elengedhetetlen része. Segítségével tájékoztatjuk az otthonába, más intézménybe bocsátott, vagy intézményen belül áthelyezésre kerülő beteg állapotáról a beteg családtagjait, a házi-betegápoló szolgálatot illetve a fogadó osztály személyzetét. A modul szerkezetében hasonlít az ápolási anamnézisre, azzal a kiegészítéssel, hogy távozáskor a felmért státuszhoz ápolási javaslatot csatolunk.

Az elektronikus ápolási dokumentáció megvalósítását követő terveink

Az elektronikus ápolási dokumentáció bevezetésénél lényeges az adatbázis gondos rendszerszemléletű megtervezése. A rendszer indulását követően szükséges annak folyamatos karbantartása és fejlesztése. A számítástechnika szinte napról napra változik, megújul és a gyors változásokkal lépést kell tartanunk. Már a megvalósítás során felmerült a fejlesztés lehetősége. Terveink közt szerepel a következő tevékenységek bevezetése:

Kutatás

A számítógépen feldolgozott adatok a felhasználó igénye szerinti szempontok figyelembevételével rendszerezhetők és kutatási célokra felhasználhatók. Az adatok támpontot nyújthatnak az egy ápolási eset során felhasznált eszközök, anyagok mennyiségéről, ennek segítségével tervezhetővé válik az egyes betegségtípushoz köthető anyagfelhasználás.

Ételrendelés

A diéta elektronikus úton történő megrendelése kiemelkedő jelentőségű az ápolási folyamatban. Amikor a beteg felvételre kerül, az ápoló rögzíti az anamnézisében a diéta formáját, illetve a normál étrendet, ami betegenként és osztályonként összesítésre kerül, a diétás szolgálat on-line módon eléri az osztályok összesített munkalistáját melyen keresztül megrendelhető a diéta.

Protokoll

Kórházunkban a minőségügyi rendszer, ezen belül a protokollok számítógépes hálózaton keresztül érhetők el. Az utasítások megfogalmazzák az adott beavatkozásokhoz szükséges feladatokat. Terveink, hogy szerint ezek gombnyomásra megjeleníthetők lesznek az ápolási dokumentációban.

További elképzeléseink közé tartozik, hogy a rendszer képes legyen munkalistán összesíteni a betegellátó osztály aznapra szóló összes elvégzendő beavatkozásait, és időrendben, a beteg adataival (név, kórterem, ágyszám, vizsgálat) kinyomtatható formában biztosítsa azt az ápoló számára.

Palmtop

Fejlesztésként tervezzük palmtopok alkalmazását, amelyek kézi adatrögzítőként nagymértékben megkönnyítik az ápoló munkáját. A palmtop olyan kézi eszköz, amely közvetlen összeköttetésben áll a központi számítógéppel vagy terminállal, kézben elfér, az ápoló munkája közben azonnal rögzítheti a kívánt adatokat. Osztályátadáskor történő alkalmazása egyszerű és időtakarékos, mivel a beteg teljes dokumentációja, gombnyomásra azonnal előkereshető, az adott műszakra, vagy akár a bent fekvés teljes időtartamára vonatkozóan. Vizit során már a betegágnál rögzíthető az orvos által kért beavatkozás, vizsgálat és egyéb elvégzendő ápolási tevékenység.

Az elektronikus ápolási dokumentáció a modern ápolástudomány alapvető eleme. Használata megkönnyíti az ápoló munkáját, lehetőséget biztosít arra, hogy növelni tudjuk a beteg és az ápoló közti személyes kontaktus időintervallumát, gazdaságosabbá teszi az intézmény működését és lépést tart a tudomány fejlődésével.

[Vissza a tartalomhoz](#)

Minőséget a betegeknek! Egy elégedett beteg a minőség záloga

Ráczné Nagy Gabriella

Bevezető

Mi a minőség?

A társadalom tagjainak életében előbb-utóbb bekövetkezhet, hogy valamelyik egészségügyi szolgáltatást igénybe veszi, ami nemcsak egyszeri alkalmat jelenthet, hanem a betegség súlyosságától függően akár többszöri ott tartózkodást is maga után vonhat.

Az egészségügyi intézetek szempontjából sem mindegy, hogy a beteg milyen ellátást kap, mennyire van megelégedve a szolgáltatással. A jó minőséget az élet minden területén igénylik az emberek.

A minőség nemcsak „pozitív”, de negatív is lehet, hiszen nemcsak jó, de rossz minőséget is előállíthatunk.

Mi tehát a minőség, mit takar ez a szó:

A Nemzetközi Szabványügyi Szervezet szerint, „a minőség a termék vagy a szolgáltatás olyan tulajdonságainak és jellemzőinek összessége, amely tulajdonságok és jellemzők hatással vannak a termék vagy a szolgáltatásnak arra a képességére, hogy kinyilvánított, vagy elvárható igényeket kielégítse”.

A hétköznapi értelemben számtalan módon helyettesíthető a minőség szó. Ilyen például a hibátlan, megbízhatóság, színvonalas és tartós.

A minőség már az egészségügyben sem új koncepció, hiszen Hamurabi törvényei súlyosan büntették a nem megfelelő eredményre vezető orvosi-sebészeti ellátást.

Az egészségügyben a céltudatos minőségbiztosítási tevékenység először a XIX. század közepén a kórházi ápolásban jött létre.

Minőségbiztosítás az egészségügyben

Az egészségügyi minőségbiztosítás fő célja, hogy az állampolgár mindig jó minőségű ellátásban részesüljön.

A siker azon múlik, hogy a vezetők, a dolgozók és a menedzserek között lévő kommunikáció mennyire jó. Gyakorlati megvalósítása a minőségfejlesztési cikluson keresztül történik, ahol egy évre előre meghatározzuk a legfontosabb célokat, és megoldandó problémákat.

Egészségügyi minőségbiztosításról akkor beszélünk, ha az egészségügyi szolgáltatás minőségének ellenőrzéséhez csatlakozik, egy olyan folyamatosan működő visszacsatoló rendszer, amely a minőségtől való eltérést azonnal jelzi és beindítja a javító mechanizmust és a hibáért felelőssé tehető tényezőket is kijavítja (Boján F.).

Figyelemmel kell kísérni a szolgáltatás színvonalát, nem elég egyszer megfelelni az elvárásoknak. Egy országos szintű szervezeten belül elfogadhatatlan a hullámló teljesítmény és gyakorlat, tehát nagyon fontos lehet a minőségfejlesztés és irányítás, melyben a vezetőknek van nagy szerepe „a célkitűzéstől a megvalósításig”.

Az egészségügyi minőségfejlesztésnél folyamatok azonosítása kritikus pontok megállapítása és a folyamatok „tökéletesítése” a cél. Ha ebben a tevékenységben a szervezet elkötelezett, a folyamatok tökéletesíti, akkor a minőség folyamatosan javul, a szervezet egyre magasabb minőség elérésére képes.

Betegellátás

Amikor a betegellátás minőségügyi kérdésével foglalkozunk célszerű a Donabedian-féle minőségdimenziókat vizsgálni.

Ennek megfelelően figyelembe vesszük:

- a struktúra (tárgyi, személyi feltételek);
- a folyamatok (pl.: betegellátás, betegvizsgálat, diagnosztika stb.);
- az eredmények (pl. elégedettség vizsgálatok).

Minőség a páciens szempontjából

A páciens szempontjából az egészségügyi szolgáltatás minőségét azon is lemérhetjük, hogy a szolgáltatásban részesülő személy azt kapja-e, amire szüksége van.

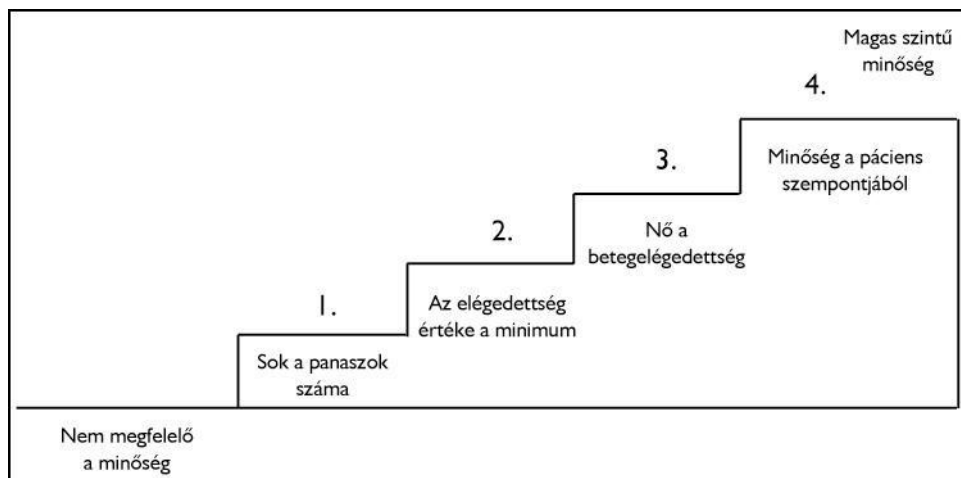
Hasznossági szempontból azt jelenti, hogy a szolgáltatás mennyire segítette megőrizni, illetve helyreállítani a beteg egészségét.

A beteg nemcsak akkor „fogyasztó”, amikor valamilyen panasszal fordul az orvoshoz, hanem teljes életciklusában. Igénye az egészség megőrzése, helyreállítása, valamint a megromlott egészség esetén az elérhető legjobb állapot elérésére irányul.

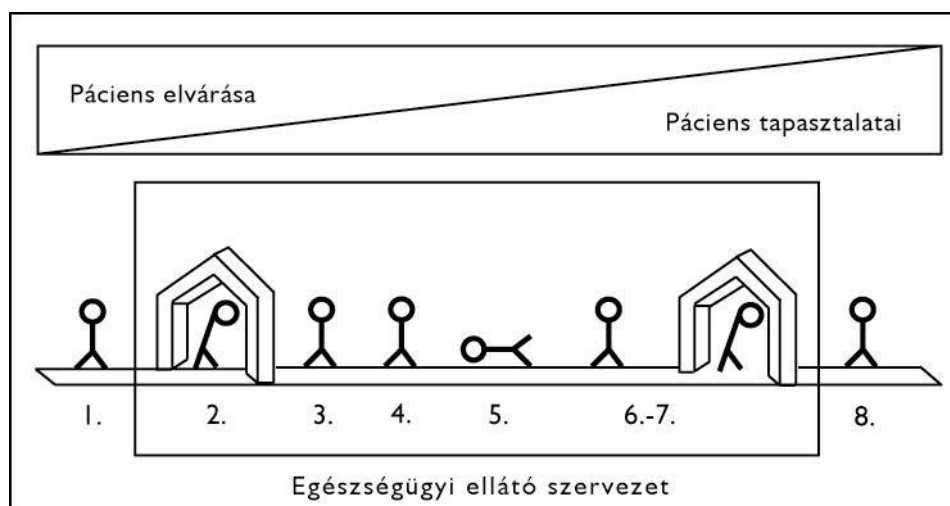
A páciens szempontjából tekintett minőség a következő lépcsőfokokon keresztül közelíthető meg. (1. ábra)

- Az első lépcsőfok a betegpanaszok száma.
- A második lépcsőfok a betegelégedetlenség mértéke, itt még előfordulnak panaszok a betegek nincsenek tisztában azzal mi a színvonal, melyet joggal elvárnak.
- A harmadik lépcsőfok a kifejezett betegelégedettség. Itt már a minőség megfelel a beteg elvárásának.

- A negyedik a legmagasabban lévő lépcsőfok fejezi ki a páciens szempontjából vett ideális minőség, tehát a maximális eredmény elérése a legelviselhetőbb körülmények között.
A szolgáltatást, mint folyamatot elemezhetjük és segítségével a gyenge illetve a kritikus pontokat megtaláljuk. (2. ábra)



1. ábra - A páciens szempontjából elérhető minőség lépcsőfokai



2. ábra - A folyamatelemzés (a számok a folyamat elemzés lépéseit jelölik)

Ez a folyamatábrázolási modell segítséget nyújt az egészségügyi személyzetnek abban, hogy a beteg szemszögéből tudjuk vizsgálni a szolgáltatást.

A modell lépésekre bontja le a szolgáltatási folyamatot, ezeket a páciens szempontjából egyenként vizsgáljuk meg.

A folyamat elemzésének lépései:

1. A szolgáltatás kiválasztása (beutalás)

A kiválasztási folyamat minőségét azon mérjük le, hogy hány kliens ellátását utasította vissza az osztály, mivel nem arra a betegsége szakosodott, vagy nem megfelelő az osztály befogadóképessége.

2. A belépési pont: a szolgáltatóval való első kapcsolat (porta, felvételi iroda, kartonozó) adminisztratív munka, de a beteg szempontjából jelentős.

Hiba lehet: – az adminisztratív huza-vona;

– a hosszú várakozás.

Fontos, hogy milyen könnyű bejutni a szervezetbe és milyen lényeges információkat kap a beteg.

3. A páciens itt került először kapcsolatba olyan személlyel, aki a szolgáltatást képviselői (betegfelvételi iroda).

Kritikus pontok a várakozási idő és körülmények

4. A felmérés: a szolgáltatásért felelős személy hallgatja meg a páciens.

Szempontra legyen, hogy a betegben kialakuljon a bizalom, a szakmai hozzáértésükben, emberi tulajdonságaink iránt.

5. *Az ellátás folyamata:* ez a szakasz felöleli, majdnem a teljes egészségügyi szolgáltatás menetét. (a diagnózis felállításától - a terápiáig).

Figyelnünk kell:

- a hotelszolgáltatás minőségét;
- egyes vizsgálatokra, terápiás beavatkozásokra való várakozás ideje és körülményei;
- megfelelő felvilágosítás, betegtájékoztatás;
- Bánásmód, személyzet modora, stb.

6.-7. *Az ellátás lezárása, elbocsátás,* amikor a szolgáltatást nyújtó személy összegzi az elért eredményt. Ilyenkor a betegnek további ellátásra lehet szüksége, vagy az eredmény tükrében a páciens elbocsátásra kerül.

Teendőink: az adminisztráció lezárása,

a beteg tájékoztatása a további teendőkről, az új életvitelről.

8. *A követés.* A páciens távozásakor fény derülhet arra, mennyire volt hatásos az ellátás. A modell lépéseiben megtalálható hibák felfedezése, megtalálása, segíthet a szolgáltatás minőségének javításában.

Ennek a tanulmánynak az a célja, hogy a minőségi szemléletre hívja fel a figyelmet. A minőségbiztosítás kiváló eszköz, hogy felhasználva a rendelkezésünkre álló erőforrásokat, kövessük a folyamatainkat, megtaláljuk a kritikus pontokat, magasabb szintű szolgáltatást nyújthassunk.

Az egészségügyi piacosodása

Hazánkban az egészségügyi reform az új finanszírozási rendszer bevezetése versenyhelyzetet teremtett az egészségügyi intézmények között, a beteg megnyerése a „kiváló minőség” elérése a fontos.

Célként fogalmazza meg, hogy a betegigények kielégítése érvényesüljön, ezért az állami és magán intézmények között nagy lehet a különbség elégedettségi szempontból.

A „piacosodó” egészségügyben csak azok az intézmények tudnak fennmaradni, amelyek minél hatékonyabb ellátást, a legjobb minőséget nyújtják.

A versenyközpontú piacon a hangsúly az elégedetlenség elkerüléséről áttevődik az elégedettség növelésére, ahol az ellátás a kliens értékrendje szerint történik.

A minőségbiztosítás bevezetése a Debreceni Orvostudományi Egyetemen

Magyarországon az egészségügyi minőségbiztosítási tevékenység szakmai szervezetekben az 1990-es évektől jelent meg.

Legegyszerűbb értelemben a minőségbiztosítás nem más, mint gondoskodás arról, hogy minden –amit teszünk – jó legyen.

Az 1997. évi egészségügyi törvény, (1999. január 1.) kötelezővé teszi a minőségügyi rendszerek működését, hatására 1998-ban létrejött a Debreceni Orvostudományi Egyetemen, jelenleg DE-OEC területén a Minőségügyi Iroda.

Feladata a Centrum egész területén folyó minőségfejlesztési tevékenység koordinálása.

Főbb tevékenységei közé tartozik, hogy előkészítik, az egyes szervezeti egységekben rendszer belső felülvizsgálatait, irányítják az auditokra való felkészülést, jelzik a dokumentációs változásokat, szervezi a beteg- és dolgozói elégedettségi vizsgálatokat, végzi a kérdőívek kiértékelését, és a jelentések ellenőrzését.

A **DE OEC-n az /ISO: 9001-2000/** szabványrendszerét vezették be 2000. áprilisában, ekkor kezdődött egy folyamat, amely megfelel az egészségügyi igényeknek, és hangsúlyt fektet a folyamat fejlesztésére, kevésbé merev dokumentációs rendszere, tekintettel van a szakma szabályaira, a törvényekre és külön figyel a betegelégedettségre.

Célja a rendszer kiépítésével: a munkakörökhöz tartozó felelősségek, hatáskörök tisztázása és a betegelégedettség mérése. Minőségügyi vezetők továbbképzésen vettek részt, így váltak informálttá az elvégzendő feladatokról illően. Felismerték a minőségi munka fontosságát, ezért évente egy részletes és gyors felülvizsgálatot végeznek, ezek az úgynevezett belső auditok.

A kiépítésében összesen 30 egység a gyógyító-betegellátó, diagnosztikus, valamint a gazdasági igazgatóság vett részt. Az ISO rendszer bevezetése és működtetése nemcsak a betegellátást segítheti (ami önmagában is dicséretes eredmény), hanem a dolgozókat is, mivel javulhatnak a munkakörülmények és szervezettebbé teszi a munkát. Az orvosképzésben érintett hazai felsőoktatási intézmény közül a 2002. december 18-án DE OEC elsőként szerezte meg teljes körűen az ISO-tanúsítványt. A minőségirányítási rendszer kiépítésekor azt tartották szem előtt az egészségügyi intézmények, hogy magas színvonalú szolgáltatást tudjanak nyújtani, ami hosszú távon eredményhez vezet.

A betegelégedettség mérése

Ma már egyre több hazai egészségügyi intézmény alkalmazza a betegelégedettségi vizsgálatot, mint az eredmény minőségének egyik legfontosabb ellenőrzési módszere kérdőíves módszerrel történik, a kapott adatokat hasznosítják és elemzik.

Az eredmény elősegíti a szervezet színvonalasabb működését és a hibák kijavítását, kiküszöbölését. A beteg elégedettsége elengedhetetlen feltétele minden egészségügyi intézmény fennmaradásának. Elemzése a vezetés számára is fontos információt tartalmaz, ami visszajelzésül szolgálhat a betegek véleményéről, a betegellátás körülményeiről. A vizsgálat során megismerhetjük az érintettek elvárásait, azokat a minőségi összetevőket, amiket a betegek fontosnak tartanak.

A betegek véleményének megismerésére szolgál a kérdőív

A betegelégedettségi mutatók értékelése a minőségi szabályozás részét alkotja. Az általam felhasznált kérdőívet a minőségügyi iroda bocsátotta a rendelkezésemre, mely tartalmazza a következő kérdéseket. (Betegelégedettségi kérdőív megtalálható a folyóirat nyomtatott változatában.) A vizsgálaton felmerülő probléma fontosságát 1-től 5-ig lehet értékelni. Néhány kérdésre IGEN és NEM variációk közül lehet választani.

A vizsgálatot a DE OEC Szülészeti klinikán feküdt 21 nőbeteg önkéntes alapon töltötte ki.

A kérdőív felosztása:

- első részben a betegek az őket érő első benyomásról nyilatkoznak;
- második szakaszban a páciensek véleményét az egészségügyi szolgáltatásról kérdezem részletesen az orvosi és nővéri munkáról, valamint az őket érő külső hatásokról;
- a harmadik fázisban található a betegek véleményének teljes összefoglalása, ezen kérdés feltevésekor derül fény arra, hogy a páciens mennyire volt megelégedve a szolgáltatással;
- a negyedik részben általános kérdésekre kellett válaszolniuk a betegeknek.

A betegek összességében elégedettek voltak az ellátás színvonalával, hiszen úgy nyilatkoztak, hogy amennyiben szükség lenne rá, visszajönnének és mivel már jártak más egyetemi klinikán, így volt összehasonlítási alapjuk.

Mi javíthatja a minőséget?

A betegnek elvárása nem csupán az egészségügyi személyzettel szemben van, hanem a helyiségek tisztasága, az elavult gépek, orvosi műszerek, és eszközök állapota is fontos tényező. A páciens gyógyulását még jobban elősegíti, ha a velük foglalkozó egészségügyi dolgozók magasan képzettek. Továbbképzésüket az intézmény vezetésének kell megszervezni és biztosítani.

Ösztönző módszerként hathat a dolgozókra;

- ha elismerik és díazzák a minőségért tett erőfeszítést,
- ha hangsúlyozzuk a minőség szerepét és hatását az ellátás minőségére,
- korszerű eszközök megvásárlása, javítja a minőséget, tehát a dolgozók munkáját,
- megfelelő bérosztönző lehet,
- megfelelő munkakörülmények.

Abban az esetben, ha az egészségügyben a minőség nem megfelelő nem csupán a betegek a dolgozók is kárvallottjává válnak a minőség romlásának. Az egészségügyi dolgozók munkájának tehát jelentős szerepe van a minőség javulásában

A minőségfejlesztésre való törekvés során szerzett tapasztalataim alapján néhány tanácsot fogalmaznék meg. Milyen szempontok figyelembevételével tehetjük megfelelővé az egészségügyi szolgáltatást.

- Szükségszerű az egészségügyi dolgozók felelősségének definiálása.
- A minőség legyen mindenki ügye.
- Fejlesztés iránti elkötelezettség alapvető fontosságú.
- Ismerjük fel a rossz minőség mindig drágább.
- Folyamatos szakmai továbbképzés (Egy életen át való tanulás) egy életformává kell, hogy váljon.

Összefoglalás

Ismeretes tény, hogy a minőség szerepe az utóbbi évben megnőtt. Az 1997. évi egészségügyi törvény kötelezővé tette a minőségügyi rendszer működtetését, ennek hatására 1998-tól a Debreceni Orvostudományi Egyetem jelenleg (DE OEC) is elkezdett a minőségügyi kérdéssel foglalkozni. Azért, hogy a minőség jó legyen, a hibákat meg kell találni. Ennek érdekében a szervezet belső auditokkal fényt derít a betegellátás kritikus pontjaira. Ilyen módszer kezünkben a kérdőív, ami a betegeket célozza meg és rámutat azokra a hibákra, melyek az elégedetlenséget tükrözi. A kapott adatokból nem lehet általánosítani, mivel mindenhol más lehet az elégedettség szintje. A DE OEC Szülészeti Klinika a folyamatos fejlődés érdekében 2003. májusában átadták azokat az új vizesblokkokat és kétágyas kórtermeket, ahol nyugodtabb, csendesebb körülmények között pihenhetnek az ellátottak. Célunk tudni azt, hogy mennyire vannak megelégedve a betegek az intézmény

színvonalával, ezért tegyünk meg mindent annak érdekében, hogy jó ellátásban és családias, nyugodt körülmények között gyógyulhassanak a páciensek. Ilyen hatékony eszköz lehet kezünkben a minőségbiztosítás, ami szoros összefüggésben van az elégedett beteggel.

Irodalom

1. Általános és lényeges minőségi követelmények az egészségügyi ellátás minőségi rendszerében OLI/HIETE IV. kiadvány 1999.
2. Belicza Éva, Zékány Zsuzsanna: A minőség fogalmi rendszere az egészségügyben. EMIKK füzet 17. Debrecen, 1998.
3. Boján Ferenc, Belicza Éva: Bevezetés az egészségügyi minőségbiztosításba EMIKK füzet Debrecen, 1995.
4. Gergely Tamás, Szűts Miklós: Minőség az egészségügyben Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 2001.
5. Dr. Gulácsi László - Dr. Balitzky Alexandra: Minőség, minőségbiztosítás az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle 1992. május 30.
6. John Pantall: Minőségügyi kedvezményezések az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál. Egészségügyi Menedzsment 1999. I. 2
7. Láncki Levente: ISO tanúsított lett a Debreceni Egyetem Orvos- és egészségtudományi Centruma Egyetemi Élet a Debreceni Egyetem Lapja XLI/12. 2003. március 26.
8. Rebizsár Zoltán, MBA: Az ISO 9001. Szabvány megújulása a millenniumra. Egészségügyi Menedzsment 1999. I. 2.

[Vissza a tartalomhoz](#)

2003. évi LXXXIII. törvény a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamaráról*

Az Országgyűlés elismeri az egészségügyi szakdolgozók jogát a szakmai önkormányzáshoz. A szakmai önkormányzat lehetővé teszi, hogy az egészségügyi szakdolgozó közvetlenül és választott testületei, tisztségviselői útján demokratikusan – a jogszabályok által meghatározott keretek között -, önállóan intézze szakmai ügyeit, meghatározza és képviselje szakmai, gazdasági és szociális érdekeit, társadalmi szerepének és súlyának megfelelő mértékben járuljon hozzá az egészségpolitika alakulásához, a lakosság egészségügyi ellátásának javításához. Az Országgyűlés e célok elérése érdekében a következő törvényt alkotja:

I. fejezet ÁLTALÁNOS RENDELKEZÉSEK

1.§ (1) A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (a továbbiakban: MESZK) az egészségügyi szakdolgozók (a továbbiakban: szakdolgozó) szakmai érdekképviselői és önkormányzati köztestülete.

(2) E törvény alkalmazásában szakdolgozó az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § d) pontja alapján egészségügyi dolgozónak minősülő, egészségügyi szakképesítéssel rendelkező és a gyógyító-megelőző ellátásban részt vevő személy, ide nem értve az orvost, fogorvost és a gyógyszerészt.

(3) A MESZK feladatait

a) a településeken, fővárosi kerületekben működő helyi szervezetei (a továbbiakban együtt: helyi szervezet),

b) a megyékben és a fővárosban működő területi szervezetei (a továbbiakban: területi szervezet),

c) országos szervezete, valamint

d) az országos, illetve a területi szervezet keretén belül működő országos és területi szakmai tagozatok (a továbbiakban: országos és területi tagozat) útján látja el.

(4) A Kamarában területi és országos szinten, szakmai tagozatok működnek.

A szakmai tagozatok a MESZK-nek, az azonos szakterületen egészségügyi szakdolgozói tevékenységet végző kamarai tagok speciális szakmai tevékenységének elősegítésére és szakmai érdekeinek képviselésére létrehozott, önálló jogi személyiséggel nem rendelkező szervei.

(5) A tagozatok az országos küldöttközgyűlésbe, illetve a területi küldöttgyűlésekbe delegálási joggal rendelkeznek. Az országos tagozatot a területi tagozatok által a területi küldöttgyűlésekbe tagozatonként

megválasztott 5-5 fő alkotja. Az országos, illetve a területi tagozatok megalakulásának, működésének és megszűnésének részletes szabályait az Alapszabály állapítja meg.

(6) A MESZK országos és területi szervezetei jogi személyek. A helyi szervezetek – ha feladataik ellátásához szükséges – az Alapszabályban meghatározott jogi személyiséggel rendelkezhetnek.

(7) A területi szervezet elnevezésében utalni kell annak illetékességi területére.

(8) Az országos szervezet jogosult a Magyar Köztársaság címerének használatára.

(9) Az országos szervezet székhelye: Budapest.

II. fejezet

A MESZK FELADAT- ÉS HATÁSKÖRE

2.§ (1) A MESZK a szakdolgozói hivatás gyakorlásával összefüggő ügyekben képviseli és védi a szakdolgozói kar tekintélyét, testületeinek és tagjainak érdekeit, továbbá a szakdolgozók jogait, valamint képviseli a szakdolgozói kart a hazai és nemzetközi szakmai szervezetekben.

(2) A MESZK az (1) bekezdésben meghatározott feladata körében különösen:

a) megalkotja

aa) Alapszabályát,

ab) a szakdolgozók által végzett egyes szakmai tevékenységek sajátosságait figyelembe vevő Etikai Kódexét, valamint e törvény keretei között meghatározza az etikai felelősség megállapítására irányuló etikai eljárás rendjét tartalmazó Etikai Eljárási Szabályzatát, és az e törvényben meghatározott esetekben tagjaival szemben lefolytatja az etikai eljárást,

b) véleményezi

ba) a szakdolgozói kar tagjainak szakmai tevékenységét, illetve anyagi helyzetét közvetlenül befolyásoló, valamint az egészségügyet egyéb módon érintő jogszabályok tervezeteit,

bb) a szakdolgozói tevékenység szervezeti és működési rendjét, az egészségügyi ellátás, illetve az egészségpolitika főbb fejlesztési irányait meghatározó állami, helyi önkormányzati döntések tervezeteit,

bc) a helyi önkormányzatok egészségügyi ellátási területén működő szakdolgozók és a helyi önkormányzatok közötti szerződések általános szerződési feltételeit,

bd) a szakdolgozói tevékenység körében az egészségügyi szakképzés, valamint kötelező szakmai továbbképzés, vizsgáztatás követelményszintjét, a szakdolgozók képzésével, továbbképzésével foglalkozó intézmények szakmankénti keretszámait,

be) a szakmai alkalmasság tekintetében a szakdolgozói szakképesítéshez kötött tevékenység körében foglalkoztatott magasabb vezető, vezető megbízású szakdolgozók megbízását és a megbízás visszavonását, illetve a magasabb vezető, vezető megbízású szakdolgozó felmentését,

bf) a szakdolgozói tevékenység gyakorlásához szükséges hatósági engedélyezés feltételrendszerének meghatározását,

bg) a külföldi közép-, vagy felsőfokú szakképzés során szerzett szakdolgozói szakképesítések elismerését, illetve az így szerzett oklevelek, illetve bizonyítványok egyenértékűvé nyilvánítását, illetve honosítását, az egyenértékűvé nyilvánítás, illetve honosítás feltételeinek meghatározását,

bh) az egészségügy területén működő egészségügyi szakdolgozói szakterületek szakértői és vizsgaelnöki névjegyzékbe történő felvételét,

c) egyetértési jogot gyakorol,

ca) és részt vesz a szakdolgozói hivatást gyakorlók és az egészségbiztosítás szervei közötti általános szerződési feltételek kialakításában,

cb) a szakdolgozók működési nyilvántartásába történő felvétel nélkül, határozott ideig és helyen végezhető szakdolgozói tevékenység végzésére irányuló, külön törvényben meghatározott tevékenységi engedélyek kiadása során,

d) ajánlásban meghatározza az egyes, térítési díj megfizetéséhez köthető szakdolgozói szolgáltatások díjtételeit,

e) ajánlásokat ad a szabadfoglalkozás keretében ellátott, egyes szakdolgozói szolgáltatások díjtételeinek alsó határait,

f) az érintettek kezdeményezésére egyeztető eljárást folytat le tagjai körében a szakdolgozói tevékenység gyakorlásával összefüggő vitás kérdésekben,

g) feladatkörében együttműködik az egészségügy területén működő társadalmi szervezetekkel, véleményének, illetve döntéseinek kialakításába – szükség szerint – bevonja az érintett érdekképviselőket,

h) feladatkörében együttműködik az egészségügy területén működő más szakmai kamarákkal és egyéb köztestületekkel,

i) felkérésre – kijelölt szerve útján – szakértőként vesz részt a szakképesítéshez kötött egészségügyi szakdolgozói tevékenységek végzésével járó egészségügyi szolgáltatások minőségi ellenőrzésében,

j) nyilvántartást vezet tagjairól, és vezeti a szakdolgozók működési nyilvántartását,

- k) a szakdolgozói szakmai kollégiumok, továbbá a külön jogszabályokban meghatározott szervek és testületek véleménye alapján meghatározza a tagjai körében kötelező továbbképzés szakmai feltételeit, egységes elveit és programjait, rendszeresen ellenőrzi a teljesítést, továbbképzést szervez,
- l) részt vesz a feladat-, és hatáskörét közvetlenül érintő területen működő szakmai testületek, bizottságok munkájában,
- m) kapcsolatot tart más kül- és belföldi szakmai szervezetekkel,
- n) ellátja azokat a feladatokat, amelyeket törvény a hatáskörébe utal, illetve azokat az érintettek megállapodása alapján átadott feladatokat, amelyek átvételét állami, helyi önkormányzati vagy egészségbiztosítási szervektől jogszabály nem tiltja.

A véleményegyeztetés rendje

3.§ (1) A 2. § (2) bekezdésének b) pontjában meghatározott véleményezési jogkörök érvényesülése érdekében a jogszabályok, illetve egyéb döntések előkészítéséért felelős szervek, illetőleg személyek kötelesek

a) a jogszabályok, illetve döntések tervezeteit, valamint azok indokolását véleményezésre olyan módon megküldeni, hogy a MESZK-nek véleménye kialakításához megfelelő idő és ismeret álljon rendelkezésre,

b) a MESZK véleményét az előkészítés során mérlegelni, illetőleg

c) a MESZK véleményének figyelmen kívül hagyása vagy részleges figyelembevétele esetén ennek okairól a döntés meghozatalára, illetőleg a jogszabály megalkotására jogosult személyt vagy szervet, illetve – a jogszabályok, valamint a vezetői megbízással összefüggő munkáltatói döntések kivételével – a MESZK-et írásban tájékoztatni,

d) a 2. § (2) bekezdésének bb) és be) alpontjában foglalt, elfogadott döntésekről, határozatokról a MESZK-et tájékoztatni.

(2) A 2. § (2) bekezdésének be) alpontjában meghatározott véleményezési jogkörében eljárva a MESZK a munkáltatói jogkört gyakorló személyt tájékoztatja különösen arról, hogy a megbízandó, illetőleg a vezetői megbízással már rendelkező személy

a) rendelkezik-e kamarai tagsággal, illetőleg nem áll-e a vezetői megbízást kizáró kamarai etikai büntetés hatálya alatt,

b) szerepel-e a szakdolgozók működési nyilvántartásában,

c) esetében nem áll-e fenn olyan, a MESZK által ismert, jogszabályon alapuló vagy egyéb ok, amely vezetői megbízását kizárhatja vagy befolyásolhatja.

(3) A 2. § (2) bekezdésének b) pontjában meghatározott véleményezési jogkörét a MESZK a véleményt kérő által meghatározott határidőn belül gyakorolja, illetve – az (1) bekezdés a) pontjában foglalt követelményeknek meg nem felelő határidő kitűzése esetén – a határidő lejártát megelőzően javaslatot tehet annak meghosszabbítására. Amennyiben a MESZK a rendelkezésre álló határidőn belül véleményezési jogát nem gyakorolja, vagy nem kéri a véleményezési határidő meghosszabbítását, a jogszabályok, egyéb döntések előkészítéséért felelős szervek, illetve személyek a MESZK véleményének hiányában is kezdeményezhetik a jogszabály kiadását, illetőleg az egyéb döntés meghozatalát. Nem hosszabbítható meg a MESZK véleményezési jogának gyakorlására rendelkezésre álló határidő oly módon, hogy a meghosszabbítás a döntés meghozatalára jogosult szerv tekintetében a döntéshozatal külön törvény szerinti eljárási határidejének elmulasztását eredményezze.

(4) A 2. § (2) bekezdésének c) pontjában, valamint a külön jogszabályban meghatározott kamarai egyetértési jogkör gyakorlása során – ha jogszabály eltérően nem rendelkezik – az államigazgatási eljárás általános szabályairól szóló 1957. évi IV. törvénynek a szakhatóság közreműködésére vonatkozó rendelkezéseit kell értelemszerűen alkalmazni, és a MESZK – egyet nem értése esetén – döntését írásban indokolni köteles.

III. fejezet

A KAMARA SZERVEZETE

A helyi szervezetek

4.§ (1) A helyi szervezetek önálló képviseleti és ügyintéző szervvel rendelkező testületek, amelyek ellátják az Alapszabályban meghatározott kamarai feladatokat.

(2) Azokon a településeken, fővárosi kerületekben, ahol az egészségügyi szakdolgozói tevékenységet helyben végző kamarai tagok száma

a) a 100 főt eléri, helyi szervezetet lehet,

b) a 200 főt eléri, helyi szervezetet kell

létrehozni. Amennyiben azon a településen, fővárosi kerületben, ahol az egészségügyi szakdolgozó tevékenységét végzi, nincsen helyi szervezet, a kamarai tag a választása szerinti, a kamarai tagságának megfelelő területi szervezet illetékességi területén belül működő helyi szervezetnél gyakorolhatja a helyi szervezet tagjait

megillető jogokat és kötelezettségeket. A jogosultságok és kötelezettségek a kamarai tag tevékenységi helyének megváltozása esetén a tevékenysége helyén működő helyi szervezetnél illetik meg.

(3) A helyi szervezet képviseleti szerve a taggyűlés, amely küldött-taggyűlés formájában is megszervezhető. Ha a helyi szervezet tagjainak a száma az 500 főt eléri, küldötteket kell választani.

(4) A küldött-taggyűlésbe 20 tagonként 1-1 küldöttet kell 4 évre a helyi szervezet tagjai közül megválasztani.

(5) A küldött-taggyűlésben időközben megüresedett küldötti helyre az Alapszabályban meghatározott időtartamon belül – az Alapszabály eltérő rendelkezésének hiányában – új küldöttet kell választani.

(6) A taggyűlés (küldött-taggyűlés) határozatképes, ha a tagok (küldöttek) több mint 50%-a jelen van. A határozatképtelenség esetén követendő eljárásra az Alapszabály rendelkezései irányadók.

(7) A taggyűlés (küldött-taggyűlés) határozatait a szavazásra jogosult jelenlévők több mint 50%-ának egyetértő szavazatával hozza.

(8) A taggyűlést (küldött-taggyűlést) szükség szerint, de legalább évente egyszer össze kell hívni. Az Alapszabály a képviseleti szerv kötelező összehívásának más eseteit is megállapíthatja.

5.§ (1) A helyi szervezet ügyintéző szerveinek és tisztségviselőinek a megválasztása a helyi szervezet képviseleti szervének kizárólagos hatáskörébe tartozik.

(2) A képviseleti szerv titkos szavazással 4 évre tisztségviselőként egy elnököt és egy alelnököt választ. Az Alapszabály más ügyintéző szervek és tisztségviselők választását is kötelezővé teheti.

(3) A helyi szervezetek feladatait az Alapszabályban kell meghatározni.

A területi szervezetek

6.§ (1) Valamennyi megyében és a fővárosban képviseleti, ügyintéző szervekkel, valamint önálló költségvetéssel rendelkező területi szervezetek működnek.

(2) A területi szervezet ellátja a törvényben és az Alapszabályban hatáskörébe utalt feladatokat.

7.§ (1) A területi szervezet képviseleti szerve a – törvényben, illetve az Alapszabályban meghatározott feladatok ellátására alakult – területi küldöttgyűlés.

(2) A területi küldöttgyűlésbe az adott területi szervezet illetékességi területén működő helyi szervezetek képviseleti szerve a helyi szervezetek minden 20 tagja után 4 évre egy-egy küldöttet választ a helyi szervezetek tagjai közül.

A területi küldöttközgyűlés tagja továbbá a területi tagozatok által tagozatonként, a tagozat tagjai közül megválasztott 5-5 küldött. Amennyiben a küldött a helyi szervezetek és a területi tagozatok választott küldöttjeként is a területi küldöttgyűlés képviselőjévé válik, köteles nyilatkozni, hogy annak tevékenységében milyen minőségben vesz részt. A területi tagozatok küldöttválasztási jogukat első ízben a megalakulásukat követő első, a küldöttgyűlés megbízatásának lejártja miatt szükségessé váló küldöttválasztás során gyakorolhatják.

(3) A küldöttgyűlésben időközben megüresedett küldötti helyre – a küldötti megbízatásból hátralévő időtartamra – az érintett helyi szervezetek képviseleti szerve, illetve az érintett területi tagozat a megüresedéstől számított 60 napon belül új küldöttet választ. Nem kell új küldöttet választani, ha a küldötti megbízatásból hátralévő időtartam a 60 napot nem haladja meg, és a küldötti hely be nem töltésével a küldöttgyűlés nem válik határozatképtelenné.

(4) A területi küldöttgyűlés határozatképes, ha a küldöttek több, mint 50%-a jelen van. Határozatképtelenség esetén követendő eljárásról az Alapszabály rendelkezik.

(5) A területi küldöttgyűlés határozatait a szavazásra jogosult jelenlévők több mint 50%-ának az egyetértő szavazatával hozza meg. Ha e törvény másként nem rendelkezik, a szavazategyenlőség esetén követendő eljárásra az Alapszabály rendelkezései az irányadók.

(6) A 8. § (1) bekezdése szerinti területi elnökségnek a területi küldöttgyűlést szükség szerint, de legalább évente egyszer össze kell hívnia. Az Alapszabály a képviseleti szerv kötelező összehívásának más eseteit is megállapíthatja.

(7) A küldöttgyűlésre szóló meghívókat a küldöttgyűlés napját legalább nyolc nappal megelőzően a tagok részére postán, tértivevényes küldeményként kell megküldeni. Kivételes esetben, ha azt a küldöttgyűlés sürgőssége indokolja, rövidebb időn belül, de a küldöttgyűlést megelőzően legalább három nappal más, dokumentálható úton is össze lehet hívni a küldöttgyűlést. A meghívó tartalmazza a küldöttgyűlés időpontját és helyét, a napi rendet, valamint a küldöttgyűlés határozatképtelensége esetére a megismételt közgyűlés helyét és idejét. Határozatképtelenség esetén a küldöttgyűlést a határozatképtelen gyűlést követő két napon túli és harminc napon belüli időpontra újra össze kell hívni.

(8) Ha a küldöttgyűlés összehívására nem szabályszerűen került sor, a küldöttgyűlés megtartására csak valamennyi szavazásra jogosult jelenlétében kerülhet sor, ha a szavazásra jogosult küldöttek a küldöttgyűlés megtartása ellen nem tiltakoznak.

8.§ (1) A területi küldöttgyűlés a törvényben és az Alapszabályban meghatározott feladatok ellátására titkos szavazással, 4 éves időtartamra területi elnökséget (a továbbiakban: elnökség) választ, amely az új elnökség megválasztásáig látja el feladatait.

(2) Az elnökségbe tisztségviselőként egy elnököt, – az Alapszabályban meghatározott számú, de legalább négy alelnököt, valamint nem tisztségviselő tagként – az Alapszabályban meghatározott számú - elnökségi tagot kell megválasztani. Az elnökség tagjává kizárólag küldött, vagy a területi tagozat tagja választható meg.

(3) A négy alelnökből egy fő általános és a tagozatokat is képviselő alelnökként, 1-1-1 fő pedig az alapellátás, járóbeteg-ellátás és fekvőbeteg-ellátás körében működő szakdolgozók képviselőjeként kerül megválasztásra.

Az elnök és az alelnökök nem lehetnek azonos tagozathoz tartozó személyek.

(4) Az elnökség határozatképességére és határozathozatalának módjára az 7. § (4) és (5) bekezdésében foglaltak az irányadók.

(5) Az elnökség tagjai, ha nem küldöttek, a küldöttgyűlés ülésén tanácskozási joggal részt vesznek.

(6) A területi szervezet tisztségviselői:

- a) az elnök,
- b) az alelnökök,
- c) az etikai bizottság elnöke.

9.§ (1) A területi szervezet képviselői szerve elnökből és az Alapszabályban meghatározott számú tagból álló etikai bizottságot választ. Az etikai bizottság tagjait az alakuló ülésen kell megválasztani.

(2) Az etikai bizottság tagjain túl a képviselői szerv a bizottság élére tisztségviselőként elnököt választ.

(3) Az Alapszabály elfogadásáig az etikai bizottságban a tagok és az elnök együttes száma a 9 főt nem haladhatja meg.

(4) Az etikai bizottság az e törvényben és az Etikai Eljárási Szabályzatban meghatározott módon

- a) közreműködik a szakmai és etikai normák kialakításában,
- b) az e törvényben meghatározott esetben lefolytatja az első fokú etikai eljárást.

(5) Az (1) - (3) bekezdésekben meghatározott személyeken kívül az etikai bizottság tagjai a területi szervezetnek az eljárás tárgya szerint illetékes szakmai tagozata(i) által az etikai bizottságba tagozatonként négy évre delegált négy tagozati tag közül az etikai bizottság elnöke által etikai eljárásonként felkért két személy.

10.§ (1) A Kamara területi szervezetein belül - a területi szervezethez tartozó kamarai tagok által végzett tevékenység szakmai összetételétől függően – az alábbi szakterületeken lehet szakmai tagozatokat létrehozni:

- a) ápolási,
- b) asszisztensi,
- c) gyógyszerértési asszisztensi,
- d) képalkotó-diagnosztikai,
- e) védőnői,
- f) szülésznői,
- g) mentésügyi,
- h) fizioterápiás-gyógytornász,
- i) dietetikus,
- j) közegészségügyi-járványügyi,
- k) egyéb egészségügyi szakdolgozói.

(2) Az Alapszabály további szakmai tagozatok létrehozásáról is rendelkezhet.

(3) Ugyanazon kamarai tag, egyidejűleg egy szakmai tagozat tagja lehet. Több szakdolgozói szakképesítéssel rendelkező személy azon területi tagozatba kérheti a felvételét, amely szakképesítésnek megfelelő szakdolgozói tevékenységet ténylegesen végez. Az Alapszabály rendelkezése szerint több szakterület közös tagozatot is létrehozhat.

(4) A szakmai tagozat létrehozását az adott szakmai tagozati tagság e törvényben, illetve az Alapszabályban meghatározott feltételeivel egyébként rendelkező legalább húsz, a területi szervezethez tartozó kamarai tag írásbeli kezdeményezése alapján a területi elnökség határozattal hagyja jóvá.

11.§ (1) A szakmai tagozat tagja lehet minden olyan, a területi szervezetnél nyilvántartott kamarai tag, aki a tagozatba felvételét kéri, és a tagozat tagsági feltételeit teljesíti. A szakmai tagozatok tagsági szabályait az Alapszabályban kell szabályozni.

(2) A szakmai tagozatok feladatai:

- a) az egészségügyi szakdolgozói tevékenység általános szakmai és etikai szabályai mellett, az egyes tagozatok által képviselt szakterületek speciális szakmai követelményeinek és érdekeinek megfogalmazása, és kamarán belüli képviselete,
- b) a szakmai tagozatokat közvetlenül érintő jogszabályok, előterjesztések véleményezése,

- c) a tagozathoz tartozó tagok részére speciális, az adott tagozatot közvetlenül érintő kérdésekben szakmai tanácsadás, szakmai vélemény kialakítása, és annak továbbítása az érintett kamarai döntéshozó testületekhez,
- d) kapcsolattartás a tagozat szerinti szakterület képviselőivel, a tagozathoz tartozó tagok szakmai tevékenységének figyelemmel kísérése,
- e) az Alapszabályban meghatározott egyetértési és véleményezési jog kör gyakorlása,
- f) illetékességi területüknek megfelelően, a 9.§ (5) bekezdésének keretei között részvétel az e tárgykör szerinti etikai eljárásban,
- g) egyéb, a tagozathoz tartozó tagok szakmai tevékenységét elősegítő – az Alapszabályban rögzített – feladatok ellátása.

12.§ (1) A szakmai tagozatok - saját szakterületükön- véleményezési, illetve egyetértési joga alapján a tagozat által kialakított szakmai álláspontot a területi szervezet állásfoglalásában megjelölni, illetve képviselni köteles.

(2) Több érintett szakmai tagozat egymástól eltérő véleménye esetén, a területi szervezet elnöke vagy az általa kijelölt tisztségviselők az érintett tagozatok vezetőivel egyeztetnek és a tagozatok vezetőinek többségi véleménye alapján alakítják ki a területi szervezet állásfoglalását.

(3) A szakmai tagozat működését és feladatkörét érintő alapszabály-módosítás előtt ki kell kérni az érintett szakmai tagozat véleményét.

13.§ (1) A területi szervezetnek a képviseleti szerv, a területi elnökség, az etikai bizottság vagy valamely tisztségviselő kizárólagos hatáskörébe nem tartozó feladatait a területi szervezet titkára irányítja, illetőleg hangolja össze.

A titkár a területi szervezettel munkaviszonyban áll. Titkár csak az lehet, aki

- a) állam- és jogtudományi egyetemi, illetve államigazgatási főiskolai végzettséggel, vagy
- b) a kamara szakterületébe tartozó felsőfokú szakirányú végzettséggel és közigazgatási alapvizsgával rendelkezik.

(2) A titkár igazgatási-ügyviteli feladatait az Alapszabály állapítja meg.

(3) A titkár felett a munkaviszony létesítésével és megszüntetésével kapcsolatos jogokat a területi elnökség, az egyéb munkáltatói jogokat az elnök gyakorolja.

(4) A titkár gyakorolja a területi szervezetnek az irányítása alá tartozó – az Alapszabály szerint létrehozott – ügyviteli szervezeténél foglalkoztatott munkavállalók felett a munkáltatói jogokat.

14.§ (1) Egy vagy több területi szervezet írásban megállapodhat arról, hogy feladat- és hatásköreik egy részét részben vagy egészben társult módon látják el, illetve arról, hogy azt a megállapodásban megjelölt területi szervezet látja el. Azokban a feladat- és hatásköri kérdésekben, amelyek megállapodással kikerültek a területi szervezet hatásköréből, illetőleg egyes területi szervezetek illetékességéből, az érintett területi szervezetek arra egyébként jogosult szervei jogkörüket nem gyakorolhatják.

(2) Az (1) bekezdésben meghatározott megállapodások érvényességéhez a kamara országos elnökségének a jóváhagyása szükséges.

15.§ (1) A 6.-10.§-okban meghatározott szerveken kívül további területi szervek megalakításáról az Alapszabály rendelkezhet.

Az országos szervezet

16.§ (1) Az országos szervezet a Kamara országos képviseleti, ügyintéző és ellenőrző testületeiből áll.

(2) A MESZK legfőbb képviseleti szerve az országos küldöttközgyűlés, amelynek a kizárólagos hatáskörébe tartozik:

- a) a MESZK Alapszabályának, Etikai Kódexének valamint Etikai Eljárási Szabályzatának megalkotása és módosítása,
- b) országos tisztségviselőinek, az elnökség nem a tagozatok által választott további tagjainak, – a 19.§ (1) bekezdésében foglalt kivétellel - az országos etikai bizottság, továbbá felügyelő bizottság tagjainak a megválasztása,
- c) az országos elnökség és a felügyelő bizottság éves beszámolójának az elfogadása,
- d) a MESZK éves költségvetésének és a költségvetés végrehajtásáról szóló beszámolóinak az elfogadása.

(3) Az országos küldöttközgyűlés tagjai:

- a) a területi szervezetek képviseleti szervei által, minden 20 küldött után a területi képviseleti szerv tagjai közül 4 évre megválasztott 1-1 küldött, szavazati joggal,
- b) az országos tagozatok által tagjai közül tagozatonként megválasztott 5-5 küldött, szavazati joggal, azzal, hogy az országos tagozatok küldöttválasztási jogukat első ízben a megalakulásukat követő első, a küldöttközgyűlés megbízatásának lejártá miatt szükségessé váló küldöttválasztás során gyakorolhatják,
- c) a MESZK országos tisztségviselői tanácskozási joggal.

(4) Az országos küldöttközgyűlés összehívására a 7. § (6)-(8) bekezdésében foglaltak értelemszerűen irányadók azzal, hogy a területi elnökségen az országos elnökséget, a területi küldöttközgyűlésen az országos küldöttközgyűlést kell érteni.

(5) Az országos küldöttközgyűlés határozatképességére a 7. § (4) bekezdésében foglalt rendelkezések az irányadók.

(6) A küldöttközgyűlés határozatait a szavazásra jogosult jelenlévők több mint 50%-ának egyetértő szavazatával hozza. Az Alapszabály elfogadásához és módosításához a szavazásra jogosult jelenlévők kétharmadának egyetértő szavazata szükséges.

17.§ (1) A küldöttközgyűlés kizárólagos hatáskörébe nem tartozó, jogszabályban, illetve az Alapszabályban meghatározott feladatok ellátására a küldöttközgyűlés országos ügyintéző, illetve ellenőrző szerveket és tisztségviselőket választ.

(2) Az országos szervezet ügyintéző, illetve ellenőrző szervei

a) az elnökség,

b) az országos felügyelő bizottság,

c) az országos etikai bizottság.

(3) A (2) bekezdésben meghatározottakon túl az Alapszabály más ügyintéző vagy egyéb szerv létrehozásáról is rendelkezhet.

18.§ (1) Az elnökség tagjai: elnök, az Alapszabályban meghatározott számú, de legalább négy alelnök, az országos tagozatok által a tagozat tagjai közül megválasztott 1-1 személy, valamint az Alapszabály szerinti számban, de legalább nyolc megválasztott további tag. Az elnökségbe a tagozatok csak a megalakulásukat követő soron következő elnökségi választás során választanak első ízben tagokat.

(2) A négy alelnökből egy fő tagozatokat is képviselő alelnökként, 1-1-1 fő pedig az alapellátás, járóbeteg-ellátás és fekvőbeteg-ellátás körében működő szakdolgozók képviselőjeként kerül megválasztásra.

(3) Az elnökség kizárólagos hatáskörébe tartozik:

a) az országos küldöttközgyűlés üléseinek összehívása,

b) a 27. § (4) bekezdésében, illetve a 29. § (4) bekezdésében meghatározott fellebbezések elbírálása,

c) a 2. § (2) bekezdésének b) pontjában meghatározott véleményezési jog gyakorlása,

d) törvény vagy törvény felhatalmazása alapján egyéb jogszabály illetve az Alapszabály által meghatározott egyéb kamarai feladatok ellátása.

(4) A 2. § (2) bekezdésének b-c) pontjaiban megjelölt véleményezési és egyetértési jogkörök, valamint az Alapszabály által, az elnökség kizárólagos hatáskörébe tartozó hatáskörök gyakorlását az országos küldöttközgyűlés összes tagjának kétharmados szavazatával magához vonhatja, illetve azok gyakorlásához utasítást adhat.

(5) Az elnökség szükség szerint, de legalább negyedévente egy alkalommal ülésezik. Az Alapszabály az elnökség kötelező összehívásának más eseteit is meghatározhatja.

(6) Az elnökség határozatképességére és határozathozatalára a 7. § (4) és (5) bekezdésében foglalt rendelkezések megfelelően irányadók.

(7) A MESZK országos tisztségviselői:

a) az elnök,

b) az alelnökök,

c) az országos etikai bizottság elnöke,

d) az országos felügyelő bizottság elnöke,

e) az Alapszabály szerint létrehozott más állandó bizottságok elnökei.

(8) A MESZK-et az elnök, akadályoztatása esetén – az Alapszabályban meghatározott körben – a kijelölt alelnök képviseli. Az országos szervezet nevében aláírásra az elnök, továbbá az Alapszabályban e jogkörrel felruházott személyek jogosultak.

(9) Az Elnökségi ülést az Elnök hívja össze a napirendi pontok megjelölésével.

(10) Szavazategyenlőség esetén az Elnök szavazata dönt.

(11) Az Elnökség tagjai a többségi döntést kötelesek tiszteletben tartani.

19.§ (1) Az országos etikai bizottság, illetőleg a felügyelő bizottság az elnökből, az Alapszabályban meghatározott számban megválasztott további tagokból, valamint - az etikai bizottság esetében - a 9. § (5) bekezdésében foglalt rendelkezés megfelelő alkalmazásával az illetékes országos tagozatok által delegáltak közül az országos etikai bizottság elnöke által felkért tagokból áll.

(2) A felügyelő bizottság ellenőrzi a kamara működésére, gazdálkodására, pénzügyi-számviteli rendjére vonatkozó jogszabályok és belső szabályok érvényesülését az országos, illetve a területi szerveknél és tisztségviselőknél.

(3) Az országos felügyelő bizottság a kamara ügyintéző és ügyviteli szerveitől, azok tisztségviselőitől, valamint szakmai tagozataitól, a helyi, területi szervezetektől és az országos szervezettől minden olyan adatot, tájékoztatást megkérhet, illetve minden olyan iratot megtekinthet, amely feladatainak ellátásához szükséges. Az érintetteknek az adatokat rendelkezésre kell bocsátaniuk.

(4) Az országos küldöttközgyűlés a kamara országos szervezete éves költségvetéséről és az éves költségvetési beszámolóról csak az országos felügyelő bizottság véleményének ismeretében dönthet.

(5) Az országos felügyelő bizottság tagjai tevékenységükért kizárólag a küldöttközgyűlésnek tartoznak felelősséggel, és feladataik ellátása körében részükre csak a küldöttközgyűlés adhat utasítást.

(6) Az országos felügyelő bizottság maga állapítja meg ügyrendjét.

(7) Az ellenőrzés során az országos felügyelő bizottságot megillető egyéb jogosultságokat az Alapszabály határozza meg.

(8) Az országos etikai bizottság az e törvényben meghatározott etikai eljárás lefolytatásán kívül javaslatot tesz a 2. § (2) bekezdés ab) pontjában szereplő Etikai Kódex és Etikai Eljárási Szabályzat tartalmára, továbbá megkeresésre – folyamatban lévő, illetve egyébként etikai eljárás alapjául szolgáló egyedi ügyek kivételével – állást foglal általános érvényű szakmai etikai kérdésekben, valamint ellátja az Alapszabályban meghatározott egyéb feladatokat.

20.§ (1) A Kamara országos szervezetén belül ha legalább három megyében megalakult az önálló tagozat, az alábbi szakterületeken kell szakmai tagozatokat létrehozni:

- a) ápolási,
- b) asszisztensi,
- c) gyógyszerértékesítési asszisztensi,
- d) képalkotó-diagnosztikai,
- e) védőnői,
- f) szülésznői,
- g) mentésügyi,
- h) fizioterápiás-gyógytornász,
- i) dietetikus,
- j) közegészségügyi-járványügyi,
- k) egyéb egészségügyi szakdolgozói.

(2) Az Alapszabály további országos szakmai tagozatok létrehozásáról is rendelkezhet.

(3) Az országos szakmai tagozatok létrehozásával, tagságával, feladataival továbbá jog és hatáskörével kapcsolatosan az 1.§ (5) bekezdését, továbbá a 10-12. § rendelkezéseit kell megfelelően alkalmazni.

21.§ (1) Az országos szervezetnek a küldöttközgyűlés, a 17. § (1) bekezdése szerinti ügyintéző vagy ellenőrző szerv, illetőleg valamely országos tisztségviselő kizárólagos hatáskörébe nem tartozó feladatainak irányítását, illetve összehangolását az országos szervezet titkára látja el az Elnök utasítása alapján. A titkár az országos szervezettel munkaviszonyban áll. A titkár képesítési feltételeire a 13. § (1) bekezdésében foglaltak az irányadók.

(2) A titkár igazgatási-ügyviteli feladatait az Alapszabály állapítja meg.

(3) A titkár felett a munkaviszony létesítésével és megszüntetésével kapcsolatos jogokat az elnökség, egyéb munkáltatói jogokat az elnök gyakorolja.

(4) A titkár gyakorolja az országos szervezetnek az irányítása alá tartozó – az Alapszabály szerint létrehozott – ügyviteli szervezeténél foglalkoztatott munkavállalók felett a munkáltatói jogokat.

IV. fejezet

A KAMARAI TISZTSÉGVISELŐK VÁLASZTÁSA, VISSZAHÍVÁSA

22.§ (1) A tisztségviselőket és az ügyintéző szervek nem tisztségviselő tagjait a MESZK tagjai közül 4 éves időtartamra, titkosan választják. Azonos tisztségre a kamarai tag – egymást követően – legfeljebb két alkalommal választható meg.

(2) A tisztségviselők, illetőleg az ügyintéző szervek nem tisztségviselő tagjainak megbízatása – a 23.§-ra is figyelemmel – az új tisztségviselők, illetve a nem tisztségviselő ügyintéző tagok megválasztásának a napján szűnik meg.

(3) Ha a tisztségviselő, illetőleg ügyintéző szerv nem tisztségviselő tagjának megbízatása az (1) bekezdésben meghatározott időtartam lejárt előtt szűnik meg, a választására jogosult szerv – a (4) bekezdésre és a 24. § (3) bekezdésére is figyelemmel – a megbízatás megszűnésétől számított 60 napon belül megválasztja az új tisztségviselőt, illetve az ügyintéző szerv nem tisztségviselő tagját.

(4) Amennyiben a tisztségviselő, illetve az ügyintéző szerv nem tisztségviselő tagjának megválasztása a küldöttközgyűlés hatáskörébe tartozik, a (3) bekezdésben szereplő választás céljából a küldöttközgyűlést a megbízatás megszűnésétől számított 90 napon belüli időpontra össze kell hívni.

23.§ (1) Kamarai tisztségre e törvény keretei között választható minden kamarai tag feltéve, hogy vele szemben összeférhetlenségi ok nem áll fenn. Összeférhetetlen a kamarai tisztséggel, ha valaki:

a) az egészségügy szakmai irányításában, felügyeletében vagy finanszírozásában magasabb vezetői vagy egyébként ügydöntő jelleggel részt vesz, illetve
b) ha más, az egészségügy területén működő érdekvédelmi szervezetben vagy politikai pártban országos vezető tisztséget tölt be.

(2) Kamarai tisztségviselő a kamarai szervezetben más, az 5.§ (2) bekezdésében, 8. § (6) bekezdésében, illetve a 18. § (7) bekezdésében megjelölt tisztséget nem tölthet be.

(3) A helyi szervezetek ügyintéző szerveinek tagjai, a területi szervezetek illetve az országos szervezet elnökségének, valamint a felügyelőbizottságnak a tagja, továbbá – a képviseleti szervek kivételével – az egymással irányítási, ellenőrzési viszonyban álló kamarai szervek tagjai nem lehetnek egymásnak közeli hozzátartozói [Ptk. 685. § b) pontja] vagy bármely, munkavégzésre irányuló jogviszonyon alapuló tevékenységük ellátása során egymás alá- és fölérendeltjei.

(4) Az (1)-(3) bekezdésben megjelölt összeférhetlenségi okot az érintett a megválasztásakor köteles bejelenteni, és azt a megválasztásától számított 15 napon belül megszüntetni. A megszüntetésről az érintett a választására jogosult testületet haladéktalanul tájékoztatja.

(5) Ha az érintett az összeférhetlenségi okot a (4) bekezdésben foglalt határidőn belül nem szünteti meg, illetőleg ha azt az érintett választására jogosult kamarai szervvel azonos szintű vagy az országos etikai bizottság, illetve a felügyelő bizottság kezdeményezi, az összeférhetlenség kimondásáról az érintett választására jogosult szerv határoz. Az összeférhetlenség tárgyában hozott határozattal szemben jogorvoslatnak helye nincs.

(6) Az Alapszabály az (1)-(3) bekezdésben meghatározottakon kívül az összeférhetlenség más eseteit is megállapíthatja.

24.§ (1) A tisztségviselő, illetve az ügyintéző szerv nem tisztségviselő tagjának a megbízatása megszűnik az érintett halálával, lemondásával, visszahívásával, kamarai tagságának megszűnésével, a tisztségviselői összeférhetlenség kimondásával, valamint a 22.§ (1)-(2) bekezdésében meghatározott időtartam lejártával, illetve a 38. § (1) bekezdésében meghatározottak alapján.

(2) A tisztségviselő és ügyintéző szerv nem tisztségviselő tagjának a visszahívását az őt megválasztó testület tagjainak 10%-a, illetőleg a felügyelő bizottság kezdeményezheti írásban indokolva.

(3) A visszahívásról – titkos szavazással – az a kamarai szerv dönt, amelyik az érintett személyt megválasztotta és – visszahívás esetén – egyidejűleg megválasztja az új tisztségviselőt, illetve ügyintéző szerv nem tisztségviselő tagját. Ha a döntésre a küldöttközgyűlés jogosult, azt a visszahívás kezdeményezésétől számított 60 napon belüli, egyéb döntésre jogosult kamarai szervet 30 napon belüli időpontra kell összehívni.

(4) A visszahívás részletes szabályait az Alapszabályban kell meghatározni.

(5) A területi szervezetek és az országos szervezet kamarai tisztségviselőit az üzemi tanács elnökére vonatkozó munkaidő-kedvezmény és a választott szakszervezeti tisztségviselőre vonatkozó védelem, az ügyintéző szervek nem tisztségviselő tagjait az üzemi tanács tagjaira vonatkozó munkaidő-kedvezmény illeti meg. A választott szakszervezeti tisztségviselő munkajogi védelme tekintetében a felettes szakszervezeti szervet külön törvény szerint megillető jogosultságokat a területi szervezet tisztségviselője esetén a területi elnökség, az országos szervezet tisztségviselője esetén az országos elnökség gyakorolja.

(6) A kamarai tevékenységet teljes munkaidőben végző tisztségviselőt megválasztásának időtartamára fizetés nélküli szabadság illeti meg.

V. fejezet

TAGSÁGI VISZONY

25. § (1) A MESZK tagja lehet, aki

a) magyar oktatási intézményben egészségügyi szakdolgozói szakképesítést szerzett, illetve külföldön szerzett, szakdolgozói szakképesítést igazoló bizonyítványát, oklevelét honosították, vagy egyenértékűvé nyilvánították, illetőleg szakképesítését elismerték,

b) Magyarország területén szakdolgozói szakképesítéshez kötött tevékenységet folytat vagy kíván folytatni,

c) az Alapszabályban meghatározott módon és mértékben a kamarai tagdíjat megfizeti,

d) az Alapszabályban foglaltakat magára nézve kötelezően elismeri,

e) az egészségügyi szakdolgozók alapnyilvántartásában szerepel.

(2) Azt a személyt, aki az (1) bekezdésben meghatározott feltételeknek megfelel, a MESZK tagjai közé – kérelmére – fel kell venni.

(3) A küldöttközgyűlés tiszteletbeli tagot választhat. Tiszteletbeli tag az lehet, aki egyébként nem felel meg a 26. § (1) bekezdésében foglaltaknak. A tiszteletbeli tag nem gyakorolhatja az e törvény alapján a tagot megillető jogokat, és a tagot terhelő kötelezettségek nem terhelik. Tevékenységét az Alapszabály szerint végzi.

(4) Nem vehető fel a MESZK-be,

a) akinél olyan, a 28. § (1) bekezdésének b) és c) pontjaiban, illetőleg a 29. § (2) bekezdésében meghatározott ok áll fenn, amely miatt kamarai tagságát fel kellene függeszteni, illetőleg őt a MESZK-ből ki kellene zárni,

b) aki olyan tevékenységet folytat, amit jogszabály, illetőleg a MESZK Etikai Kódexében foglalt etikai szabályaihoz foglalt szakdolgozói etikai szabályok a tevékenységével összeférhetetlennek minősítenek, a tevékenység folytatásának megszüntetéséig,

c) aki cselekvőképességet korlátozó vagy kizáró gondnokság hatálya alatt áll.

26.§ (1) Magyarország területén szakdolgozói szakképesítéshez kötött tevékenységet, a gyógyító-megelőző ellátás keretében – jogszabályban megállapított egyéb feltételek mellett – a (2) bekezdésben foglaltak kivételével csak az folytathat, aki a MESZK tagja. E törvény alkalmazásában gyógyító-megelőző ellátás az egészségügyi szakdolgozói szakképesítés alapján végzett az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény 3. § e) pontja szerinti egészségügyi szolgáltatás körébe tartozó tevékenység.

(2) Kamarai tagság nélkül is végezhető az (1) bekezdésben meghatározott tevékenység, ha azt

a) olyan személy végzi, aki – külön jogszabályban meghatározottak szerint – engedélyt kapott arra, hogy külföldön szerzett, szakdolgozói szakképesítést igazoló bizonyítványának, oklevelének honosítása, illetve egyenértékűvé nyilvánítása, vagy szakképzettsége elismerése és a szakdolgozók működési nyilvántartásába történő felvétele nélkül meghatározott ideig és helyen szakdolgozói szakképesítéshez kötött tevékenységet végezzen Magyarországon,

b) közszolgálati jogviszony keretében eljárva

ba) nem kizárólag szakdolgozói képzéshez kötött munkakörben végzik,

bb) olyan magasabb vezető, illetve vezető megbízású köztisztviselő végzi, akinek feladatkörébe tartozik a MESZK egyetértési, illetőleg véleményezési jogával érintett jogszabályok, illetve egyéb döntések meghozatala, illetve előkészítése, illetőleg a szakdolgozói tevékenység szakmai felügyelete.

(3) A (2) bekezdés b) pontjának ba) alpontjában meghatározott munkakörben foglalkoztatott szakdolgozók a kamarai tagságot önként vállalhatják, a bb) alpontjában megjelölt személyek közszolgálati jogviszonyával a kamarai tagság összeférhetetlen.

27.§ (1) A szakdolgozó a MESZK azon területi szervezeténél kéri tagfelvételét, amelynek illetékességi területén szakdolgozói szakképesítéshez kötött tevékenységet folytat, illetve kíván folytatni. Az a korábban szakdolgozói tevékenységet végzett szakdolgozó, aki a tagfelvétel időpontjában kamarai tagsághoz kötött tevékenységet nem folytat, és nem is kíván folytatni, tagfelvételét a lakóhelye, vagy a tartózkodási helye szerint illetékes, vagy annál a területi szervezetnél kérheti, amelynek területén bármikor kamarai tagsághoz kötött tevékenységet folytatott.

(2) Az a szakdolgozó, aki több területi szervezet illetékességi területén folytat, illetőleg kíván folytatni egészségügyi szakdolgozói szakképesítéshez kötött tevékenységet, maga dönt arról, hogy melyik területi szervezetnél kéri tagfelvételét. A tagfelvételt végző területi szervezet egyidejűleg a többi illetékes területi szervezetet a tagfelvételtől tájékoztatja.

(3) A területi szervezet a szakdolgozó felvételéről a kérelem benyújtásától számított 30 napon belül dönt. Ha a szakdolgozót a MESZK a tagjai közé felveszi, az új tagot a kamarai nyilvántartásba be kell jegyezni, és ki kell adni részére a tagsági igazolványt.

(4) A tagfelvételt elutasító döntést írásbeli, indokolt határozatba kell foglalni és a határozat meghozatalától számított 3 napon belül a kérelmező részére meg kell küldeni. A kérelmező az elutasító határozat ellen a kézhezvételtől számított 15 napon belül fellebbezhet az Országos Elnökséghez, amely azt a benyújtásától számított 30 napon belül elbírálja. A másodfokú elutasító határozat ellen a kérelmező a közigazgatási perekre vonatkozó szabályok (Pp. XX. fejezet) szerint keresetet nyújthat be a bírósághoz.

(5) A tagfelvételre irányuló kamarai eljárásban nem vehet részt az a személy, akitől az ügy tárgyilagossága megítélése nem várható el, továbbá nem vehet részt a másodfokú eljárásban, aki az első fokú döntés meghozatalában részt vett.

28.§ (1) A területi szervezet felfüggeszti a tagsági viszonyát annak a kamarai tagnak,

a) aki azt kéri,

b) akit jogerősen egy évet meg nem haladó végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték, a szabadságvesztés időtartamára,

c) akit a szakdolgozói foglalkozástól jogerős ítélettel határozott időre eltiltottak, az eltiltás időtartamára,

d) aki egyéb okból a 37. § (1) bekezdésének d) pontjában meghatározott jogerős etikai büntetésben részesült.

(2) A felfüggesztés időtartama alatt a tagsági viszonyból eredő valamennyi jog és kötelezettség szünetel.

(3) Az (1) bekezdés a) pontja alapján felfüggesztett tagsági viszonyt a területi szervezet a tag kérésére helyreállítja, a b)-d) pontok alapján felfüggesztett tagsági viszony pedig a szabadságvesztés büntetés letöltését vagy végrehajthatósága megszűnését, valamint a jogerős bírósági ítéletben, illetve etikai határozatban megállapított időtartam lejártát követő napon helyreáll.

29.§ (1) Megszűnik a tagsági viszonya annak,

a) aki tagsági viszonyáról lemondott,
b) aki nem felel meg a 25. § (1) bekezdésében meghatározott tagsági feltételeknek, illetve tagdíjfizetési kötelezettségének legalább 6 hónapig nem tesz eleget,
c) akit a (2) bekezdés alapján hivatalból a MESZK-ből kizártak.

(2) Ki kell zárni a MESZK-ből azt, akit

a) jogerősen egy évet meghaladó végrehajtandó szabadságvesztésre ítélték,
b) a szakdolgozói foglalkozástól végleges hatállyal eltiltottak.

(3) Az (1) bekezdés b) pontjában meghatározott esetben a területi szervezet írásbeli indokolt határozattal rendelkezik a tagsági viszony megszüntetéséről. A határozat elleni jogorvoslatra a 27.§ (4)-(5) bekezdéseiben foglalt rendelkezések irányadók.

(4) Az (1) bekezdés c) pontjában meghatározott esetben a határozathozatalra a 34. § (4) bekezdésében foglalt szabályok az irányadók.

(5) Azt a szakdolgozót, akinek tagsági viszonya az (1) bekezdés a) pontja alapján szűnt meg, kérelmére a tagfelvételre egyébként illetékes területi szervezet ismét felveszi a MESZK tagjai közé.

(6) Az a szakdolgozó, akinek tagsági viszonyát az (1) bekezdés b)-c) pontja alapján megszüntették, kérelmére a MESZK tagjai közé ismét felvehető. A kérelem benyújtásával egyidejűleg a kérelmezőnek igazolnia kell, hogy a megszüntetés oka már nem áll fenn, szabadságvesztés büntetését kitöltötte, illetőleg őt a bíróság foglalkozásának gyakorlására ismételten alkalmasnak találta.

(7) A tagsági viszony felfüggesztéséről, illetőleg megszüntetéséről, valamint a tagsági viszony (5)-(6) bekezdések szerinti helyreállításáról szóló értesítést, illetve jogerős határozatot meg kell küldeni az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat tevékenység folytatásának helye szerint illetékes megyei (fővárosi) intézetének, az érintett személy munkáltatójának, az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozásban részesülő egészségügyi magán-tevékenységet folytató kamarai tag esetében pedig az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak.

VI. fejezet

FELELŐSSÉGI SZABÁLYOK

30. § E törvény alkalmazásában etikai vétség:

a) a szakdolgozói foglalkozás megfelelő szakmai szabályainak,
b) a MESZK Etikai Kódexében foglalt szakdolgozói etikai szabályoknak,
c) az Alapszabályban foglalt vagy a választott tisztségből eredő kötelezettségnek a vétkes megszegése.

31.§ (1) Hivatalból vagy erre irányuló kérelem alapján etikai eljárást kell lefolytatni etikai vétség elkövetésének alapos gyanúja esetén, valamint, ha azt a szakdolgozó saját maga ellen kéri.

(2) Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának felügyeletét végző hatóságok az etikai eljárás megindítását hivatalból kezdeményezik amennyiben ellenőrzési tevékenységük során etikai vétség elkövetését valószínűsítik.

(3) A szakdolgozó által kezdeményezett eljárásra a 31-39. § rendelkezései megfelelően irányadók. A 33. § (3) bekezdésében foglalt rendelkezést azzal az eltéréssel kell alkalmazni, hogy az eljárás az ott meghatározott határidők eltelte után is megindítható, ebben az esetben azonban – etikai felelősség megállapítása esetén – a kezdeményezővel szemben etikai büntetés nem alkalmazható, és a határozat csak a kezdeményező által megjelölt személlyel közölhető.

32. § (1) A közalkalmazotti, közszolgálati jogviszonyban álló kamarai tag által elkövetett etikai vétség alapos gyanúja esetén a területi szervezet a munkáltatót írásban értesíti, és kezdeményezi a fegyelmi eljárás lefolytatását.

(2) A munkáltató, ha annak külön törvényben meghatározott feltételei fennállnak, az (1) bekezdés szerint kezdeményezett fegyelmi eljárást lefolytatja, ellenkező esetben a kezdeményezést visszautasítja, és a visszautasítás indokáról a kezdeményezőt tájékoztatja.

(3) A munkáltató az általa tett intézkedés közlése mellett köteles a MESZK-t értesíteni, amennyiben a kamarai tag olyan magatartást tanúsít, amely – véleménye szerint – etikai vétséget valósít meg.

(4) A területi etikai bizottság – amennyiben a munkáltató a jogerős fegyelmi döntés alapján az (1) bekezdés hatálya alá tartozó személyeknél nem hivatalvesztés, illetve elbocsátás fegyelmi büntetést alkalmazott –, a kamarai taggal szemben, a 37. § (1) bekezdésének d) pontjában szereplő etikai büntetéseket nem alkalmazhatja.

(5) Az (1) és (3) bekezdésben meghatározott esetekben az etikai eljárás lefolytatására, illetőleg etikai ügyben határozat hozatalára, fegyelmi eljárás lefolytatása esetén, a jogerős fegyelmi határozat meghozatalát követően kerülhet sor. A megindult etikai eljárást a jogerős fegyelmi határozat meghozataláig fel kell függeszteni.

33.§ (1) Etikai ügyben első fokon a területi szervezet etikai bizottsága (a továbbiakban: első fokú etikai bizottság) jár el.

(2) A etikai eljárást etikai vétség alapos gyanúja esetén meg kell indítani, és azt a megindítástól – a (4) bekezdés, illetve a 32. § (5) bekezdése szerint felfüggesztett etikai eljárás esetén a jogerős határozat közlésétől – számított 60 napon belül le kell folytatni. Az etikai eljárás megindításáról a szakdolgozót – az eljárás megindításával egyidőben – írásban tájékoztatni kell.

(3) Az etikai eljárás nem indítható meg, ha az első fokú etikai bizottságnak a cselekmény tudomására jutásától számított 6 hónap, vagy ha a cselekmény elkövetése óta 1 év eltelt.

(4) Ha az etikai vétségnek is minősülő ügyben büntető- vagy szabálysértési eljárás is indult, a 6 hónapos határidő az eljárást lezáró jogerős határozat területi szervezettel történt közlésétől, az 1 éves határidő pedig az eljárás jogerős befejezésétől számít. A büntető- vagy szabálysértési ügy lezárásáig az etikai eljárást fel kell függeszteni.

(5) A bíróság vagy szabálysértési hatóság határozatát a jogerőre emelkedést követő 30 napon belül megküldi az illetékes kamarai szervnek.

34. § (1) Az első- és másodfokú etikai eljárás során a – (4) bekezdésben foglalt kivétellel – bizonyítási eljárást kell lefolytatni, amelyben az etikai vétség elkövetésével gyanúsított szakdolgozó, illetőleg az eljárás megindítását kezdeményező személy, vagy szerv meghallgatását lehetővé kell tenni. Az etikai bizottság a bizonyítás más eszközének igénybevételéről is határozhat.

(2) Az etikai eljárásban nem vehet részt az, akitől az ügy tárgyilagosa megítélése nem várható el. A másod fokú eljárásban nem vehet részt továbbá az a személy sem, aki az első fokú határozat meghozatalában részt vett.

(3) Akivel szemben a (2) bekezdésben meghatározott kizárási ok áll fenn, köteles azt bejelenteni. Kizárási okot az eljárás alá vont szakdolgozó, illetőleg az etikai eljárást kezdeményező is az eljárás bármely szakaszában bejelenthet. A kizárási okot az etikai bizottság elnökének, a területi etikai bizottság elnökével szembeni kizárási okot az országos etikai bizottság elnökének, az országos etikai bizottság elnökével szembeni kizárási okot az országos elnökség elnökének kell bejelenteni, akik határoznak az eljárásból való kizárás tárgyában.

(4) A 28.§ (1) bekezdés b)-c) pontjain, illetve a 29. § (2) bekezdésén alapuló felfüggesztés, illetőleg kizárás alkalmazásáról az etikai bizottság elnöke meghallgatás és tárgyalás tartása nélkül határoz. A határozat ellen jogorvoslatnak nincs helye.

35.§ (1) Az első fokú etikai bizottság döntését indokolt, írásbeli határozatba foglalja, és megküldi az érintett szakdolgozónak, a szakdolgozó munkáltatójának, illetőleg az etikai eljárást kezdeményezőnek.

(2) Az első fokú határozattal szemben az érintett személy, illetve az etikai eljárást kezdeményező a határozat kézhezvételétől számított 15 napon belül fellebbezést nyújthat be az első fokú etikai bizottságnál, az országos etikai bizottsághoz címezve.

(3) Az e törvényben nem szabályozott kérdésekben az első fokú etikai bizottság, illetve az országos etikai bizottság eljárására, a határozatokra a kamara Etikai Eljárási Szabályzatába foglalt rendelkezéseket, valamint a közigazgatási eljárás szabályait kell megfelelően alkalmazni.

36. § (1) A jogerős határozat meghozatala után a kamara elnöke vagy az eljárás alá vont szakdolgozó, annak halála esetén hozzátartozója [Pp. 13. § (2) bek.] új eljárást kezdeményezhet, ha olyan tényre vagy bizonyítékra, illetve olyan jogerős hatósági határozatra hivatkozik, amelyet az etikai bizottság nem bírált el, feltéve, hogy az elbírálás esetén az etikai határozatra lényeges kihatással lett volna.

(2) Új eljárás kezdeményezésének az eljárás alá vont szakdolgozó terhére csak annak életében, az elévülési időn belül van helye. Új eljárást a kamarai szervezet elnöke, az érintett szakdolgozó, annak halála esetén hozzátartozója kezdeményezhet.

(3) Új eljárás elrendeléséről az első fokú etikai bizottság határoz. Az elutasító határozat ellen a kézbesítésétől számított 15 napon belül az új eljárást kezdeményező fellebbezhet az országos etikai bizottsághoz.

37. § (1) Kiszabható etikai büntetések:

a) figyelmeztetés,

b) megrovás,

c) pénzbírság, amely a mindenkori minimálbér havi összegének háromszorosáig terjedhet,

d) a tagsági viszony a 28.§ b)-c) pontja szerinti határidőig, vagy - egyéb okból - 1-6 hónapig terjedő felfüggesztése,

e) a 29. § (2) bekezdése szerinti esetekben kizárás.

(2) Az első- és másod fokon eljáró etikai bizottság határozatát az (1) bekezdés a)-c) pontjában foglalt etikai büntetések kiszabása esetén a bizottság eljáró tagjainak egyszerű, a d) pontjában foglalt etikai büntetések kiszabása esetén – a 34. § (4) bekezdésében foglaltak kivételével – kétharmados szótöbbségével hozza.

38.§ (1) Pénzbírság kiszabása esetén az etikai határozat jogerőre emelkedésétől számított 6 hónapig, a tagsági viszony felfüggesztése kizárás esetén a felfüggesztés, illetve kizárás időtartama alatt az elmarasztalt szakdolgozó kamarai tisztségre nem választható, a meglévő kamarai tisztsége megszűnik.

(2) Az etikai büntetés hátrányos következményei alól - kizárás kivételével - a határozat jogerőre emelkedését követően az első fokú etikai bizottság – kérelmére – mentesítheti az eljárás alá vont szakdolgozót, ha arra érdemes.

(3) A mentesítés iránti kérelem elbírálására egyebekben az etikai eljárás szabályait kell megfelelően alkalmazni.

39.§ Az etikai eljárás költségeit a kamara előlegezi. Az etikai felelősség megállapítása esetén az etikai bizottság határozatában kötelezheti az elmarasztalt szakdolgozót az eljárás költségeinek részben vagy egészben történő megfizetésére.

VII. fejezet

A MESZK ÁLLAMI FELÜGYELETE

40.§ (1) Az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter (a továbbiakban: miniszter) törvényességi felügyeletet gyakorol a MESZK működése felett. E jogkörében szükség szerint, de legalább öt évente ellenőrzi az Alapszabály, továbbá más kamarai szabályzatok, illetve a kamarai szervek és tisztségviselők határozatai jogszerűségét, illetőleg azt, hogy a MESZK szerveinek, illetve tisztségviselőinek a tevékenysége megfelel-e az Alapszabálynak. A törvényességi felügyelet nem terjed ki az olyan ügyekre, amelyekben munkaügyi vitának, illetőleg egyébként bírósági vagy államigazgatási eljárásnak van helye.

(2) Amennyiben a miniszter azt állapítja meg, hogy az Alapszabály, más kamarai szabályzat vagy kamarai szerv, illetve tisztségviselő határozata jogszabálysértő, illetőleg alapszabály-ellenes (a továbbiakban együtt: jogsértő), megfelelő határidő kitűzésével felhívja az érintett kamarai szervet, tisztségviselőt a jogsértés megszüntetésére. A kamarai szerv (tisztségviselő) köteles – a miniszter felhívásában megadott határidőn belül – a jogsértést megszüntetni vagy egyet nem értéséről a minisztert tájékoztatni.

(3) Ha az érintett kamarai szerv (tisztségviselő) a jogsértést nem szüntette meg, a miniszter – a felhívásban megadott határidő lejártától számított 30 napon belül – a Polgári perrendtartásról szóló törvénynek a közigazgatási perekre (Pp. XX. fejezet) irányadó szabályai szerint bírósághoz fordulhat. A keresetlevelet országos kamarai szerv vagy tisztségviselőjének jogsértése esetén az országos kamarai szervvel, területi kamarai szerv, illetőleg tisztségviselőjének jogsértése esetén az illetékes területi szervezettel szemben kell benyújtani.

(4) Ha a bíróság a (3) bekezdés alapján indított eljárás eredményeként a jogsértést megállapítja,

a) a jogsértő Alapszabályt, más szabályzatot vagy határozatot, illetve annak jogszabálysértő részét hatályon kívül helyezi, és új döntés meghozatalát rendeli el,

b) a működés törvényességének helyreállítása céljából elrendelheti a jogsértés megszüntetésére vagy a jogsértően működő kamarai szerv (tisztségviselő) választására jogosult kamarai szerv összehívását,

c) a jogsértő kamarai szerv (tisztségviselő) működését felfüggesztheti, vagy a kamarai szerv ellenőrzésére – a kamarai tagok közül – felügyelő biztost rendelhet ki, ha a működés törvényessége másként nem biztosítható.

(5) A (4) bekezdésben meghatározott intézkedések közül a bíróság az adott esetben leginkább megfelelő bármely intézkedést alkalmazhatja, illetve több intézkedés együttes alkalmazását is elrendelheti.

(6) A (4) bekezdés c) pontja szerinti felügyelő biztos – szükség esetén – köteles a működés törvényességének helyreállítása céljából haladéktalanul összehívni az illetékes területi szervezet küldöttgyűlését, illetőleg – területi küldöttgyűlés vagy országos kamarai szerv jogsértő működése esetén - az országos küldöttközgyűlést. A felügyelő biztost kirendelő bíróság a jogszerűség helyreállítására határidőt szabhat, a felügyelő biztos feladatait meghatározhatja, szükség szerint – a felügyelő biztos felmentésével vagy anélkül – új felügyelő biztost rendelhet ki.

(7) A felügyelő biztos tevékenységéről és annak eredményéről tájékoztatja a kirendelő bíróságot és a minisztert. A felügyelő biztos költségterítését a bíróság állapítja meg, és az ellenőrzött kamarai szerv viseli.

(8) Nem rendelhető ki felügyelő biztosként az, aki a MESZK-ben tisztséget nem viselhet, valamint az sem, aki az ellenőrzött szervnél tisztséget visel, illetve akit az ellenőrzött kamarai szerv közvetlenül irányít. A felügyelő biztos e jogkörében végzett tevékenysége során, azzal összefüggésben nem utasítható, illetőleg e tevékenységéért vele szemben hátrányos kamarai jogkövetkezmény nem alkalmazható.

(9) Az országos elnökség az Alapszabály és más szabályzatok elfogadásáról vagy módosításáról hozott döntést hivatalból, az egyéb határozatot pedig felhívásra – az elfogadástól, illetőleg a felhívástól számított 15 napon belül – törvényességi ellenőrzés céljából a miniszter rendelkezésére bocsátja. A döntés, határozat jogszerűségének ellenőrzésére alkalmas dokumentumokat, jegyzőkönyveket a miniszter felhívására az elnökség átadja. A miniszter álláspontjáról az elnökséget a döntés, határozat kézhezvételétől számított 30 napon belül tájékoztatja.

VIII. fejezet

ÁTMENETI RENDELKEZÉSEK

41 § (1) Az e törvény szerint megalakuló MESZK országos küldöttközgyűlését első alkalommal a Magyar Ápolási Egyesület és az Egészségügyi Szakdolgozók Együttműködési Fóruma által létrehozott Szervező Bizottság hívja össze a törvény hatálybalépését követő 90 napon belüli időpontra.

(2) A Szervező Bizottság a törvény hatálybalépésével kezdi meg működését.

A küldöttközgyűlésbe delegálási jogot az az országos tevékenységi körű szakdolgozói szervezet szerez, amely delegálási szándékát e törvény hatálybalépését követő 30 napon belül a Szervező Bizottságnak írásban bejelenti.

(3) A Szervező Bizottságban valamennyi, bejelentkezett, alapszabályában rögzítetten országos tevékenységű szakdolgozói szervezet képviseletét biztosítani kell. A Szervező Bizottság szótöbbséges határozattal választja meg elnökét, és egyéb tisztségviselőit, továbbá megállapítja működésének rendjét.

(4) A Szervező Bizottság független szerv, határozatait egyszerű szótöbbséggel hozza. A Szervező Bizottságot elnöke képviseli.

(5) A Szervező Bizottság feladata a MESZK létrehozásában való közreműködés és a megalakulás demokratizmusának biztosítása. A Szervező Bizottság gondoskodik az ideiglenes alapszabály tervezetének előkészítéséről.

(6) A Szervező Bizottság az alapszabály elfogadásával megszűnik.

(7) A szervezésről a szakmai sajtóban, valamint legalább egy országos és megyénként egy helyi napilapban felhívást kell közzétenni.

42.§ (1) Az alakuló küldöttközgyűlés a (4) bekezdés szerinti időtartamra dönt a MESZK ideiglenes Alapszabályáról, valamint az ideiglenesen megválasztott tisztségviselőkről.

(2) A küldöttközgyűlésbe a bejelentkezett országos szakdolgozói szervezetek minden 200 tag után 1 küldöttet delegálnak azzal, hogy legalább 1 fő delegálására minden szervezet jogosult. A tagságot címlistával igazolni kell a szervező bizottság elnökénél. A címlistának tartalmaznia kell a nevet, a belépés dátumát, lakóhelyet. Az elnök a címlistát zárt borítékban őrzi és az eredményes alakuló ülést követően – a jogorvoslati határidő leteltével – jegyzőkönyv szerint megsemmisíti. Jogorvoslat esetén a bíróság rendelkezésére bocsátja.

(3) A Szervező Bizottság gondoskodik az alakuló küldöttközgyűlés lebonyolításához szükséges jelölőbizottságot és szavazatszámoló bizottság felállításáról, továbbá a levezető elnök felkéréséről. A Szervező Bizottság munkájába történő részvételre megállapodásuk alapján más személyeket is felkérhetnek.

(4) A MESZK végleges Alapszabályát, valamint az országos küldöttközgyűlés által e törvény szerint megválasztandó tisztségviselőket az alakuló küldöttközgyűlést követő első, a helyi és a területi szervezetek 47. § (2) bekezdése szerinti létrehozását követő 60 napon belüli időpontra összehívott küldöttközgyűlés fogadja el, illetve választja meg.

(5) a szervező bizottság eredménytelen munkája esetén a Magyar Ápolási Egyesület a 41. § és a 42. § szerint újra indítja a szervezést és hívja össze az alakuló közgyűlést 60 napon belül.

43.§ (1) A tisztségviselőket a választásukra jogosult alakuló küldöttközgyűlés jelöli a 41.§ szerint delegált küldöttek ajánlásai alapján. Jelölt az lehet, akit a jelenlévő küldöttek legalább 10%-a jelöltként elfogad.

(2) Ugyanazon küldött ugyanarra a tisztségre csak egy jelöltet ajánlhat.

44.§ (1) Megválasztottnak azt a jelöltet kell tekinteni, aki a jelenlévő szavazásra jogosultaktól a legtöbb szavazatot kapta, és a leadott szavazatoknak legalább 20%-át megszerezte.

(2) Szavazategyenlőség esetén ismételt választást kell tartani, amelyen a legtöbb szavazatot megszerző jelöltek indulhatnak.

(3) Abban az esetben, ha a választás során egyetlen jelölt sem éri el a megválasztásához szükséges minimális szavazati hányadot, a választást meg kell ismételni. A megismételt választásban valamennyi jelölt indulhat, aki a megelőző választás során a szavazatok legalább 10%-át megszerezte. Amennyiben a szavazatok 10%-át egyetlen jelölt sem érte el, a négy legtöbb szavazatot megszerző jelölt indulhat a megismételt választáson.

(4) A (2)-(3) bekezdésben meghatározott esetekben a legtöbb szavazatot megszerző jelöltet kell megválasztottnak tekinteni.

IX. fejezet

VEGYES RENDELKEZÉSEK

45.§ (1) A MESZK feladataira, szervezetére és működésére vonatkozó részletes szabályokat az Alapszabály állapítja meg.

(2) A törvény 41-44. §-ait, valamint 47. § (2) bekezdését a kamara megalakulásáig kell alkalmazni. Ezt követően a küldöttek, tisztségviselők és az ügyintéző szervek nem tisztségviselő tagjainak jelölésére és választására vonatkozó részletes szabályokat az Alapszabály állapítja meg.

(2) A kamarai választás titkos.

46.§ (1) A MESZK működésének költségeit

a) a tagjai által befizetett tagdíj és egyéb díjbevételek,

b) a törvényben meghatározott vagy a megállapodással átvett közfeladatok ellátásához a központi költségvetéstől átvett pénzeszközök,

c) a kamara egyes, – b) pont körébe nem tartozó – feladatainak ellátásához nyújtott állami támogatások,

d) alapítványi és más támogatások,

e) szolgáltatási, valamint a kamara célkitűzésétől nem eltérő gazdasági-vállalkozási tevékenységből származó bevételek,

f) pályázat útján elnyert pénzösszegek,

g) nemzetközi vagy hazai együttműködésből származó pénzösszegek,

h) jogszabály által nem tiltott egyéb bevételek

fedezik.

(2) A MESZK részére törvényben megállapított közfeladat ellátásához szükséges költségvetési hozzájárulás mértékéről és annak – az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium fejezetén belül – elkülönített biztosításáról az Országgyűlés dönt.

(3) Amennyiben közfeladat ellátására – az arra egyébként hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szervvel kötött megállapodás alapján – válik a MESZK jogosulttá, úgy a feladat átadásáról szóló megállapodásnak tartalmaznia kell a közfeladat ellátásához szükséges pénzügyi fedezet biztosítását is.

(4) Az etikai büntetésként kiszabott pénzbírság összegének felhasználásáról az Alapszabály rendelkezik.

47.§ (1) Ez a törvény a kihirdetését követő 30. napon lép hatályba.

(2) A helyi és a területi kamarai szervezeteket az ideiglenes Alapszabály elfogadásától számított 180 napon belül, az abban foglaltaknak megfelelően kell létrehozni. Az e törvény hatálybalépésekor szakdolgozói képzéshez kötött tevékenységet folytatók – a 26. § (2) bekezdésében foglaltak kivételével – az ideiglenes Alapszabály elfogadásától számított 30 napon belül kérhetik a MESZK-be történő felvételüket az ideiglenes Alapszabályban erre kijelölt szerveknél, amennyiben ezt a tevékenységüket folytatni kívánják.

(3) A területi és az országos szakmai tagozatokat az ideiglenes alapszabály elfogadásától számított 180 napon belül kell megalakítani.

48.§ (1) A szakdolgozó kézműves vagy bármely kamarai tagsága a MESZK-be való felvételének napján megszűnik. Az illetékes kamara a tagfelvételt végző szakdolgozói kamarai szervezet hivatalos értesítése alapján a tagot a tagfelvétel értesítés szerinti napjától törli a nyilvántartásából.

(2) Amennyiben az (1) bekezdés szerint a MESZK tagjává váló szakdolgozó a kézműves kamarai tagsága alapján járó tagdíjat a MESZK-be történő belépésének évére teljes egészében már megfizette, úgy a MESZK-be történő belépést követően a tárgyévből hátralévő időszakra a szakdolgozó a MESZK részére időarányos tagdíjat nem fizet.

Mádl Ferenc s.k.
A Köztársaság elnöke

Mandur László s.k.
Az Országgyűlés alelnöke

[Vissza a tartalomhoz](#)

Kihívások a Nővér folyóirat előtt

Dr. Zrínyi Miklós, PhD**
szerkesztő, Nővér folyóirat

Minden fejlett tudományterület és szakma szocializációs kultúrájához hozzátartozik a publikálás, a szintetizált, szervezett gondolatok közlésének *kötelezettsége*. A publikálás a tudományos viselkedés egyik alapvető kifejezési eszköze, a közreadó ezzel a tudományos ritussal csatlakozik egy olyan elméleti közösséghez, amelynek tagsága kész arra, hogy az új gondolatokat befogadja, megvitassa, és a tudomány átfogó szerkezetébe beillessze. A publikálás gyakorlata tehát nem elsősorban azért zajlik, mert az oktatási intézmény kötelezettségként írja elő ahhoz, hogy a tanulmányait tovább folytathassa a hallgató, vagy az akadémiai előléptetés feltételét teljesítse vele az oktató. A publikálás motivációja informálni a tudományos közösséget azokról az *új felfedezésekről*, amelyek képesek megreformálni az uralkodó nézetet, jobban megmagyarázni az általunk vizsgált jelenségeket, összességében tehát tovább fejleszteni a tudomány és a vele szimbiózisban létező napi gyakorlat precizitását.

A publikáció tehát nem más, mint a gondolatok, eszmék, nézőpontok cseréje. Értelemszerűen, ehhez a cseréhez katalizátorra, médiumra van szükség. A Nővér, mint tudományos médium, azt a szellemi környezetet és fizikai infrastruktúrát biztosítja, ami lehetővé teszi a rendszerezett gondolatok közreadását. A Nővér tehát közvetítő szerepet vállal, biztosítja, hogy a tudományos közösség tagjai képesek legyenek egymást informálni azokról az újdonságokról, amelyek a továbbfejlődéshez szükséges elméleteket hordozzák. A tudományos közösség célja megvitatni az újdonságok szerepét, kísérletet tenni arra, hogy az elméletek felhasználhatóságát megvizsgálják. A fentiekből következően számos kihívás áll mind a Nővér folyóirat, mind pedig a tudományos közösség tagjai előtt.

Az 1999-es esztendő és a szerkesztőbizottság átalakulását követően a Nővér folyóirat radikális filozófiai változtatás mellett kötelezte el magát. A folyóirat küldetésnyilatkozatot fogalmazott meg, amelyben teret engedett a tudományos gondolkodásnak, a szerzőket arra igyekezett inspirálni, hogy rendszerezett formában közöljék gondolataikat. A tudományos viselkedés etikettjéhez ugyanis nem csak az újonnan kifejlesztett tudás másokkal való megismertetésének kötelezettsége tartozik. A tudomány művelése nem csak azt igényli, hogy kutassunk, de azt is, hogy mindezt precízen ismertessük meg.

A Nővért sokszor éri vád, hogy túl magasra tette a mércét, a szerzőknek szóló útmutató betartása komolyabb erőfeszítést igényel. Véleményünk szerint alacsonyra állított mércével nemhogy Európát vagy Észak-Amerikát nem, de magunkat sem leszünk képesek utolérni. A szerzőknek szóló útmutató, szemben egyes elképzelésekkel, nem valami úri huncutság, amit a szerkesztők azért találnak ki, hogy a közlési vágytól túlfűtött szerzők kedvét lelohassák. Csak zárójelben jegyzem meg, hogy az Amerikai Pszichológusok Társasága által kiadott szerzői útmutató könyv terjedelmű, és részletessége a képzeletet is felülmúlóan szabályozza a legapróbb részleteket, beleértve azt is, hogy milyen szavak használatát kerüljük el ahhoz, hogy pl. emberi jogokat, egyes etnikumokat ne sértsünk.

Egy magát minőséginek tartó folyóirat, és magát szakembernek tartó szerző azzal segíti olvasóit, hogy az írásokat struktúrálja, szerkezetbe rendszerezi. Ez lehetővé teszi, hogy egy rövid pillantással végigfussuk az összefoglalót, ami azonnal irányítja figyelmünket a kézirat további részei felé. De az is lehet, hogy ennek alapján úgy döntünk, a cikk nem érdemes arra, hogy elolvassuk. Az összefoglaló elkészítése úgy, hogy az ne semmitmondó, közhelyeket felvonultató néhány sor legyen azért is annyira fontos, mert az elektronikus adatbázisokba sokszor csak az „absztrakt” kerül be, tehát a szakirodalmat kutató olvasó ennek alapján dönt a cikk elolvasása vagy átugrása mellett. Enélkül a világos szerkezet nélkül a tartalom kaotikussá válik, a szükséges információk megeléje időigényessé válik. Ha figyelembe vesszük, hogy egy bizonyítékokra alapozó elemzés elkészítéséhez olykor 2-300 cikket is át kell lapozni, érthetővé válik, hogy miért ilyen alapvető a pontos, rendezett gondolkodás, szerkesztett kiadás.

A Nővérhez beérkező kéziratok jelentős része azonban nem tükrözi ezt az előzetes gondosságot, és ez nem csak a szerkesztők munkáját hátráltatja, de maga a közlemény érthetőségét is lerontja. A szerkesztőség azonban a szűrő és nem az oktató intézmény szerepét tölti be, egyelőre hatékony megoldást nem sikerült találni annak érdekében, hogy a publikációs kultúra elemeinek oktatása a képző intézmények tanrendjébe is beépüljön. A Nővérben kezdettől fogva létezik erre nyitottság, különösen azért, mert egyes intézmények a publikálást úgy kényszerítik hallgatóikra, hogy ehhez fogódzót nem nyújtanak. Folyóiratunk több ízben fogalmazott meg ellenvéleményt az említett gyakorlattal szemben, arra azonban nem kapott lehetőséget, hogy a szervezett képzés keretei között ajánlja fel tudását.

A megújult külső és belső struktúra, a szerkesztőség által ismételt korrigált kéziratok színvonala nem várt elismerést vívott ki a hazai szakdolgozókat célzó folyóiratok között. Ennek a minőségi változásnak az elismerése volt 2002-ben a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori programjának akkreditációja, amelynek keretén belül a Nővér folyóiratban megjelent eredeti közlemények a tanulmányi követelmények teljesítésébe beleszámítanak. Ha figyelembe vesszük, hogy milyen rövid átmenetet követően jöttek létre az egyetemi és

doktori képzések, valamint azt a tényt, hogy folyóiratunk milyen háttér adottságokkal rendelkezik, mindenképpen sikeresnek érezzük a Nővér erőfeszítését, hogy biztosítani tudja ezekhez a képzésekhez a szellemi háttérrel.

Az elmúlt időszakban azonban több olyan kihívással kerültünk szembe, amelyek a színvonalas kiadói tevékenységet hátráltatják. Elismerésünket fejezzük ki szerzőinknek erőfeszítésükért, és azért, hogy folyóiratunkat részesítették előnyben, ugyanakkor időszakosan igen kevés kézirat közül választhatunk. Mindeközben azt észleljük, hogy a Nővér helyett más szakfolyóiratokban jelennek meg ápolók írásai, amelyek témájukat tekintve sem illeszkednek annak a folyóiratnak a profiljába. Szerkesztőségünk külön írásban hívta fel a figyelmet annak veszélyére, hogy óriási veszteségek érik a szakmát és annak tágabb értelemben vett – és szívós munkával kivívott – megbecsülését, ha önálló tudományos bázisát nem tudja különállóan megmutatni. A Nővér kimondott célja, hogy az ápolás fejlődését szorgalmazza, erre azonban nincs esélye, ha szerzői alábecsült presztízs vagy egyéb okok miatt távol maradnak a folyóirattól.

Szerkesztőségünk ugyancsak kritikusként érzi, hogy a jelenleg oktatásban tevékenykedő szakemberek sem aktívak a publikálás terén, holott a bevezetőben említett szocializációs modell elsajátításához, a hallgatók tudományos közéletbe való bevezetéséhez nekik kell a példát mutatni. Az okok között feltehetőleg ott találjuk a megfelelő előképzettség hiányát. Nem ismeretlen példa a külföldi gyakorlatban, hogy a kötelező továbbképzések során nem csak klinikai, hanem elméleti készségeket is fejleszteni kell. A Nővér ugyancsak partner lenne olyan továbbképzés összeállításában, amely a jövő ápológenerációját oktatók számára nyújtana készség szintű betekintést a tudományos közlemények elkészítéséhez. Időszerű lenne, hogy a hallgatókkal szemben támasztott elvárásoknak az oktatók is azonos színvonalon tudjanak megfelelni.

Visszakanyarodva a bevezetőhöz egy folyóirat nem arra hivatott, hogy egyirányú kommunikációs csatorna legyen. Óriási hiányt érzünk a szakmai vitában, a konstruktív hozzászólások számában, a kiegészítésekben. Az itt jelenlévőkben is tudatosítani szeretnénk, az ápolás tudománya létezik, képviselői erről gondolkodnak, fejlődés azonban csak akkor lehetséges, ha a gondolatokat megvitatjuk, ellenőrizzük, megerősítjük. Ehhez természetesen szükség van önálló véleményünk felvállalására és ütköztetésére más véleménnyel. A magyar ápolási gyakorlat azonban képtelen továbbfejlődni, ha az újonnan létrehozott tudást nem tudjuk a gyakorlatba átültetni, az oktatásban pedig átadni. A Nővér így módon a tankönyvek előtt jár egy lépéssel, mert olyan ismereteket közvetít, amelyeknek majd gondos szakmai mérlegelés után kell a tankönyvekbe kerülniük. Ha tehát nem teszünk közös erőfeszítést az új tudás ismertetésére, vizsgálatára és elfogadására, a jövő tankönyveit nem lesz miből összeállítani.

Hazánk jövőre egy soknemzetiségű államszerkezettel házasodik össze, amelyben a nyelvi korlátok még erősebb igényt támasztanak arra, hogy a tudományos eszmecserét idegen nyelveken is folytassuk. A tudás ugyanis globális, a tudós nem csak egy szűk hazai

közönseget hivatott informálni. A Nővér erre is időben felkészült, az angol nyelvű tartalomjegyzék és összefoglaló fordítások, ha a teljes megértést nem is, de a betekintést már megengedik. Elkerülhetetlen azonban, hogy ne legyen számunkra kötelező az angolszász alapú tudományos közléthez való csatlakozás. Ez nem csak nyelvi kihívásokat, hanem gondolatszerkezeti átállást is jelent majd. Ha a magyar ápolás talpon kíván maradni a Közösség országai mellett, a tudományos tevékenységet bemutató kiadványoknak is fel kell zárkózniuk Európa nyugati felének évszázados hagyományaihoz.

Ugyanakkor ne felejtsük el, hogy a Nővér már eddig is igyekezett a világot közelebb hozni. Legutóbbi különszám kiadványában az Egészségügyi Világszervezet ápolásfejlesztési irányelveit tette közzé magyar nyelven. Ez a kiadvány fontos ápoláspolitikai dokumentumként szolgálhatna a hazai teendők felméréséhez, így többek között hasznos irányelveket fogalmaz meg az ápolás oktatásának és gyakorlatának fejlesztéséhez is. Ritka, hogy egy folyóirat önként vállaljon fel ilyen missziós tevékenységet, és egyesítse az államigazgatás kötelezettségét a nagy kiadójának céltudatos piacpolitikájával. Kérdéses, hogy a korlátozott erőforrások képesek lesznek-e fenntartani ezt a missziós vállalkozást. Kérdéses az is, hogy milyen hátrányok érik a szakmát az Unióban, ha ez a közvetítő szerep megszűnne.

A Nővér előfizetői köre évek óta 2500 és 3000 olvasó között stagnál. Igen alacsony (1600 Ft-os) éves előfizetői díja ellenére is csak a több tízezer potenciális olvasó töredékéhez jut el. A Nővérben közölt tudás iránti igény egyre intenzívebben növekszik, a folyóirat az egyetlen kifejezetten ápolóknak szóló, tudományos igényű szakmai orgánus. Gyakorlati tapasztalat, hogy a közvetlen betegellátásban dolgozó ápolók panaszkodnak: a folyóirat nem jut el hozzájuk, mert csak a könyvtár vagy az ápolási igazgató részére fizetnek elő. Érdemes megjegyezni, hogy az előfizetés a szakmai öntudat, önfejlesztés kérdése, egyfajta büszkeség is. A jelenleg kialakított ár az egyéni előfizetést is lehetővé teszi bárkinek, de az azonos munkahelyen dolgozók közös előfizetéssel minden különösebb megterhelés nélkül érhetik el a folyóiratot. A folyóirat, szemben egyes megfogalmazásokkal, ráadásul nem versenyezni kíván más hasonló profilú kiadványokkal, hanem kiegészíteni ezeket. Szerkesztőségünk együttműködésre tett kísérletei eddig nem jártak sikerrel.

Kérdéses, hogyan lehetne az oktatási és klinikai intézményekhez úgy kapcsolódni, hogy a cirkulációs kör jelentősen táguljon, és ha minden klinikai és oktatási egységbe nem is, de minden ápolókat foglalkoztató intézménybe legalább egy példány eljusson. Szerkesztőségünk felmérése szerint sok hallgató előtt marad

ismeretlen a folyóirat, ami a képzéssel való szorosabb együttműködést szorgalmazza, az ugyanis megengedhetetlen, hogy végzett ápolók ne ismerjék szakmájuk fejlesztésének lehetséges forrásait.

A folyóirat szívesen készítené olyan különszámokat is, amelyeket az oktatási intézmények visszajelzése alapján válogatunk össze (ilyen lehetne, pl. egy házi szakápolás különszám is), ehhez azonban szükség van a visszajelzésre, az igények kommunikálására, az aktív párbeszédre.

Az oktatási intézményekkel való kapcsolódás legkritikusabb pontja a szakdolgozati témák megjelentetése. Minden évben számos olyan munka születik, amely érdemes lenne arra, hogy a szakmát támogassa, és szélesebb körben is bemutatásra kerüljön. Ezek a munkák többségükben nem jutnak el a folyóirathoz, a bennünk rejtett tudást eltemetjük. Ez egyedülálló és elképesztő szellemi pazarlás! A Nővér mindenképpen nyitott lenne egy olyan együttműködésre, amely biztosítaná, hogy a folyóirat ezekkel a szerzőkkel kapcsolatot tudjon létesíteni, munkájukat megismerje és felkérje őket dolgozatuk rövidített közlésére. A lehetőség ezzel együtt az oktatási intézmények kezében van, a bevezetőben említett gondolatot felidézve: a tudományos viselkedés etikettjéhez szorosan kapcsolódik az új tudás megosztásának *felelőssége*.

Szerénytelenség nélkül állíthatjuk, hogy a független és befolyásmentes Nővér folyóirat olyan egyedülálló szakmai és szellemi tőkét halmozott fel az elmúlt években, amely egyenrangúvá és versenyképessé teszi a nevesebb európai és tengerentúli partnereivel. A Nővér a magyar ápolás szakmai büszkesége, az ápolás egyik kiemelkedő intellektuális értéke. A Nővérben való megjelenés ma már rang, szakmai megbecsülés.

A Nővér tradícióinak további gondozása mindannyiunk közös ügye. A Nővér fejlesztése önmagunk fejlesztését jelenti, a Nővér támogatása egy egész szakma megerősítését szolgálja. Ebben kérjük az Önök közreműködését, segítségét.

Köszönettel tartozom Dr. Fedineczné Vittay Katalinnak értékes javaslataiért és a kézirat gondozásában nyújtott segítségéért.

[Vissza a tartalomhoz](#)

TALLÓZÓ

A fürdetésről és az ápoláselméleti modellekről

A szerzőről:

Jacqueline Fawcett, PhD, a bostoni székhelyű, Massachusetts-i Egyetem ápolási fakultásának professzora, az Egyesült Államokban és világszerte elismert ápolásfilozófus és kutató. Számos könyve jelent meg az ápolási és ápoláselméleti modellek szerepéről, hasznosságáról. Dr. Fawcett az Amerikai Ápolók Akadémiájának tagja.

Dr. Fawcett meghívott vendége volt a Journal of Advanced Nursing folyóirat novemberi számának, amelyben egy mindenki számára furcsának hangzó összefüggésre hívta fel figyelmünket. Mi lehet ugyanis a titokzatos szál, ami a fürdetést és az ápoláselméleti modelleket összeköti?

A szerző szerint a válasz, ami sokak számára mehökkentő lesz, a következő: Amerika szerte a regisztrált ápolók úgy döntöttek, hogy a betegek mosdatását immáron nem kívánják feladataik közé sorolni, és helyette figyelmüket más, hasznosabb feladatok ellátására kívánják fordítani. A mosdatás ugyanis túl egyszerű és kevésbé fontos feladatnak minősült a regisztrált ápolók szemében. Ezt a feladatot, ami egykoron az egyik „legszentebb” rítusnak számított, mert a beteggel való jó kapcsolat kialakításához éppúgy hozzájárult, mint a beteg állapotának felméréséhez, a beteg oktatásához és a közös tervezéshez, most ápolási asszisztensek végzik.

Hogyan kapcsolódik mindez az ápoláselméleti modellekhez? Ugyancsak ápolók egy csoportja jelentette ki nemrégiben, hogy az ápoláselméleti modellek dinoszauruszoknak számítanak, a ma gyakorlata és a kutatás számára közömbösek, helyüket sokkal inkább a könyvtárak porosodó polcain kellene megtalálni. Az ápolók egyre gyakrabban fordulnak más tudományterületekhez útmutatásért a gyakorlat és a kutatás továbbfejlesztése végett.

Amennyiben az olvasó elfogadja, hogy a fürdetést és az ápoláselméleti modelleket száműzni kellene az ápolásból, ezzel, Fawcett szerint, az ápolási diszciplína kihalásához nyújtanak segítséget. Vagy ha az olvasók mindezeket a fejleményeket helyén valónak érzik, talán nincsenek is tisztában azzal, hogy mit jelent maga a diszciplína kifejezés, vagy hogy mitől diszciplína maga az ápolás.

A diszciplína kifejezés latin eredetű, útmutatások egy csoportját, tanulási metódusokat értünk alatta. A diszciplínákat az a különleges látásmód különbözteti meg egymástól, amivel a diszciplína képviselői az egyes jelenségek vizsgálatát megközelítik. A jelenségek vagy az érdeklődést kiváltó kérdések adják a diszciplína képviselőinek az útmutatást, ezeket az útmutatókat pedig olyan elméletek fogják össze, amelyek rendszerezhetők, kommunikálhatók, és éppen ezért taníthatók. Minden diszciplína magáénak követel egy

világosan elhatárolható tudást, amely megmutatja a tudás létrehozásának módszerét, a tudás igazolásának menetét és a tudás felhasználásának módját.

Dr. Fawcett régóta érvel amellett, hogy minden ápoláselméleti modell az ápolás érdeklődési körébe tartozó jelenség (ügymint ember, környezet, egészség, ápolás) vizsgálatát szolgálja. Azt is többször kifejtette már, hogy minden ápoláselméleti modell világos instrukciókat nyújt még precízebb elméletek kidolgozásához, a kutatáshoz, a képzéshez, a gyakorlathoz. Az ápoláselméleti modellek éppen ezért azt a diszciplináris alapot képezik, amelyre az ápolás egésze épül. Ha úgy döntünk, hogy kidobjuk az alapokat, semmilyen okunk sincs remélni, hogy más területek képviselői, orvosok, gyógytornászok, szociális munkások és sok más egészségügyi szakember elismerik önállóságunkat. Alapok nélkül azt az önálló gyakorlatot sem folytathatnánk, amiért mindannyian hosszú évtizedek óta küzdünk. Az ápoláselméleti modellek nélkül egész szakmánk tudományos tevékenység helyett szakmunkává alacsonyodna. Igaz, a jó szakmunkás komoly hasznot hajt a társadalomnak. Ki tudna meglenni az ácsok, a villanyszerelők vagy a víz- és gázszerelők munkája nélkül? Igaz, de ez lenne az az elismerés, amire az ápolók vágnak?

Dr. Fawcett szerint azt szeretnénk, ha az emberek az ápolásra, mint önálló diszciplinára gondolnának, minden kivívott joggal és kiváltságaival egyetemben. Számunkra az a fontos, hogy ápolás-specifikus tudást fejlesszünk, terjesszünk és használjunk a munkánk során. Éppen ezért ápolás-specifikus kutatást akarunk végezni, amivel ápolás-specifikus gyakorlatot tudunk létrehozni. Akkor, kérde Dr. Fawcett, hogyan jutottunk odáig, hogy el akarjuk hagyni gyökereinket és elfordulunk az ápolásközpontú gondolkodástól?

Mások véleményére támaszkodva azt állítja, hogy az ápolók elfogadják más egészségügyi szereplők (orvosok, egészségpolitikusok, stb.) elnyomását, és áldozatnak tartják magukat. Az ápolás kultúrája mindig is többre becsülte a cselekvést, a tevőleges részvételt, mint a gondolkodást. Ez olyan kultúra, amely szinte becsüli, de legalábbis tolerálja az elnyomás tényét. Ilyen nézőpontból persze érthető, állítja Dr. Fawcett, miért lehet könnyen feladni a diszciplináris alapokat, ha a gondolkodás megbecsülése helyett egyszerűbb más tudományoktól kölcsönvenni a gondolatokat. Ami ugyanakkor meglepő, hogy miért kellett a fürdetéstől megválni, ami jól képviseli a cselekvésközpontú értékrendszert az ápolásban?

Lehetséges lenne, teszi fel a kérdést Dr. Fawcett, hogy olyan ambivalens időket élünk, amikor az ápolás alapvető természetének átértékelése zajlik? Lehetséges lenne, hogy egyszerre csak nem tudjuk kik és mik akarunk lenni, és hogyan váljunk ezeké az új valamikké? Dr. Fawcett szerint fel lehetne oldani ezt az ambivalenciát, ha az oktatók, kutatók, gyakorló ápolók, folyóirat szerkesztők, és minden, a tudás létrehozásáért felelős ápoló összefogna az ápolás-specifikus tudás propagációjának érdekében.

Ahhoz persze, hogy az ápolás-specifikus tudás képviselőjévé váljunk, az oktatóknak például tananyaguk, módszereik jórészt ápoláselméleti modellekre kellene építeniük. Ha az oktatók úgy érzik, hogy az ápolóknak szükségük van más tudományokból is meríteni, ezek az ismeretek külön tantárgyakban ismertetésre kerülhetnek. De az ápolás tantárgyainak ápolás-specifikus tudást kell közvetíteni, és olyan gyakorlati tevékenységeket kell oktatniuk, amelyek ezekből az elméletekből következnek.

Az ápolás-specifikus tudás képviselője a gyakorló ápoló számára azt jelentené, hogy olyan beavatkozásokat végez el, amelyekhez ápolás-specifikus elméletek kötődnek. Ha maga a beavatkozás nem vezethető vissza ápoláselméleti modellre, az ápolónak nem lenne szabad azt elvégeznie. Példának okáért, sok orvos által kiadott utasítás végrehajtása nem köthető semmilyen ápoláselméleti modellhez. Dr. Fawcett továbblép, és azt is kijelenti, hogy ennek alapján ezeket az utasításokat az ápolónak nem lenne szabad végrehajtani. Helyette ezekért a beavatkozásokért az orvosnak kellene a felelősséget vállalnia, beleértve a végrehajtást is. Az ápolóknak pedig ápolási beavatkozásokra kellene utasításokat kiadniuk.

Az ápolás-specifikus tudás képviselője a kutatásban is elkötelezettséget kíván. Ha a kutatási probléma egészében nem vezethető vissza egy ápoláselméleti modellben megfogalmazott kérdésre, akkor az ápolóknak nem lenne szabad foglalkozni ezzel a problémával, nem lenne szabad kutatniuk. Noha a probléma maga talán nagyon is érdekes lehet az ápolók számára, de ha az egy másik diszciplína érdeklődési körébe tartozik, akkor ennek a diszciplinának a képviselői hivatottak elvégezni a kutatást. Ellenkező esetben az ápolás nem a saját, hanem valamely más tudomány fejlesztéséhez járul hozzá.

A folyóirat szerkesztők és a kutatási források felett döntők is ők lehetnek az ápolás-specifikus tudás képviselőiténak. Ahhoz ugyanis, hogy az ápolási folyóiratokban csak az ápolást érintő tudás jelenjék meg, szükség van erre az ápolás-specifikus szemléletre. Minden olyan írásnak vagy kutatási javaslatnak, amelyet ápolók számára kívánnak közölni vagy kutatni, összefüggésben kell állnia ápoláselméleti modellekkel. Elsőbbséget kellene tehát nyújtani azoknak az írásoknak és kutatási terveknek, amelyek az ápolásra jellemző tudás elmélyítését célozzák meg. Ennek az erőfeszítésnek az intézményi politikában is tükröződnie kell.

Dr. Fawcett írását végül a kiváló angol fizikus, Isaac Newton szavainak ápolásra adaptált üzenetével zárja: „Remélem, hogy az ápolás óriásainak vállain állunk majd, hogy innen tekintsünk szét és építkezzünk tovább, de ne romboljuk le mindazt az alapot, amit elődeink raktak le az ápolás diszciplinájának érdekében”.

Fawcett, J. (2003). *On bed baths and conceptual models of nursing. Journal of Advanced Nursing*, 44(3), 229-230.

Az ápolóknak jobb munkakörülményekre van szükségük

Washingtoni bejelentést követően született meg az a döntés, hogy az ápolók számára jobb munkafeltételeket kell biztosítani az Egyesült Államokban. A fáradt ápolók ugyanis elfelejtenek kezet mosni, rossz gyógyszert osztanak ki vagy adnak be a betegnek, és órákat töltenek felesleges papírmunkával a betegellátás helyett, idézték egy szakértői munkacsoport jelentését.

Az Orvostudományi Intézet szóvivője szerint a tervezett 12 órás munkaidő maximálásától nemcsak a műhibák és téves beavatkozások csökkenését remélik, de azt is, hogy az ápolók munkakörülményei is javulni fognak. A várható haszon persze túlmutat egyes életek megmentésén is, feltehetően kevesebb ápoló hagyja majd ott munkahelyét, ami jelentős megtakarítás, ha az új személyzet betanítását is figyelembe vesszük. De a műhibák felesleges költségeket is okoznak az intézményeknek az extra kezelések miatt. Ebben is csökkenés remélhető a tapasztalt ápolók megtartásával.

Donald Steinwachs, a szakértői panel elnöke szerint egy vagy két szabályozó nem nyújthat biztonságos betegellátást, ehhez inkább olyan munkakörnyezetet kell megteremteni, ami figyelembe veszi az ápolók munkastílusát, ahogyan az ápolókat egyes munkakörökben alkalmazzák, és ahogyan az egész szervezet reagál a betegellátás biztonságára.

A jelentés szerint a 2,2 millió regisztrált ápoló, a 700 ezer foglalkozás-egészségügyi szakápoló és a 2,3 millió ápolási asszisztens az első védelmi vonalat képviselik a műhibák és téves beavatkozásokkal szemben Amerikaszerte. A jelentésben például kórházi vizsgálatokra hivatkoznak, amelyek kimutatták, hogy az ápolók az esetek 86%-ban előztek meg téves gyógyszeradagolást, mielőtt az a betegnek kárt okozhatott volna.

Ada Sue Hinshaw, a Michigani Ápolási Fakultás dékánja szerint téves gyógyszereszerelés előfordulhat a rossz gyógyszer adásából, helytelen adagolásból, rossz beadási útból (orális, intravénás), vagy a rossz időzítésből is. Mindezek az események 1998-ban 98 000 ember halálát okozták az Egyesült Államokban és 29 milliárd dollár extra költséggel terhelték a társadalombiztosítás számláját.

A mostani szabályozás maximum napi 12 órás és heti 60 órás műszakot engedélyez majd. Hinshaw szerint ez már rég időszerű volt, hiszen minden veszélyes üzemi munkakörben, így a kamionsofőrök, pilóták, stb. körében létezik ilyen szabályozás. Ez az ápolókra vonatkozó ajánlás követi az orvos rezidensek heti 80 órás munkaidő stopját.

Az amerikai kormány Egészségügyi és Humán Erőforrás-gazdálkodási Hivatala bejelentette, hogy felülvizsgálja az ápolási otthonok létszám igényét is. Javaslatuk szerint minden otthonban legalább egy teljes idejű regisztrált ápolót kell foglalkoztatni a nap 24 órájában. Ugyancsak megerősítenék az intenzív terápiás részlegeket is, itt minden 2 betegre legalább egy szakápolót írnak elő.

Ahhoz, hogy jobb munkakörülményeket érjünk, az ápolókat felesleges dolgoktól is meg kell szabadítani (pl. egyes adminisztratív tevékenységektől). De lesz, ahol egyszerűen több ápolót kell majd felvenni, hangzott a szakértői munkacsoport véleménye.

Amerikában várhatóan 2010-re 12%-os ápoló hiányt jósolnak, ami eléri a 20%-ot 2015-ben, hangzott el.