

# NŐVÉR

## AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2007. június 20. évfolyam 3. szám

## TARTALOMJEGYZÉK

### EREDETI KÖZLEMÉNY

Fájdalomcsillapítás koraszülöttek szemészeti vizsgálata és műtete alatt  
*Toldi Teodóra*

3

A kórházban ápolat gyermekek fájdalomának felmérése,  
mint az ellátás minőségének egyik mutatója  
*Deák Edit*

13

### MINŐSÉG AZ ÁPOLÁSBAN

Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok

21

### KÜLDETÉS- NYILATKOZAT

A Nővér folyóirat az ápolás független szakmai orgánuma. Célja, hogy tudományos igényű készített írások megjelentetésével elismeretek átadása mellett a gyakorló szakember tevékenységét is elősegítse. A Nővér a folyamatos önképzés támogatásával hozzájárul a hatékonyabb betegellátáshoz, valamint a XXI. század és követelményeinek kihívásainak teljesítéséhez, és követelményeinek megfelelően képezni a jövő generációját.

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja elismeri és beszámítja, a CINAHL nemzetközi ápolási adatbázis referálja.

**Kiadja:** a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Balogh Zoltán. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1458 Budapest, Pf. 74.) Telefon:: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítóterv, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

## NŐVÉR

## A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 20. No.3. June 2007

## CONTENTS

## ORIGINAL CONTRIBUTION

- Anaesthesia during ophthalmic examinations and operations performed on premature babies  
*Teodóra Toldi* 3
- A study of the pain experienced by children under hospital care, as an indicator of the quality of healthcare provision  
*Edit Deák* 13
- Cholesterol-awareness of patients with cerebrovascular disease  
*Nagyné Agócs, K., Romvári, É., Dér, M.* 20
- Hungarian standars for healthcare provision 21

## Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

## Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

## Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Betlehem József  
*főiskolai docens*Kárpáti Zoltán  
*ápolási igazgató*Oláh András, *adjunktus*Szloboda Imréné  
*ápolási igazgató*Tóth Ibolya  
*szakmai vezető főtanácsos*Dr. Zékányné Rimár Ilona  
*ápolási igazgató*

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 74., H-1458 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

## Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatói menedzser*  
Markusovszky Kórház, SzombathelyBoldogné Csirik Magdolna, *osztályvezető*  
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, BudapestDr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*  
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, SzegedDr. Kiss István, *leendő elnök*  
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, BudapestProf. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*  
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ  
Laboratóriumi Medicina Intézet, PécsDr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*  
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, BudapestDr. Rácz Jenő, *elnök*  
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, BudapestSomogyvári Zoltánné, *fekvőbetegellátási alelnök*  
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Országos Szervezete, BudapestSövényi Ferencné, *szaktanácsadó*  
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,  
Országos Működési Nyilvántartás, BudapestVízvári László *főigazgató*  
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemléli Magyarország legnagyobb médiafigyelője az

1084 Budapest, Aurórau. 11.  
Tel.:303-4738, Fax: 303-4744  
E-mail:marketing@observer.hu  
http://observer.hu

# Fájdalomcsillapítás koraszülöttek szemészeti vizsgálata és műtete alatt

Toldi Teodóra

SE-EFK Okleveles ápoló szakos hallgató, neonatológiai szakasszisztens

Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat, Budapest

## Összefoglaló

**Cél:** A vizsgálat célja annak feltárása, hogy a szemészeti vizsgálatnál és műtétnél alkalmazott különböző fájdalomcsillapítás mennyiben csökkenti a koraszülöttek fájdalmát és a fájdalomra adott reakcióit.

**Módszerek és minta:** A szerző három különböző fájdalomskála segítségével vizsgálta a koraszülöttek fájdalomra adott reakcióit a szemészeti beavatkozások alatt és után, valamint a műtétek során jelentkező apnoe gyakoriságát. A minta 85 koraszülöttből áll, akiket 2006. október 15 – 2007. március 15. között a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájának orvosai vizsgáltak, illetve műtöttek meg. A szemészeti vizsgálatok alkalmával 30-30 koraszülöttet vizsgált két különböző intézmény bevonásával. Műtéteknél öt budapesti intézmény betegeit figyelte meg, minden intézményben 5-5 koraszülöttet.

**Eredmények:** Az általános érzéstelenítés és intratracheális intubálás mellett végzett szemészeti műtétek kevésbé fájdalmasak és kevesebb apnoeal járnak, mint az általános érzéstelenítés mellett, intratracheális intubálás nélkül végzett műtétek.

**Következtetések:** Szemészeti vizsgálatok alatt oxibuprokain szemcseppel történő lokális fájdalomcsillapítás a kapott adatok szerint nem egyértelműen vált be a gyakorlatban, melynek oka lehetett az alkalmazott skála nem kellő precizitása, vagy a fájdalomcsillapító elégtelen dozírozása is. Egyértelműnek tűnik, hogy a szemészeti műtétek alatti fájdalomcsillapításnak rutinszerűvé kellene válnia. Kíváncsok, hogy a beavatkozások helyi és általános érzéstelenítés, intubáció és lélegeztetés mellett, NIC osztályon, neonatológus közreműködésével történjenek.

## A probléma ismertetése

A koraszülés gyakorisága 1980-ban 10,4 %-os volt, és még 2000-ben is elérte a 8,5 %-ot. Magyarországon évente 12.000 újszülött idő előtt látja meg a napvilágot, ebből 2.000-2.500 igen kis súlyú, ami azt jelenti, hogy születéskor a testtömegük kevesebb, mint 1250 g. A koraszülött ellátás centralizálásának eredményeként a neonatológiai háttérrel rendelkező szülészeti intézetekben a koraszülöttek 25-30 %-a születik 1500 g alatti súllyal, ezen belül az 1000 g alattiak aránya 30-50 %. A neonatológia fejlődése mára már lehetővé tette, hogy a 25. gesztációs hétre, vagy 700 g súllyal születetteknek jelentős hányada életben maradjon.

Míg korábban az ellátás színvonala, addig mára a veszélyeztetettek számának emelkedése az oka annak, hogy hazánkban a ROP (Retinopathy of prematurity – koraszülöttek szembetegsége) a leggyakoribb szembetegség az óvodáskorú vak gyermekek között. (Hatvani et al., 1996)

Az újszülött intenzív osztályon dolgozó egészségügyi szakemberek gyakran szembesülnek azzal

a jelentős problémával, hogy a koraszülötteknél gyakran kell végezni fájdalmas diagnosztikai és terápiás beavatkozásokat. Ezek közül az egyik leggyakoribb a koraszülöttek esetén rutinszerűen végzett szemészeti vizsgálat, mely a ROP felismerésére és utánpótlására nyújt lehetőséget. Fontos a rendszeres és gyakori ellenőrzés, ezáltal a gyakori vizsgálat. A betegség előrehaladtával műtét elvégzése is szükségessé válhat.

Hat éve dolgozom a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálatnál, mint neonatológiai szakasszisztens. Munkám során megfigyeltem, hogy a szemészeti vizsgálatra szállított koraszülöttek hogyan reagálnak erre a fájdalmas beavatkozásra, hogyan tiltakoznak a vizsgálat ellen. A szemhéjterpesz, melyet a szemükbe helyeznek, megakadályozza őket abban, hogy összezárják szemhéjukat. Az oftalmoszkóp fénye a szemükbe világít. Fejüket és kezüket a vizsgálat alatt rögzíteni kell, ami korlátozza őket mozgásukban. Ezekre a hatásokra sírással, homlokráncolással, lábuk felhúzásával, testük feszítésével válaszolnak. Nehezen eldönthető, hogy a fájdalomra, vagy a fizikai korlátozásra, a

fényre, a szemhéjterpesz okozta kellemetlenségekre reagálnak így.

A szemészeti vizsgálat, illetve műtét alkalmával szükséges aneszteziológiai módszer megválasztásában hazánkban nem egységes az álláspont. Minden intézmény a „saját szokásai” szerint végzi a koraszülöttek fájdalomcsillapítását.

Mivel egyrészt ők nem tudják elmondani, mit éreznek, másrészt fokozottabban vannak kitéve a fájdalom okozta stressznek, nekünk kell odafigyelni reakcióikra, és csillapítanunk fájdalmukat.

## Elméleti háttér

A ROP a koraszülöttségnek és az élet megtartása szempontjából szükséges intenzív kezelésnek súlyos, a látás teljes elvesztésével fenyegető szövődménye, ami kóros retinalis vasoproliferatioval, súlyos esetben retinaleváláshoz vezető fibrovascularis szövetszaporulattal jellemezhető. (Hatvani et al., 1996) Magába foglalja a koraszülött-osztályon látható akut és a később észlelhető heges elváltozásokat is.

A 2000 g-nál nagyobb születési súlyú újszülötteknél ROP ritkán fordul elő. Az 1500 g-nál kisebb súlyú koraszülötteknél a ROP-pal járó súlyos látáskárosodás esélye nő, illetve a születési súly és a gesztációs kor csökkenésével a kockázat tovább növekszik. A 750 g születési súly alatt a retinopathia incidenciája eléri a 90%-ot, 750-1000 g születési súlycsoportban pedig 78%-ra tehető. A 750 g-nál kisebb súllyal születettek 37%-ánál, a 750-1000 g-mal születettek 21,9%-ánál, és az 1000-1250 g-mal születettek 8,5%-ánál fejlődik ki súlyos ROP. (Soproni szerk., 2005)

A ROP okozójaként a legutóbbi időkig az újszülöttek oxigénkezelését szokták megnevezni. Az oxigénkezelés időtartama szorosan, az oxigén mennyisége kevésbé függ össze a ROP kialakulásával. (Hatvani et al., 1996)

A fájdalom egyedi, szubjektív, és senki nem tudja egy másik személy fájdalmát pontosan meghatározni. Ha úgy látjuk, hogy a koraszülöttek fájdalomtól szenvednek, tényleg fájdalmat éreznek. Törekedni kell a fájdalom intenzitásának, okának és természetének meghatározására. (Újhelyi, 2002)

A fájdalom jelenlétének és erősségének a megítélése, értékelése újszülöttkorban nehéz feladat. Az újszülöttek élettanilag képesek a fájdalom érzékelésére, és jellegzetes tünetekkel reagálnak. Ilyen a fájdalmas arckifejezés (grimaszolás) és a

magas, éles hangú sírás. Élettani jelek az oxigén-szaturáció csökkenése, a tachycardia, az emelkedett vérnyomás és az izzadás. A gyermekek számára számos – a felnőttek által „jelentéktelennek” ítélt – beavatkozás is (pl. vénabiztosítás, lumbálpunkció stb.) megterhelő. A nem megfelelően csillapított fájdalom – rövid és hosszú távon egyaránt – súlyos emocionális, élettani és pszichés hatással jár. Ezért ma már a fájdalmas beavatkozásoknál nem fogadható el a gyermek pusztán fizikai korlátozása és a fájdalomcsillapítás mellőzése. A még nem beszélő gyermekeknél nehezebb a fájdalom megítélése. Az orvosok és nővérek is hajlamosak az általuk okozott fájdalom lekicsinylésére, melynek következménye az elégtelen fájdalomcsillapítás. (Újhelyi, 2002) A verbális és nonverbális kommunikáció nehézségei miatt a fájdalom szubjektív élmény marad a megfigyelő számára, és mérése csak indirekt módon történhet fájdalomskálák segítségével.

## Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a helyi fájdalomcsillapítás mellett, (ami ebben az esetben oxibuproka-in szemcsepp) végzett ROP vizsgálat kisebb fájdalmat okoz, ezáltal kevésbé viseli meg a koraszülöttestet, mint a fájdalomcsillapítás nélkül végzett vizsgálat.
2. Feltételezem, hogy az általános érzéstelenítés, intratrachealis intubálás, esetleg relaxálás mellett végzett szemészeti lézerműtét kisebb stresszt okoz a koraszülötteknek, kisebb fájdalommal jár, mint az intratrachealis intubálás és relaxálás nélkül végzett lézerműtétnek.
3. Feltételezem, hogy az általános érzéstelenítés és intubálás mellett végzett műtéteknek kevesebb a rövidtávú és hosszútávú szövődménye, mellékhatása, mint az intubálás nélkül végzett műtéteké.

## Vizsgálati módszerek

Fájdalomskálákat alkalmazva vizsgáltam a koraszülöttek fájdalomra adott reakcióit a szemészeti beavatkozások alatt és után, valamint a műtétek során jelentkező apnoe gyakoriságát. A koraszülöttek fájdalmát három különböző fájdalomskála segítségével vizsgáltam.

**Comfort skála (The Comfort Behaviour Scale – Komfort viselkedési skála)** (IPOKRATES Nursing, 2004)

A skálában 6 viselkedési paraméter vizsgálható, melyekre 1 és 5 közötti pontérték adható. Vizsgálni kell az éberséget, a nyugalom illetve nyugtalanság fokát, a fizikai mozgást, izomtónust, arcizmok állapotát. Gépi lélegeztetett koraszülöttnél a légzési reakciót vizsgáljuk, a sírás csak spontán légző gyermeknél vizsgálható. Nyugalomban lévő betegnél a legkisebb pontszám 9. Általános érzetelenítésnél a legkisebb pontszám 6. Maximálisan 30 pont adható. A koraszülötteket a beavatkozás előtt, alatt és utána vizsgáltam.

**FLACC (a fájdalom érzékelése a viselkedés alapján), (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – arc, lábak, aktivitás, sírás, vigasztalhatóság)** (www.ama-cmeonline.com, 2006)

A pontszámok kiszámításánál 5 viselkedési mutatót használnak, ezek a következők: arckifejezés, lábak pozíciója, aktivitás, a sírás és a vigasztalhatóság. Mindegyik paramétert vizsgáltam a beavatkozás előtt, alatt és utána. A vizsgált koraszülöttek a mutatókra 1 és 3 közötti pontszámokat kaptak. Teljes nyugalomban 5 pont adható a koraszülöttnék. Maximálisan 15 pont érhető el a teszt során.

**PIPP (Premature Infant Pain Profile – Koraszülött fájdalom profil)** (www.tchden.org, 2006)

A pontszámok 30 másodperces megfigyelésen alapulnak. A pontszám kiszámításánál használt 6 mutató mindegyikére egy 1 és 4 közötti szám adható. A 6 mutató a következőkből tevődik össze: a viselkedés, szívfrekvencia, oxigénszaturáció, homlok-ráncolás, szem összeszorítás, orr-ajak-ráncolás. Az eredeti skála a szem összeszorítást is vizsgálja, a szemészeti beavatkozásoknál azonban a szemterpesz miatt ez nem vizsgálható. Ezért az értékelés során ezt az elemet kihagytam a skálából. A maximális pontszám 20 lehet. Teljes nyugalomban 9 pont adható a vizsgált koraszülöttnék.

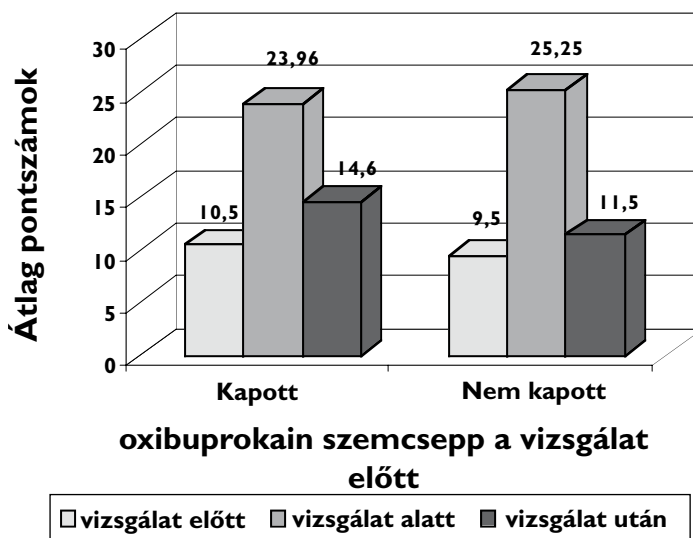
### Vizsgálati minta

A minta 85 koraszülöttből áll, akiket 2006. október 15 – 2007. március 15. között a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájának orvosai vizsgáltak, illetve műtöttek meg öt különböző budapesti intézményben.

A szemészeti vizsgálatok alkalmával 30-30 koraszülöttet vizsgáltam két különböző szemészeti intézmény bevonásával. Műtétéknél öt budapesti intézmény betegeit figyeltem meg, minden intézményben 5-5 koraszülöttet.

A vizsgálatba bevont koraszülöttek között voltak olyanok, akinél az első szemészeti vizsgálat történt, és olyanok is, akiknél kontroll vizsgálatra került sor. A mintából kimaradtak azok a csecsemők, akik opioid fájdalomcsillapítókat vagy szeda-

I. ábra: A fájdalom vizsgálatkor mért értéke Comfort fájdalomskálával



tívumot kaptak a vizsgálat előtti 24 órában. Kimaradtak azok, akiknél egyéb betegség is előfordult, ilyenek az agyvérzés, hydrocephalus.

A szemészeti vizsgálatra került koraszülöttek átlagos postconcepcionális kora 33 hét, átlag súlya 1608 g volt a vizsgálatkor. A vizsgálat időtartama 2-5 perc között változott. A műtétek átlagos időtartama 30-80 perc volt, a műtéten átesett koraszülöttek átlag postconcepcionális kora 37,3 hét, átlag testtömege 2241 g volt a műtét időpontjában.

## Eredmények

A ROP vizsgálatoknál az egyik szemészeti intézmény alkalmazott helyi érzéstelenítő szemcseppet (oxibuprokain szemcsepp), a vizsgálat előtt 1 perccel mindkét szembe I-I cseppet, a másik viszont nem.

A Comfort skálán számottevő különbség nem látható a két csoportban mért pontszámok között. A vizsgálat alatti pontszámok, az oxibuprokain szemcseppet kapott csoportban 23,96 pont, a szemcseppet nem kapott csoportban 25,25 pont volt, ami közel azonos értéknek felel meg. (1. ábra: A fájdalom vizsgálatkor mért értéke Comfort fájdalomskálával)

A FLACC skálával mért fájdalomérték a vizsgálat alatt a helyi érzéstelenítőt kapott csoportban 12,6 pont, a szemcseppet nem kapott csoportban 14,25 pont. Tehát ez a skála is közel azonos értékeket mutat a két vizsgált csoportban. (2. ábra: A fájdalom vizsgálatkor mért értéke FLACC fájdalomskálával)

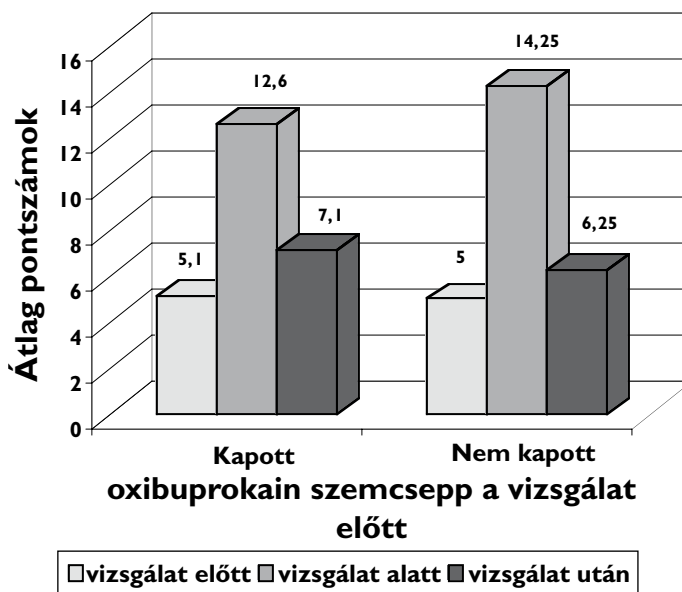
A PIPP fájdalomskálánál viszont különbséget láthatunk a két csoport között. Akik kaptak oxibuprokain szemcseppet a vizsgálat előtt, azoknál az átlag pontszám 9,13 pont, akik nem kaptak, azoknál 12,25 az átlag pontszám. (3. ábra: A fájdalom vizsgálat alatt mért értéke PIPP fájdalomskálával)

Abban a csoportban, akik a beavatkozás előtt kaptak oxibuprokain szemcseppet, illetve akik nem kaptak, közel azonos pontszámokat találtunk a Comfort és a FLACC fájdalomskálánál, viszont a PIPP skála esetén már látható volt a különbség a két csoport között.

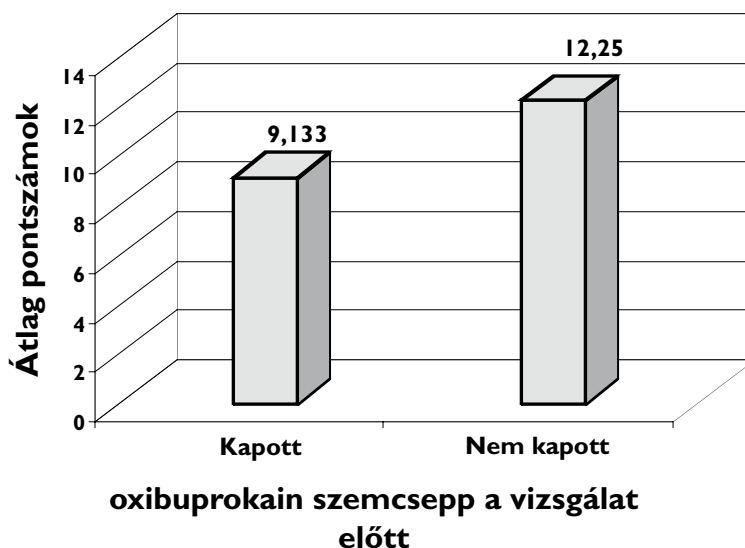
A felállított hipotézis tehát, mely szerint a vizsgálat előtt 1 perccel adott I-I csepp oxibuprokain szemcsepp megfelelő helyi érzéstelenítést biztosít a vizsgálatok alatt, a Comfort és a FLACC skálák esetén nem igazolódott, a PIPP skálával végzett elemzéssel azonban megerősítést nyert.

A szemészeti műtétek esetében többféle fájdalomcsillapítással találkozhattunk. A fájdalomcsil-

**2. ábra: A fájdalom vizsgálatkor mért értéke FLACC fájdalomskálával**



**3. ábra: A fájdalom vizsgálat alatt mért értéke PIPP fájdalomskálával**



lapítás mindig az adott intézmény „helyi szokásának” megfelelően történt. Budapest 5 különböző intézményét vizsgáltam.

Az első intézményben a műtét a NIC (Neonatólis Intenzív Centrum – koraszülött intenzív osztály) osztályon történt. Az altatást neonatológus végezte. Az analgészia bevezetésére midazolomot használtak 0,1mg/kg dózisban, fenntartásra opiát fájdalomcsillapítást (0,2mg/ttkg nalbufin-hidroklorid injekció) alkalmaztak, amit hosszú hatású nem depolarizáló izomrelaxánssal (0,13mg/ttkg pancuronium injekció) egészítették ki, amit a műtét alatt még egyszer megismételtek. A relaxált, intratracheálisan intubált beteget SLE-2000 lélegeztetőgéppel lélegeztették. Ezek a koraszülöttek a beavatkozás előtt nem igényeltek gépi lélegeztetést, őket a műtét miatt kellett intubálni. A műtét alatt folyamatos pulzus és oxigénszaturáció monitorizálás történt. Műtét után már nem kaptak opiátot, illetve izomrelaxánst. Az ébredés változó volt, 3-4 órától, 1 napig változott, ezután történt az extubálás.

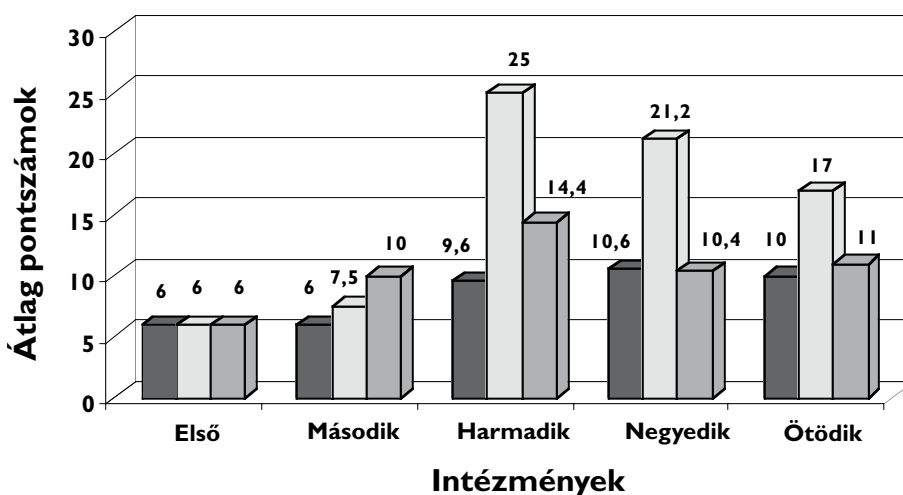
A második intézményben a műtét szintén a NIC osztályon történt, az altatást neonatológus végezte. Az analgesia bevezetésére midazolomot használtak (0,1mg/ttkg injekció), melyet intubálás követett, fenntartásra opiát fájdalomcsillapítót (5-8µg/ttkg fentanil injekció) alkalmaztak. Gépi lélegeztetés helyett ambu-ballonos lélegeztetés-

sel tartották fenn a megfelelő ventilációt a műtét alatt, melyet pulzoximéterrel ellenőriztek. Műtét után opiát antagonistát (0,04mg/ttkg naloxon injekció) beadása történt. Kielégítő spontán légzés mellett extubációt végeztek általában a műtétet követő 10-15 perc után.

A harmadik intézményben is a műtétet a NIC osztályon végezték, az anaesthésiát neonatológus biztosította. Az analgészia bevezetésére szintén midazolomot alkalmaztak (0,1mg/ttkg injekció). Fájdalomcsillapításra félszintetikus opioidot (0,13mg/ttkg nalbufin injekció) használnak, a spontán légzés megtartása mellett. A műtétet folyamatos monitorizálás mellett végezték. Műtét befejezésekor a koraszülöttek 5µg/ttkg flumazenil injekciót kaptak. Az itt alkalmazott fájdalomcsillapítás esetén több mellékhatás is bekövetkezett. A légzés depresszió, a szaturáció esés egyaránt megfigyelhető volt. A koraszülöttek aktívan küzdöttek a beavatkozás ellen, ezért műtét alatt a betegek fejét és karjait rögzíteni kellett.

A negyedik intézmény egyetemi intézetbe szállította a koraszülöttet, ahol a ROP-ambulancián történt a beavatkozás. Az altatást a küldő intézetből érkező neonatológus végezte. A műtét folyamatos monitorizálás mellett történt. A műtét megkezdése előtt a koraszülöttek félszintetikus opioidot (0,1mg/ttkg nalbufin injekciót), és midazolomot kaptak (0,2mg/ttkg injekció). A mid-

**4. ábra: A fájdalom műtétkor mért értéke Comfort fájdalomskálával**



azolamot a műtét közben egy alkalommal kellett megismételni 0,05mg/ttkg dózisban. A fájdalomcsillapítást cumira cseppentett 40%-os glucose-sal egészítették ki, amit a beavatkozás alatt kétszer ismételték meg. A koraszülött többször fájdalmasan felsírt a műtét alatt, szaturációja esett, illetve apnoeal válaszolt a fájdalomingerre.

Az ötödik intézményben saját műtőben végezték a lézer-koagulációt. Az altatást aneszteziológus végezte. Műtét előtt 0,05mg/ttkg atropin injekciót, 0,15mg/ttkg midazolam injekciót kapott a koraszülött. A fájdalomcsillapítás félszintetikus opioiddal történt (0,3mg/ttkg nalbufin injekció). A vitális paramétereket műtét alatt folyamatosan ellenőrizték. A műtét alatt a koraszülött többször ébredt és fájdalmasan reagált a beavatkozásra. Több gyermeknél műtét alatt légzéskimaradás is előfordult, ami szabadon áramló oxigén adására rendeződött.

A Comfort fájdalomskálával vizsgálva a koraszülöttek fájdalmát, az első intézményben a legalacsonyabbak a mért pontszámok, ahol általános érzéstelenítést, intubálást, gépi lélegeztetést és relaxálást alkalmaztak. Műtét előtt, alatt és után is 6 pontot kaptam. A második intézményben, ahol általános érzéstelenítést, intubálást, és ambubalonos lélegeztetést alkalmaztak a műtét alatt 7,5 pontot kaptunk, ez közel azonos, mint az első intézményben. A műtét után viszont 10 pont volt az átlag pontszám, ami valamivel magasabb, mint

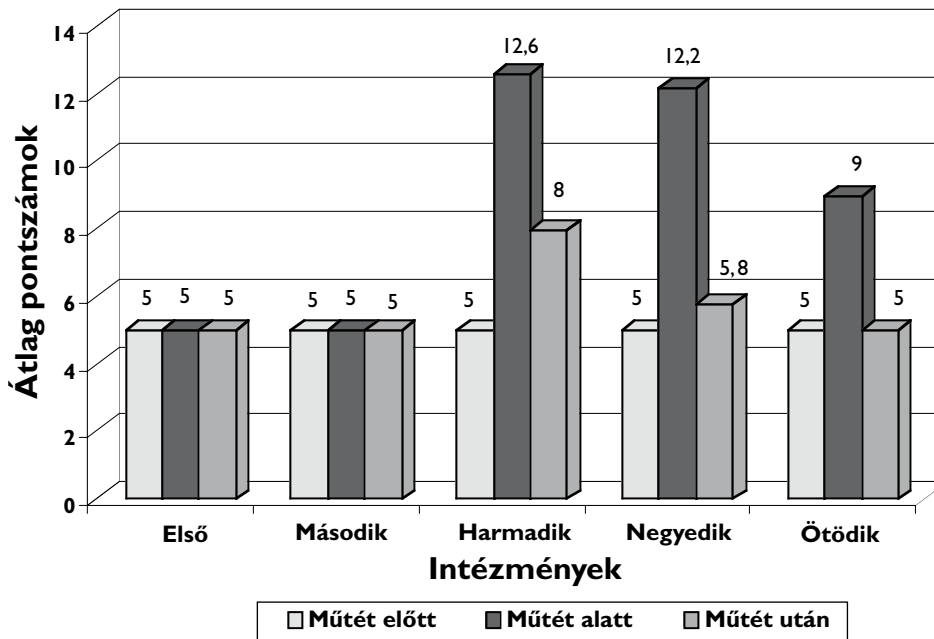
az első intézményben. A harmadik intézményben kaptuk ennél a skálánál a legmagasabb pontszámokat a műtét alatt: 25 pontot. A negyedik és ötödik intézményben is relatív magas pontszámokat kaptam a műtét alatt: 21,2 illetve 17 pontot. (4. ábra: A fájdalom műtétkor mért értéke Comfort fájdalomskálával)

A FLACC fájdalomskálával vizsgálva az első és második intézményben azonosak a pontszámok (5-5-5) a műtét előtt, alatt és után. A harmadik intézményben a legmagasabbak a mért pontszámok, a műtét alatt és utáni is, ez 12,6 és 8 pont, tehát itt volt a koraszülött a műtét után a legnyugtalanabb. A negyedik intézményben is közel ilyen magas pontszámot találtunk, 12,2 pontot. Az ötödik intézményben a harmadik és a negyedik intézményhez képest alacsonyabb pontszámot kaptunk. (5. ábra: A fájdalom műtétkor mért értéke FLACC fájdalomskálával)

Műtét alatt megfigyelt fájdalom esetén a PIPP skála szintén azt az eredményt mutatja, hogy az első és a második intézmény által végzett fájdalomcsillapítás volt a leghatékonyabb. A másik három intézménynél közel azonos pontokat kapunk, az elsőnél 12,2 pont, a másodiknál 12,6 pont, a harmadiknál 12 pontot. (6. ábra: A fájdalom műtét alatt mért értéke PIPP fájdalomskálával)

A felállított hipotézis tehát beigazolódtott, a legkisebb fájdalommal az általános érzéstelení-

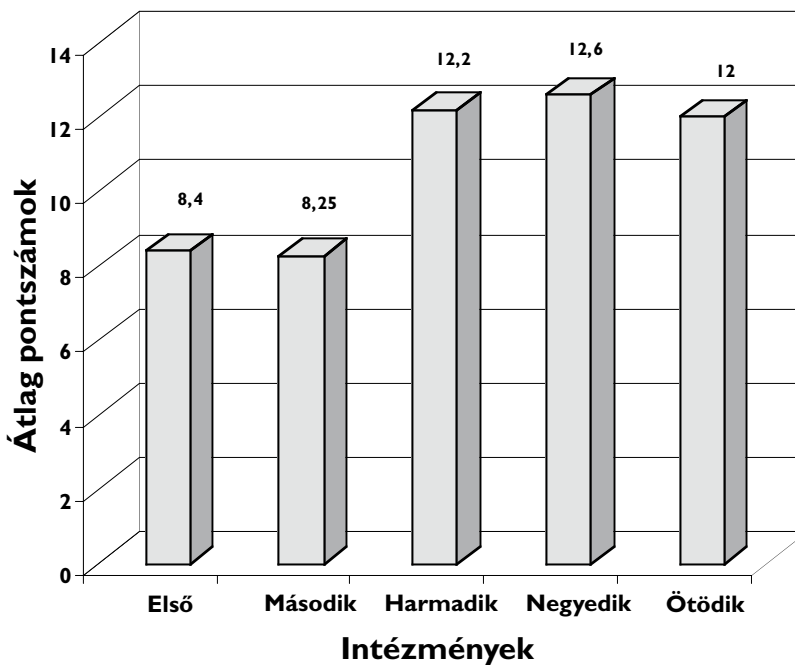
**5. ábra: A fájdalom műtétkor mért értéke  
FLACC fájdalomskálával**



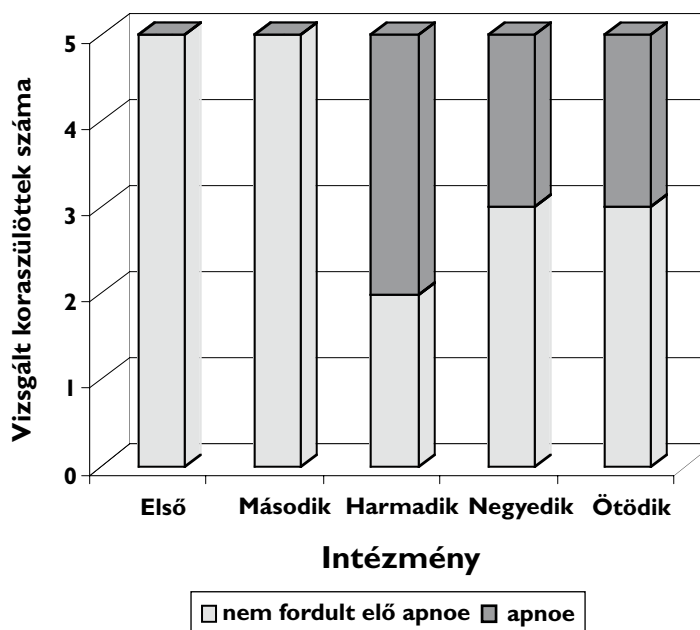
tésben, intratrachealis intubálás, relaxálás és gépi lélegeztetés mellett végzett lézerkoaguláció jár. Közel ilyen eredményeket mutat az ál-

talános érzéstelenítés, intratrachealis intubálás, és ambu – ballonos lélegeztetés mellett végzett műtét.

**6. ábra: A fájdalom műtét alatt mért értéke  
PIPP fájdalomskálával**



7. ábra: Műtét alatt előforduló apnoe



A műtét alatt előforduló mellékhatások közül az apnoet vizsgáltam. Az első és második intézményben nem fordult elő apnoe, ami az intratrachealis intubálásnak és lélegeztetésnek köszönhető. A harmadik intézményben fordult elő a legtöbbször apnoe, 3 koraszülöttnél. A negyedik és ötödik intézményben 2-2 apnoe fordult elő. (7. ábra: Műtét alatt előforduló apnoe)

## Következtetések

A koraszülések gyakoriságának jelentős csökkenésére egyelőre úgy tűnik, nincs reális esély, ugyanakkor a neonatológia fejlődésével egyre több igen kis súlyú és éretlen koraszülött megmentésére nyílik lehetőség. A ROP előfordulásával, kezelésével minden rizikócsoportba tartozó koraszülöttnél számolni kell, várhatóan tehát e betegség előfordulási gyakorisága a jövőben stagnálni, vagy akár növekedni is fog. Az esetek ellátásában a szemésznek, neonatológusnak, aneszteziológusnak szorosan együtt kell munkálkodnia.

A ROP lézerkoagulációja elektív műtétnek számít, viszont a folyamat progresszióját figyelembe véve, a műtétet minden szempontot mérlegelve, optimális időpontban és optimális helyen kell végezni. Ehhez szoros szemészeti kontrollra, gyakori

vizsgálatokra, és beavatkozásokra van szükség.

Mivel bizonyított tény, hogy a koraszülöttek is éreznek fájdalmat, sőt számukra a fájdalom és stressz súlyos, sokszor hosszú távon is káros következményekkel jár, a műtét során teljes fájdalommentességet, a beteg mozgásának kikapcsolását és megbízható vitális funkciókat kell biztosítani.

A koraszülöttek fájdalmát a szemészeti vizsgálatok és műtétek alatt indirekt fájdalomskálák felhasználásával mértem. E skálák hátránya, hogy bizonyos paraméterek (pl. szemzárás) a beavatkozás jellegéből adódóan (szemterpesz) nem értékelhetők. A többi összetevő pontozásával a különböző fájdalomcsillapító módszerek hatásossága azonban jól összehasonlítható.

Szemészeti vizsgálatok alatt oxibuprokain szemcseppel történő lokális fájdalomcsillapítás hatékonyságára

vonatkozó adatok ellentmondásosak: a Comfort és a FLACC fájdalomskála szerint ez a módszer nem vált be a gyakorlatban, a PIPP skálával végzett vizsgálat azonban hatásosnak mutatta. Elképzelhető, hogy a Comfort és a FLACC fájdalomskálák nem alkalmasak a szemészeti beavatkozások alatti fájdalom vizsgálatára. A PIPP skála a viselkedési mutatókon kívül – ami a megfigyelő szempontjából szubjektív – élettani

paramétereket is vizsgál, és ezért jóval objektívabb monitorizálást tesz lehetővé. Talán emiatt pontosabban tükrözi a fájdalom hatására a koraszülöttek szervezetében végbemenő reakciókat, melyekre a másik két módszer nem derít fényt. Elképzelhető azonban az is, hogy ez a fájdalomcsillapítási módszer tényleg nem alkalmas a szemészeti vizsgálat okozta fájdalom enyhítésére. Mivel felnőtteknél szemészeti műtétek alkalmával felületi érzéstelenítésként használják az oxibuprokain szemcseppet, és az alkalmazott adag bizonyítottan érzéstelenséget biztosít még az igen fájdalmas idegentest eltávolítások során is, elképzelhető, hogy a koraszülöttek vizsgálata során tapasztalt sikertelenség nem a módszer hatástalanságának, hanem esetleg a nem megfelelő dozírozásnak következménye. Ennek bizonyítására és esetleg a jelenlegi kezelési irányelvek módosításához további vizsgálatokra lenne szükség.

A szemészeti műtétek alatt végzett fájdalomcsillapítást vizsgálva, a fájdalomskálák eredményeit figyelembe véve arra a következtetésre jutottam, hogy a legkíméletesebb fájdalomcsillapítást az első intézményben alkalmazták. Az alkalmazott fájdalomskálák pontszámai ugyanis itt mutatták a legkedvezőbb értékeket. A vizsgált koraszülöttek azonosan alacsony pontszámot kaptak a műtét előtt, alatt és azt követően is, ami azt jelenti, hogy vélhetően fájdalom nélkül élték át a műtétet, és a műtét alatt és után is ugyanolyan nyugalomban voltak, mint műtét előtt. Az értékelést ugyan némiképp megbízhatatlanná, esetleg kérdésessé teszi az, hogy bizonyos paraméterekre (pl. izomtónus, fizikai mozgás, stb.) talán azért kapott az újszülött olyan kedvező pontszámokat, mert relaxálva volt, és nem azért, mert nem érzett fájdalmat. Ezt a hibalehetőséget a meglévő skálák ötvözésével, esetleg egy új skála kialakításával és tesztelésével ki lehetne küszöbölni.

A második intézményben alkalmazott fájdalomcsillapítás is hatásosnak bizonyult. A fájdalomskálák eredményei közel azonosak voltak az első intézményben műtött koraszülöttek pontszámaival, bár a műtét után számolt értékek valamivel magasabbak voltak. Ennek oka lehet az, hogy az első intézményben a relaxáció miatt tévesen alacsony pontszámokat kaptunk, de elképzelhető az is, hogy azért volt magasabb itt a kapott pontszám, mert ezek a betegek műtét után naloxont kaptak

az ébredéshez. Mindenesetre az a tény, hogy e két intézményben a pontszámok alig tértek el egymástól, azt látszik igazolni, hogy a relaxálás nem befolyásolja jelentősen a kapott pontszámot, és a kedvező eredmények valóban a teljes analgéziának köszönhetőek.

A harmadik intézményben mutatták a fájdalomskálák a legmagasabb pontszámot, ami azt jelenti, hogy a koraszülöttek ezt a fájdalmas beavatkozást éber állapotban teljes egészében átérték. A fájdalomra szaturáció eséssel, légzés depresszióval reagáltak. Műtét után állapotuk lassan rendeződött. E meglehetősen negatív eredménynek az lehet a magyarázata, hogy itt kapták a koraszülöttek a legkisebb dózisu nalbufint.

A negyedik és ötödik intézményben alkalmazott fájdalomcsillapítás esetén is magas pontszámokat kaptunk, bár valamivel kisebbeket, mint a harmadik intézményben. A műtét után vizsgált fájdalom tekintetében az ötödik intézményben némileg kedvezőbbek voltak az eredmények, ennek oka az lehet, hogy itt kapták a betegek a legmagasabb dózisu nalbufint.

Mindezek az eredmények azt mutatják, hogy sokkal kevésbé fájdalmas a szemészeti műtét, ha teljes analgéziában, intubálva, lélegeztetés mellett történik. A relaxáció szükségessége az analgészia szempontjából megkérdőjelezhető, ám a megfelelő és kíméletes légzéstámogatáshoz vélhetően mindenképpen előnyös. A kapott eredmények nem tekinthetőek bizonyító erejűnek a relatív alacsony vizsgált betegszám miatt, de jelzés értékűek. A bizonyításhoz további vizsgálatokra van még szükség.

A mellékhatások (apnoe) vizsgálata szintén a teljes analgészia és légzéstámogatás mellett szól. Noha az apnoe gyakorisága relaxáció és lélegeztetés mellett értelmetlenné tűnhet, hiszen ilyenkor a koraszülött spontán légzését mestersegesen elnyomjuk és pótoljuk, a vizsgálat mindenképpen azt mutatja, hogy amennyiben ezt nem tesszük, az apnoe relatív gyakran jelentkezik, ami a hypoxiás inzultus kockázatát jelentős mértékben növeli. Maga az apnoe vélhetően a fájdalomnak, a szedatívumok, illetve analgetikumok mellékhatásának és a beavatkozás okozta vagus izgalomnak egyaránt köszönhető. A spontán légzés leállása teljes analgésziával nem kerülhető el, ám annak káros hatása megfelelő lélegeztetéssel kiküszöbölhető.

## Javaslatok

Egyértelműnek tűnik, hogy a szemészeti műtétek alatti fájdalomcsillapításnak rutinszerűvé kellene válnia. Kívánatos, hogy a beavatkozások helyi és általá-

nos érzéstelenítés, intubáció és lélegeztetés mellett, NIC osztályon, neonatológus közreműködésével történjenek. Így a koraszülöttek mentesülnek a szállítás okozta megterheléstől, valamint a műtét utáni megfigyelésük, ellátásuk is megbízhatóbb.

## Irodalomjegyzék

1. Soproni Anna szerk. (2005): Gyermekszemészet és strabizmus 2002-2003., Az Amerikai Szemészeti Akadémia kiadványának magyar nyelvű fordítása, A MGYST Kiadványa, 301-308.old.
2. Hatvani István - Medgyaszai Orsolya - Czvikovszky György - Mészáros József (1996): A retinopathia prematurum szűrése a nemzetközi tapasztalatok tükrében (módszertani levélhez ajánlott kiegészítő szempontok) Orvostudományok, 71.évf. 4.sz. 231-233.old.
3. Implementing a research tool into clinical practice, <http://www.tchden.org/publications/cfof/2002/02spring/1.cfm>, letöltés:2006.10.08.
4. Pediatric Pain Management. [http://www.ama-cmeonline.com/pain\\_mgmf/module06](http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmf/module06), letöltés: 2006.10.20.
5. Pain assessment and comforting interventions, IPOKRATES Nursing, Innsbruck, Austria, 2004.okt.21-23.
6. Újhelyi Enikő (2002): Gyermekkori fájdalomcsillapítás, Családorvosi fórum, 5.sz. 42-46.old.

### Anaesthesia during ophthalmic examinations and operations performed on premature babies

Teodóra Toldi

**Aim:** The aim of the study was to determine the extent to which the anaesthesia applied during ophthalmic examinations and operations alleviates the pain, and reaction to pain, of premature babies.

**Methodology and sample:** The author used three different pain scales to study the reactions of premature babies to pain, before and after the ophthalmic intervention, and the frequency of apnoea occurring in the course of the operation. The sample consisted of 85 premature babies, who were examined and/or operated on between 15 October 2006 and 15 March 2007 by doctors at the Semmelweis University Ophthalmic Clinic. In the case of the ophthalmic examinations, two institutions examined 30 each of the patients. In the case of the operations, the author observed five patients at each of five institutions in Budapest.

**Results:** Operations performed under general anaesthetic with intratracheal intubation were less painful, and accompanied by fewer occurrences of apnoea than operations performed under general anaesthetic without intratracheal intubation.

**Conclusions:** Based on the gathered data, during ophthalmic examinations, local anaesthesia in the form of oxybuprocaine drops has not proven unambiguously satisfactory in practice, which could be attributable to the insufficiently precise nature of the scale used, or the incorrect dosage of the anaesthetic. It seems clear that anaesthesia during ophthalmic operations needs to become a matter of routine. It is desirable for interventions to be performed under general anaesthetic, with intubation and ventilation, at a newborn/infant care department, with the assistance of a neonatologist.

# A kórházban ápolott gyermekek fájdalmának felmérése, mint az ellátás minőségének egyik mutatója

Deák Edit,

ápolási igazgató, Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkórház

## Összefoglaló

*A minél magasabb szintű betegellátás érdekében, az ellátási standardokban megfogalmazott szempontoknak megfelelően, valamint az ápolás minőségének fejlesztésére a szerző kutatást végzett, melynek célja annak feltárása volt, hogy a fájdalomnak és a közérzetnek, ennek a két szubjektív érzetnek a mérése, valamint a mért értékhez rendelhető indikátor milyen szerepet tölthet be az ellátás folyamatának, az ápolás minőségének és az ápolás megfelelőségének fejlesztésében.*

*A szerző ismerteti az általa kidolgozott standardot, valamint indikátorokat. Véleménye szerint ezek az indikátorok nem csak a betegellátás, illetve a fájdalom menedzselésének indikátorai, hanem alkalmasak az ápolók egyéni teljesítményének értékelésére, és mint ilyenek, lehetővé teszik az ápolás megfelelőségének megítélését is. Ezen kívül javaslatot tesz arra vonatkozóan, hogy mit kell tenni annak érdekében, hogy az ápolók sikeresek lehessenek a fájdalom felismerésében, felmérésében, a fájdalommal küzdő gyermek fájdalomterápiájának menedzselésében.*

## Bevezetés

A fájdalomtól gyötört ember segítése, fájdalmának, szenvedéseinek csökkentésére, megszüntetésére irányuló tevékenységek egyidősek az emberi közösségek kialakulásával. A babiloni agyagtáblákon, az egyiptomi papiruszokon, a perzsa bőrtékercseken egyaránt találunk arra vonatkozóan feljegyzéseket, hogyan igyekeztek az ókori emberek a fájdalmat többnyire humánus, néha azonban kegyetlen módon megszüntetni.

A fájdalom gyógyszerrel történő csillapítása orvosi hatáskörbe tartozó tevékenység, míg annak kivitelezése az ápoló együttműködő funkciói közé sorolódik (kivéve az intravénás beviteli módot).

Ezzel szemben –tekintettel arra, hogy az ápoló tölti a legtöbb időt a beteggel– a fájdalom felismerése, mértékének felmérése, és az esetek többségében a beteg fájdalom terápiájának menedzselése az ápolói kompetencia körébe tartozik.

A gyermekek fájdalomával, illetve annak csillapításával kapcsolatban napjainkra jelentősen átértékelődtek az eddigi nézetek, és igazolást nyert az, hogy a fájdalom annak minden következményével együtt életkortól független. A fájdalomérzékelő receptorok ugyanis már 24. gestációs héttől működnek, vagyis a csecsemők és a gyermekek ugyanúgy érzékelik a fájdalmat, mint a felnőttek,

és a megfelelő fájdalomcsillapítás hiánya jelentős következményekkel járhat az ő esetükben is.

Hosszú éveken keresztül foglalkoztam gyermekkorú betegek anesztéziájával, illetve intenzív terápiás ellátásával, így a gyakorlatból tudom, hogy ma már nem azon folyik a vita a szakemberek között, hogy szükségük van-e a gyermekeknek is fájdalomcsillapításra, hanem sokkal inkább arról, hogy mi legyen ennek megfelelő, kontrollált módja.

Tehát míg ezen a vonalon határozott előrelépés következett be, addig a fájdalom mértékének rutinszerű felmérése tudomásom szerint a hazai gyakorlatban az Országos Onkológiai Intézet kivételével más intézményekben nem történik meg.

Véleményem szerint a gyermekek ápolásának minőségügyi megfeleléséhez hozzá kell, hogy tartozzon a gyermekek fájdalmának vizsgálata, felmérése.

Ennek érdekében a következőkre van szükség:

- Megállapítások/felmérések alapján kerüljön meghatározásra a fájdalomcsillapítási terv.
- A fájdalomcsillapítás ápolási vonatkozásainak legyen meghatározva.

A probléma kétirányú:

- gFrészt a fájdalom és a közérzet felmé-

rése nem történik meg napi gyakorlat szerint az ellátás során. Ennek okaként egyértelműen az jelölhető meg, hogy ennek a két szubjektív elemnek a mérését/felmérését az ápolók nem építették be az ápolási folyamatba, holott közismert tény, hogy a fájdalom a leginkább szorongást, félelmet keltő érzet a betegek, különösen gyermekek körében.

- Másrészt a fájdalom mértékének felmérésében „arany szabály” a kikérdezés, de a gyermekek egy része életkori sajátosságai miatt nem rendelkezik kellő kognitív képességgel arra, hogy a fájdalom intenzitását vagy helyét pontosan el tudja mondani, illetve meg tudja jelölni. A szakirodalom szerint pedig *nincs egyetlen olyan megbízható fájdalom-felmérő skála sem, amelyet a csecsemőknél lehetne használni, és nincs egyetlen a gyermekek számára leghatásosabb, leginkább megfelelő skálával kapcsolatban sem.* (Bieri et al., 1990, Bishop-Kurylo, 2002, Voepel-Lewis et al., 2005).

## Elméleti és jogszabályi háttér

Leriche szerint „A fájdalom tulajdonképpen egy vészjósoló ajándék, aminek értékét csak csökkenti, hogy betegbé tesz, mint amilyenek nélküle lennénk”

Az International Association for the Study of Pain (IASP = Nemzetközi Szövetség a Fájdalom Tanulmányozására) fájdalom definíciója a következő:

„A fájdalom kellemetlen, szubjektív érzet és érzelmi történés, amely fenyegető vagy már bekövetkezett szövetsérüléshez kapcsolódik, illetve ilyen sérülés jellemzi.” (Potter, Perry, 1996)

A fájdalom elválaszthatatlan életünktől, jelen van mindennapjainkban, de több pusztán neurofiziológiai eseménynél: szociális, lélektani, kulturális vetülete is van, melyeket mind figyelembe kell vennünk a fájdalom vizsgálatá, felmérése közben.

A témával kapcsolatos kutatások mára már egyértelműen bizonyították a következőket:

- az egyes szociális vagy kulturális csoportok fájdalomra adott reakciója más és más,
- az emberek fájdalomészlelését és az arra adott választ a szociális és kulturális hát-

tér befolyásolja, akár saját maguk, akár mások fájdalomáról van szó.

A szociális és kulturális háttér arra nézve is hatást gyakorol, hogy az emberek egyáltalán közlik-e fájdalmaikat, illetve az ezzel kapcsolatos érzeteiket az egészségügyi team tagjaival vagy más emberekkel, és ha igen, azt hogyan teszik. (Engel, 1950, Helman, 2003).

A fájdalomviselkedésnek az adott társadalomban megengedhető típusait csecsemő- és gyermekkorban sajátítjuk el. A fájdalom fontos szerepet tölt be a lélektani fejlődésben, szoros kapcsolatban áll a környezet megismerésével, valamint a testről és annak korlátairól szerzett tudással.

Ismert, hogy a gyermek fájdalomra adott választ több tényező befolyásolja, így például a kor, az egyéni érési fok, a környezet által mutatott modell (adott kultúra, szubkultúra, társadalmi elvárások), stb.

Csecsemőkorban általában a sírás és az izgatottság a jellemző válasz a fájdalomra, majd a későbbi életkorokban a verbalitással együtt egyre differenciáltabbá válik a fájdalom jelzése. Figyelembe kell venni azt is, hogy a szóbeli kifejezőképesség fokozatosan alakul ki és folyamatosan változik, maguk a szavak is más jelentést kaphatnak, illetve képviselhetnek, mint a későbbi életkorokban. (Vajda, 1999)

1992-ben az USA Egészségügyi Szervezete klinikai gyakorlati útmutatókat adott ki a csecsemők és gyermekek akut fájdalmának ellátásához. Az útmutatók a következőket tartalmazzák: Az egészségügyi dolgozó kötelessége kezelni a fájdalmat és enyhíteni a kezelt beteg szenvedését. Azért is fontos, és egyre fontosabb a fájdalom további kezelése, mert annak hatásosságát a páciens érzékeli – korábban mobilizálható, rövidebb ideig tartózkodik a kórházban, és ezek együttesen csökkentik az ellátás költségeit. (Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service. Acute Pain Management in Infants, Children, and Adolescents: Operative and Medical Producers. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, 1992).

Hazánkban az **1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről** az egészségügyi ellátáshoz való jog keretében szabályozza a fájdalmak enyhítésére, a szenvedések csökkentésére való jogot. Ezeket a törvény, mint alapvető betegjogokat is megfogalmazza.

A fájdalom csillapításához, a szenvedés enyhítéséhez való jog azonban nem csak a betegjogok körében került definiálásra, hanem a hivatkozott törvényben kiemelt szerepet kap az ápolási tevékenység szabályozásánál is, ahol az ápolási teendők között a következőkben került nevesítésre (idézet):

„98. § (1) Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

(2) Az ápolás

a) ...

b) a beteg önellátó képességének helyreállítására, a betegség okozta fájdalom csökkentésére és a szenvedés enyhítésére irányul,...

Az Amerikai Egyesült Államokban a 2001-es – az Egészségügyi Szervezetek Akkreditációja céljából létrejött Egyesült Bizottság által kiadott – szabvány egyik szakaszában a következők olvashatók: A betegeknek joguk van a megfelelő fájdalom felmérésére és annak csillapítására. A fájdalom helyes felmérésének módját a szabvány életkorhoz köti. A páciens oktatása a fájdalom felmérésével kapcsolatban szintén szerepel a szabványban. Az Egyesült Bizottság a fájdalom felmérését és kezelését attól a pillanattól fogva hangsúlyozza, amikor a páciens belép az egészségügyi intézmény falai közé, valamint előírja, hogy minden fekvőbeteg ellátásra szoruló gyermeknél legalább felvételekor mérjék fel és dokumentálják a fájdalom meglétét vagy hiányát.

Ha a felvételre olyan betegség miatt, pl. asztma került sor, ahol a fájdalom nem jellemző, az ápoló dönt abban a kérdésben, hogy a továbbiakban szükséges-e a fájdalom ismételt felmérése, és annak milyen gyakorisággal kell megtörténnie. Amikor a felvétel sebészeti jellegű megbetegedés miatt szükséges, akkor a vitális paraméterekkel együtt, tehát ahhoz kapcsolatosan fel kell mérni a fájdalom intenzitását, és ezt dokumentálni is kell. Amennyiben a beteg még nem tud beszélni (esetleg szellemi fogyatékos), akkor speciális skálák segítségével becsüli meg az ápoló a gyermek által érzett fájdalom nagyságát. (Joint Commission, 2005)

## Kórházi Ellátási Standardok (KES)

Hazánkban a KES kézikönyvében (2.0 változat) az alábbiakat találjuk a fájdalom felismerésére, felmérésére, csillapítására vonatkozóan:

## Betegjogok, tájékoztatás és oktatás (BJT)

Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek **vannak eljárásai** a fájdalom felmérésére, értékelésére és kezelésére.

### A BJT.2.3 standard magyarázata

A fájdalom a betegpanaszok általános jellemzője, a csillapíthatatlan fájdalom negatív fizikai és pszichés hatásokkal jár. A betegnek joga van az általa igényelt fájdalomcsillapítás mértékéhez. Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van eljárása

- A fájdalomra panaszkodó betegek azonosítására a kezdeti és a további állapotfelmérések során,
- A betegekkel és hozzátartozóikkal való kommunikációra és tájékoztatásukra a fájdalomcsillapításról, a személyes, kulturális és vallási hitüknek megfelelő kontextusban,
- Az egészségügyi ellátók oktatására a fájdalom felmérésére, értékelésére és kezelésére vonatkozóan.

### A standard felülvizsgálati szempontjai

Az egészségügyi szolgáltató szervezet:

1. Elismeri és támogatja a beteg jogát az általa igényelt fájdalomcsillapítás mértékéhez.
2. Felismeri a fájdalomtól szenvedő beteget a kezdeti és további állapotfelmérés során.
3. Kommunikál a betegekkel és hozzátartozókkal, és tájékoztatást ad a fájdalomcsillapítás lehetőségeiről.
4. Oktatja az egészségügyi szakembereket a fájdalom észlelésére, értékelésére és el látására.

A minél magasabb szintű ellátás biztosításának, a KES-ben megfogalmazott szempontoknak, valamint az ápolás színvonalának fejlesztésére kutatást végeztem, melynek célja annak feltárása volt, hogy

a fájdalomnak és a közérzetnek, ennek a két szubjektív érzetnek a mérése, valamint a mért értékhez rendelt indikátor milyen szerepet tölthet be az ellátás folyamatának, az ápolás minőségének és az ápolás megfelelőségének fejlesztésében.

Hipotézisem volt, hogy a közérzet és a fájdalom felmérésére alkalmas vizsgálat eredményeinek értékeléséhez indikátor képezhető, amely alkalmas az ápolás megfelelőségének mérésére is.

## Gyermekeknél alkalmazásra javasolt, általam kidolgozott standard a fájdalom felmérésére

*A fájdalom felmérése, amelyre ez az írás hivatkozik, együttműködésre képes, általában 4 éven felüli gyermekek esetében alkalmazott ötfokozatú módosított Affect-skála segítségével történt. Ennek lényege a következő: egy kis vonalzó-szerű eszközön öt stilizált arc-ábrázolás látható, melyek a nagyon mosolygó arctól a nagyon síró arcig fokozatosan változnak. Az arcok alatt egy mozgatható jelölő van, amelyet az ápolóval történő beszélgetés során a gyermek ahhoz az archoz csúsztat, amely az ő fájdalomérzetének felel meg, vagy egyszerűen rámutat arra.*

Természetesen bármely más, egyébként megfelelő módszer alkalmazásával történő fájdalom-felmérés esetében hasonló filozófia alapján fejleszthető standard, indikátor.

### A fájdalmat fel kell mérni:

- 1. valamennyi fekvőbeteg ellátásra szoruló gyermeknél,** tekintet nélkül arra, hogy jelez-e fájdalmat. Értelemszerűen ez a típusú fájdalomfelmérés csak azoknál a gyermekeknél alkalmazható, akiknél a kognitív képességek, olyan fejlettségi szintet érnek el, hogy adekvátan ki tudják választani az arcsémákról azt, amelyik legjobban kifejezi fájdalomérzetüket és/vagy meg tudják jelölni fájdalmuk mértékét a skálán. A fájdalmat, mint ötödik vitális paramétert kell mérni, és fájdalom-görbét kell rajzolni, azaz a fájdalom mértékét dokumentálni kell.
- 2. 8 óránként** abban az esetben, ha a gyermek a fájdalom skálán az 1-2 pontértéket, illetve az ehhez tartozó arc valamelyikét jelölte meg.

- 3. minden esetben** beavatkozás/beavatkozások előtt. Idesorolandó az összes olyan beavatkozás, amelyről empirikus úton tudjuk, hogy fájdalommal jár, illetve fájdalom élmény lehet a következménye, és ennek várható mértéke az Affect skálán **2<**
- 4. ha a gyermek fájdalmat jelez** függetlenül attól, hogy ezt megelőzően –az ellátás során bármikor– voltak-e fájdalmai, vagy történt-e olyan beavatkozás, amelynek következtében valószínűleg fájdalmat érezhet a gyermek.
- 5. a gyermek fájdalmat jelzett,** de ennek nagysága **=3** (ápolói beavatkozás szükséges) **a** beavatkozást követően 0,5 -1 óra múlva újra szükségszerű az újramérés.
- 6. gyógyszeres fájdalomcsillapításra szoruló gyermeknél** –a fájdalom mértéke **3<**– fájdalomcsillapító beadása előtt, valamint a beadást követően 0,5– 1 órán belül, az alkalmazott gyógyszerformától függően.
- 7. amennyiben a gyermek 3< mértékű fájdalmat jelzett** és gyógyszeres fájdalomcsillapításban részesült. A felmérést 4 óra múlva meg kell ismételni, mindaddig, amíg három egymást követő felmérés során **<3** mértékű fájdalmat jelöl meg a gyermek a skálán.
- 8. hazabocsátás előtt** függetlenül attól, hogy az ellátás ideje alatt jelzett-e fájdalmat a gyermek.

Az Affect skálával történő fájdalom-felmérést minden esetben ki kell egészíteni testséma rajzzal (Pain drawing), annak érdekében, hogy a gyermek ne csak a fájdalom mértékét, hanem annak pontos helyét is meg tudja jelölni.

*Véleményem szerint a beteg fájdalmának megítélése nagymértékben függ az ápoló tapasztalatától, szakmai felkészültségétől, azoktól a prekoncepcióktól, amiket a fájdalomról panaszkozó beteggel/gyermekekkel szemben megfogalmaz magában, és végül, de nem utolsó sorban, attitűdjétől.*

Ezért kerestem egy olyan mérőeszközt, illetve eljárást, amely jól használható a fájdalom/közérzet felméréséhez, de ezt nem csak jelzőeszközként lehet használni, hanem indikátorként is. Felállítottam egy feltétel rendszert, amely **különböző standard szinteket** tartalmaz a következők szerint:

## Minimum:

Ápolói helyzetfelmérés a fájdalomra vonatkozóan minden gyermeknél,

- a) ha fájdalmat jelez és
- b) hazabocsátás előtt.

## Optimum:

Fenti a) - b) pontokban felsoroltakon kívül

- c) beavatkozást követően
- d) fájdalomcsillapító gyógyszer beadása előtt majd után (hatás ellenőrzés)
- e) 4 óra múlva ismételt felmérés, újraellenőrzés.

## Maximum:

Fenti a) - e) pontokban felsoroltakon kívül

- f) a megtervezett és individualizált fájdalomterápia során gyakorlatilag nem fordul elő 3< mértékű fájdalom.

## A felmérés eredménye, mint indikátor

A fájdalom erőssége az 1-5-ig terjedő Affect skálán:

- 1 illetve 2: nincs aktuális teendő,
- =3: ápolói feladatkörbe tartozó tevékenységek (pl. borogatás, nyugalomba helyezés, pozicionálás, stb.),
- 3< : orvosi beavatkozás szükséges, az ápolónak kezdeményeznie kell az orvosi intervenciót (pl. vizsgálat, gyógyszer beállítás), azaz menedzseli és/vagy képviseli a beteg/gyermekek érdekeit.

A fájdalom erősségéhez rendelt ápolói tevékenységek és beavatkozások struktúrája a folyamat-ábrán látható.

Fenti indikátorok nem csak a betegellátás, illetve a fájdalom mérésének eszközei, de **alkalmasak egyéni teljesítményértékelésre is**, és mint ilyenek, lehetővé teszik az ápolás megfelelőségének megítélésére is. Például:

- Az ápoló =3 mértékű fájdalmat mért, de az ápolási dokumentációban nem található feljegyzés arra vonatkozóan, hogy milyen, saját

kompetencia körben elvégezhető tevékenységet kezdeményezett vagy végzett el. A hiba gyakori előfordulása ugyanannál az ápolónál jól jelezheti, hogy az illető a fájdalommenedzselésre nem fordít kellő figyelmet, illetve, hogy nem tartja szem előtt a fájdalomcsillapítás/közérzetjavítás fontosságát.

- Ha 3< fájdalom értéket találunk jellemzően ugyanannál az ápolónál, akkor ez különösen érzékenyen mutatja az illető fájdalomcsillapítással kapcsolatos hibás attitűdjét, illetve ápolásának nem megfelelő voltát.

## Hogyan lehetnek sikeresek az ápolók a fájdalom felismerésében, felmérésében, a fájdalommal küszködő gyermek fájdalomterápiájának menedzselésében?

### ➤ **Pain team létrehozása.**

- A csoport tagjainak feladata a fájdalomcsillapítással kapcsolatos konzultáció a különböző osztályokon dolgozó munkatársakkal, ápolókkal és orvosokkal egyaránt.
- A műtetre váró gyermekeknél már a beavatkozás előtt becsülik fel a várható fájdalom mértékét, és számára még a műtét előtt készüljön el a fájdalomcsillapításra vonatkozó terápiás terv.

### ➤ **Szakmai ismeretek fejlesztése**

Az ápolás megfelelőségének javítása érdekében, valamint az egyéni teljesítmény jól közelítő felméréséhez további intézkedés, illetve fejlesztő tevékenység is szükséges. Ezek között a következőket tartom a legfontosabbaknak:

- Oktatás
  - A fájdalommal kapcsolatos anatómiai, élettani és kórtani tudásszint frissítésén túl az ápolók képesek legyenek felismerni azt, hogy
    - a betegnek fájdalmai vannak, és annak mi a lehetséges oka
    - hogyan lehet láthatóvá tenni a fájdalom mértékét
    - a fájdalom csillapítása fontos, etikai-orvosi-gazdasági okok miatt egyaránt

- Az edukálás során külön hangsúlyt kell fektetni az ápolók által kivitelezhető nem-gyógyszeres fájdalomcsillapítási eljárások megismertetésére, ezek gyakorlatban történő elsajátítására.
  - Az ápolókat meg kell ismertetni a különböző fájdalom-felmérő skálákkal, ezek adekvát használatával.
  - Tudatosítani kell az ápolókban azt, hogy a fájdalom kezelését követően szükséges ellenőrizni a fájdalomcsillapítás megfelelőségét is.
  - Évente meg kell ismételni (új ismeretanyaggal bővítetten) a fájdalomcsillapítással kapcsolatos házi továbbképzést.
- **Szülői együttműködés elnyerése**
- Olyan eljárást kell alkalmazni, ami lehetővé teszi a szülővel együtt történő fájdalom-felmérést, illetve figyelembe veszi a szülő ez irányú igényét.
  - Lehetőséget kell teremteni az ápolók számára, hogy kommunikációs tréningeken olyan technikákat sajátítsanak el, amelyek elősegítik a szülővel történő kapcsolatteremtést, kapcsolattartást, együttműködést.
- **Intézményi ápolási munkautasítás/protokoll kidolgozása**
- Az adott intézményben a fájdalom felmérésének lehetőségei és előírásai mellett tartalmaznia kell a mért értékhez rendelt ápolói beavatkozásokat is. (A cikkben szereplő folyamatábrán –értelemszerűen- a részletek nem jelennek meg.)
- **Dokumentációfejlesztés**
- Véleményem szerint az ápolási dokumentációnak tartalmazni kell – az orvosi és az ápolói szak-

ma által elfogadott – felmérő skálák közül kettőt, melyek kiválasztásánál figyelembe kell venni az intézményben ellátásra kerülők kor- és/vagy ellátási szükséglet szerinti összetételét is. A skálák mellett szükséges a testterképet is alkalmazni, hogy a gyermek meg tudja jelölni a fájdalom pontos helyét, amennyiben ezt meg tudja tenni. Ezen kívül a dokumentációnak alkalmasnak kell lennie a mért érték megjelenítésére (pl. grafikon).

Amennyiben az ápolás szakmai irányelveinek fejlesztése ebben a kérdésben is megtörténik, az segítséget jelenthet abban, hogy **sikeresebb és eredményesebb legyen az ápolás a fájdalom ellátásának folyamatában**, valamint magukat az ápolókat is segítené abban, hogy könnyebben tudjanak erre a témára fókuszálni, megértsék és átérezzék a téma fontosságát.

Mint az a fentiekből látható, ez a folyamat meglehetősen hosszú és több irányú képzést/továbbképzést tesz szükségessé. A jelenlegi helyzetnél –hogy t.i. a beteg fájdalomról nincs felmérés– még az is elfogadhatóbbnak tűnik, hogy ha talán még nem teljes körű elméleti ismeret birtokában, de beépül az ápolási folyamatba legalább a fájdalom felmérése és annak dokumentálása. Azt gondolom, hogy elkezdni sosincs későn.

Az egészségügyi intézményben nyújtott ellátáshoz/szolgáltatáshoz fűződő felhasználói elégedettséget nagymértékben befolyásolja az, hogy a gyermek és/vagy a szülő milyennek ítéli meg az esetlegesen fellépő fájdalom kezelését. Többnyire (véltetően) egyikőjük sem tud erről „szakmai” véleményt alkotni, de annak mindenképpen pozitív hatása lesz, ha azt tapasztalják, hogy az ellátásban résztvevők érdemben foglalkoznak ezzel a kérdéssel.

## Irodalomjegyzék

1. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service (1992). Acute Pain Management in Infants, Children, and Adolescents: Operative and Medical Procedures. Rockville, MD: US dept of Health and Human Services, AHCPH 92-0020.
2. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (1997) Magyar Közlöny, Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest, 9503-58.
3. Joint Commission on accreditation of Healthcare Organizations, Patient rights and organization ethics <http://www.jcrinc.com> (megtekintve: 2006. 01. 11.)
4. Kórházi ellátási standardok kézikönyve (2003) Egészségügyi Közlöny, Magyar Hivatalos Közlönykiadó, Budapest, LIII. évf. 13. sz. 2174.

5. Bieri, D., et al., (1990). The faces pain scale for self assessment of severity of pain experienced by children: development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties, *Pain* 41, 139-50.
6. Bishop-Kurylo, D., (2002). Pediatric Pain Management in the Emergency Department *Topics in Emergency Medicine* 21,1, 19-29.
7. Engel, G., (1950). Psychogenic pain and the painprone patient, *Am. J. Med.*, 26, 899-909, In: Helman, Cecil G., (2003). *Kultúra, egészség és betegség*, Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt., 149.
8. Potter, P. A., Perry, A.G., Griffin A., (1996). *Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai* Budapest, Medicina Rt., 754-760
9. Voepel-Lewis, T., et al., (2005). Validity of Parent Ratings as proxy Measures of Pain in Children with cognitive Impairment *Pain Management Nursing* 6, 4, 168-74.
10. Vajda Zs., (1999). *A gyermek pszichológiai fejlődése* Budapest, Helikon, 88-110.

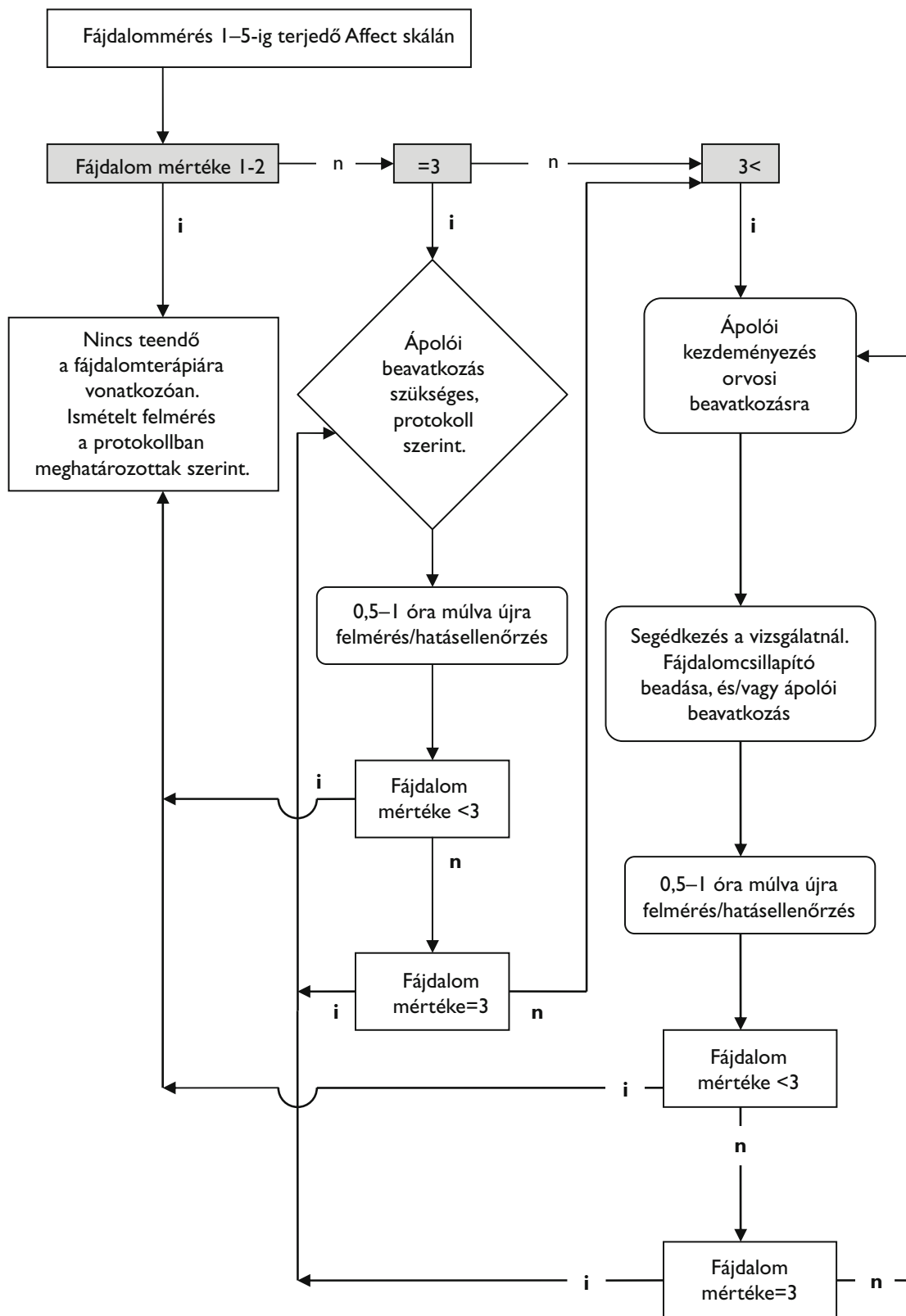
## **A study of the pain experienced by children under hospital care, as an indicator of the quality of healthcare provision**

*Edit Deák*

*To ensure the highest possible standard of patient care, in accordance with the criteria determined in the treatment standards, as well as to improve the quality of nursing, the author conducted research to reveal how the measurement of the subjective sensations of pain and general well-being, and an indicator based on the measured values, could contribute to improving the care-giving process, the quality of nursing and conformance with nursing standards.*

*The author introduces the standards and indicators that she has devised. In Deák's opinion, these indicators are not only indicators of patient care and pain management, but are also suitable for the appraisal of nurses' individual performance, and as such could assist in evaluating the conformity of nursing with professional standards. In addition, she makes a recommendation regarding the measures that would enable nurses to be successful in recognising and assessing pain, and in managing the pain therapy of children suffering from pain.*

**Fájdalom mérés és az eredményhez hozzárendelt ápolói tevékenység folyamata**



# Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok

## Tisztelt Olvasók!

Az Egészségügyi Közlöny LVII. évfolyam 4. számában (2007. február 21.) megjelent az Egészségügyi Minisztérium közleménye a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) (1.0 változat) közzétételéről.

Ebből a dokumentumból készült az az összeállítás, mely a MEES egyes elemeit (részleteit) tartalmazza, és amelyet folyóiratunkban (egymás után következő számainkban) közreadunk, az első részt a jelen alkalommal. Ebben bemutatjuk a MEES szerkezetét (tartalomjegyzékét), a fekvőbeteg szakellátás folyamat-ábráját, valamint a fekvőbeteg szakellátás standardjaiból néhányat.

A szakmai közvélemény érdeklődése minden bizonnyal kiterjed a MEES egészére, azonban terjedelmi korlátaink miatt le kell mondanunk a teljes szöveg kiadásáról.

Az általunk közölt részletek a közlemény szövegének hű idézetei.

Kiválasztásukkal és közreadásukkal az volt a célunk, hogy az egészségügyi ellátás rendszerén belül a magunk eszközeivel támogassuk az ápolási szolgáltatások ellenőrzésére, nyomon követésére, értékelésére irányuló tevékenységeket.

A későbbiekben közreadunk további standardokat (melyek kiválasztásakor figyelembe vesszük olvasóink érdeklődését is), továbbá a MEES alkalmazásával kapcsolatos szakértői írásokat, hogy ezekkel segítsük az ápolói tevékenység fejlesztésére vonatkozó szakmai műhelymunkákat, valamint a helyes ápolói gyakorlatot.

A Szerkesztők

## I. rész

### MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSI STANDARDOK

#### BEVEZETÉS

A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (továbbiakban: MEES) kézikönyv a szolgáltatás minőségi értékelésére szolgáló egészségügy specifikus követelmények gyűjteménye.

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai tevékenységét, annak minőségét objektíven megítélni, azokat minősíteni csak jól mérhető és egymással összehasonlítható paraméterek alapján lehet. A standardok biztosítják az azonos szakmai tevékenységek egységes szemléletű értékelését minősítését.

A kézikönyv működési formától független, azaz érvényes mind a vállalkozói, mind az önkormányzati működtetésű egészségügyi szolgáltatókra.

A standardok alkalmasak a szolgáltató szervezetben belüli szakmai és szervezeti tevékenység ellenőrzésére, nyomon követésére, értékelésére, azaz a belső auditra, a külső fél általi minősítésre,

szakmai ellenőrzésre, szakfelügyeleti (klinikai) auditra.

A külső minőségértékelés formája a tanúsítás is, melynek alapja lehet az ISO 9001:2000 szabvány illetve a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok. A tanúsítást független auditáló szervezetek végzik, melyek optimális esetben rendelkeznek a Nemzeti Akkreditáló Testület által kiadott akkreditációval a MEES szerinti tanúsításra.

A kidolgozott standardok elsősorban az ellátók szakmai menedzsmentjének és munkatársainak szólnak, de a készítő a standardokat a betegek számára is érthető formában fogalmazták meg.

A standardok a kívánatos szakmai kritériumokat, célokat tartalmazzák és beteg centrikusak, a „definitív ellátásra való törekvést” prioritásként tartják szem előtt.

A kézikönyv szerkezete az ellátási folyamatra épül, folyamatszempléletű felépítése, valamint az egészségügyben alkalmazott más alapokon nyugvó szabályozó rendszerekkel - pl. MSZ EN ISO 9001:2001 vagy EFQM - együtt az integrált minőségmenedzsment rendszerek kialakítását támogatja.

A MEES egy 2000-ben kezdődött folyamatos fejlesztési folyamat eredménye, mely az alapellátástól a fekvőbeteg ellátásig magába foglalja a különböző ellátási szinteken történő betegellátásra

vonatkozó standardokat, standardmagyarázatokat és felülvizsgálati kritériumokat. A kézikönyv az Egészségügyi Minisztérium által felkért szakértők közreműködésével készült.

Az aktualizálás rendszeres időközönként, három évente történik, mely során a szükséges módosítások a szabályozásba beépítésre kerülnek.

A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv 1.0 változatának megjelenésével

a Háziiorvosi Ellátási Standardok (HES) kézikönyv 1.0,

a Járóbeteg Ellátási Standardok (JES) kézikönyv 1.0,

a Kórházi Ellátási Standardok (KES) kézikönyv 2.0,

a Védőnői Ellátási Standardok (VES) kézikönyv 1.0 változata, érvényét veszti.

A HES, JES, KES, VES szerint megszerzett tanúsítás, a tanúsítási okmányban megjelölt időpontig érvényes. A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv 1.0 változatára történő átállás folyamatos.

## RÖVIDÍTÉSEK

F	fekvőbetegellátás
H	háziiorvosi ellátás
J	járóbetegellátás
V	védőnői ellátás
ÁTE	áthelyezés, továbbutalás, elbocsátás
BEF	páciens/beteg bejelentkezés, betegfelvétellel
BEV	betegvizsgálat
BEGY	beteg gyógykezelés, terápia
BTA	betegjogok, tájékoztatás, adatkezelés
DGN	diagnosztika
EFT	egészségfejlesztési tevékenység
ÉBB	épületek, berendezések biztonsága
GTE	gondozás, áthelyezés, továbbutalás, elbocsátás, halálozás
GYÁG	gyermekágyas gondozása
HEM	humán erőforrás menedzsment
KDG	1-3 éves korú kisedem gondozása
KGYG	3-6 év közötti gyermek védőnői ellátása
MIN	minőségmenedzsment, értékelés
NŐV	nővédelmi gondozás
PREV	prevenció, megelőzés, szűrés, gondozás

SZŰR	védőnői vizsgálatok, szűrővizsgálatok
ÚCSG	újszülött és csecsemő gondozása
VAG	várandós anya gondozása
VEJ	védőnői ellátás jelzőrendszere
VEZ	vezetés

## A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSI STANDARDOK SZERKEZETE (TARTALOMJEGYZÉK)

### BEVEZETÉS

### RÖVIDÍTÉSEK

### I. BETEGELLÁTÁSI FOLYAMATOK

#### I./1. ELLÁTÁSI FOLYAMATOK FOLYAMATÁBRÁI

I./1.1. A HÁZIORVOSI PRAXISBAN TÖRTÉNŐ ELLÁTÁS ÁLTALÁNOS FOLYAMATA

I./1.2. A JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS ÁLTALÁNOS FOLYAMATA

I./1.3. A FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS FOLYAMATA

#### I./2. A HÁZIORVOSI ELLÁTÁS FOLYAMATA (H)

I./2.1. PÁCIENS/BETEG BEJELENTEZÉS ÉS IRÁNYÍTÁS (H.BEF)

I./2.2. BETEGVIZSGÁLAT (H.BEV)

I./2.3. BETEG GYÓGYKEZELÉSE (H.BEGY)

I./2.4. PREVENCIÓ - MEGELŐZÉS, SZŰRÉS, GONDOZÁS (H.PREV)

#### I./3. VÉDŐNŐI ELLÁTÁS FOLYAMATA (V)

I./3.1. NŐVÉDELMI GONDOZÁS (V.NŐV)

I./3.2. VÁRANDÓS ANYA GONDOZÁSA (V.VAG)

I./3.3. GYERMEKÁGYAS GONDOZÁSA (V.GYÁG)

I./3.4. ÚJSZÜLÖTT ÉS CSECSEMŐ GONDOZÁSA (V.ÚCSG)

I./3.5. 1-3 ÉVES KORÚ KISED GONDOZÁSA (V.KDG)

I./3.6. 3-6 ÉV KÖZÖTTI GYERMEK VÉDŐNŐI ELLÁTÁSA (V.KGYG)

I./3.7. VÉDŐOLTÁS (V.OLT)

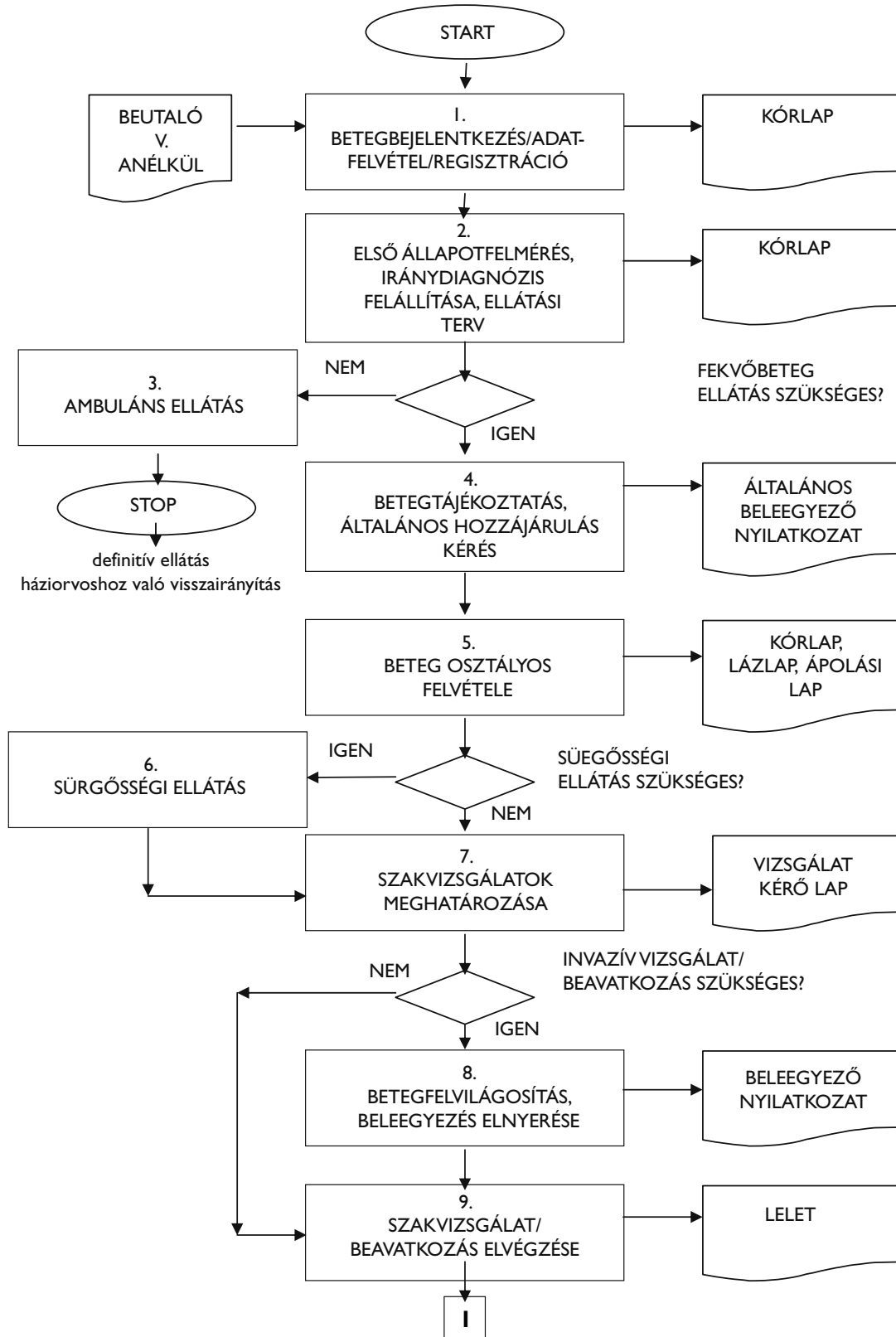
I./3.8. ISKOLÁS, ILLETVE TANKÖTELES KORÚ GYERMEK VÉDŐNŐI ELLÁTÁSA (V.ISK)

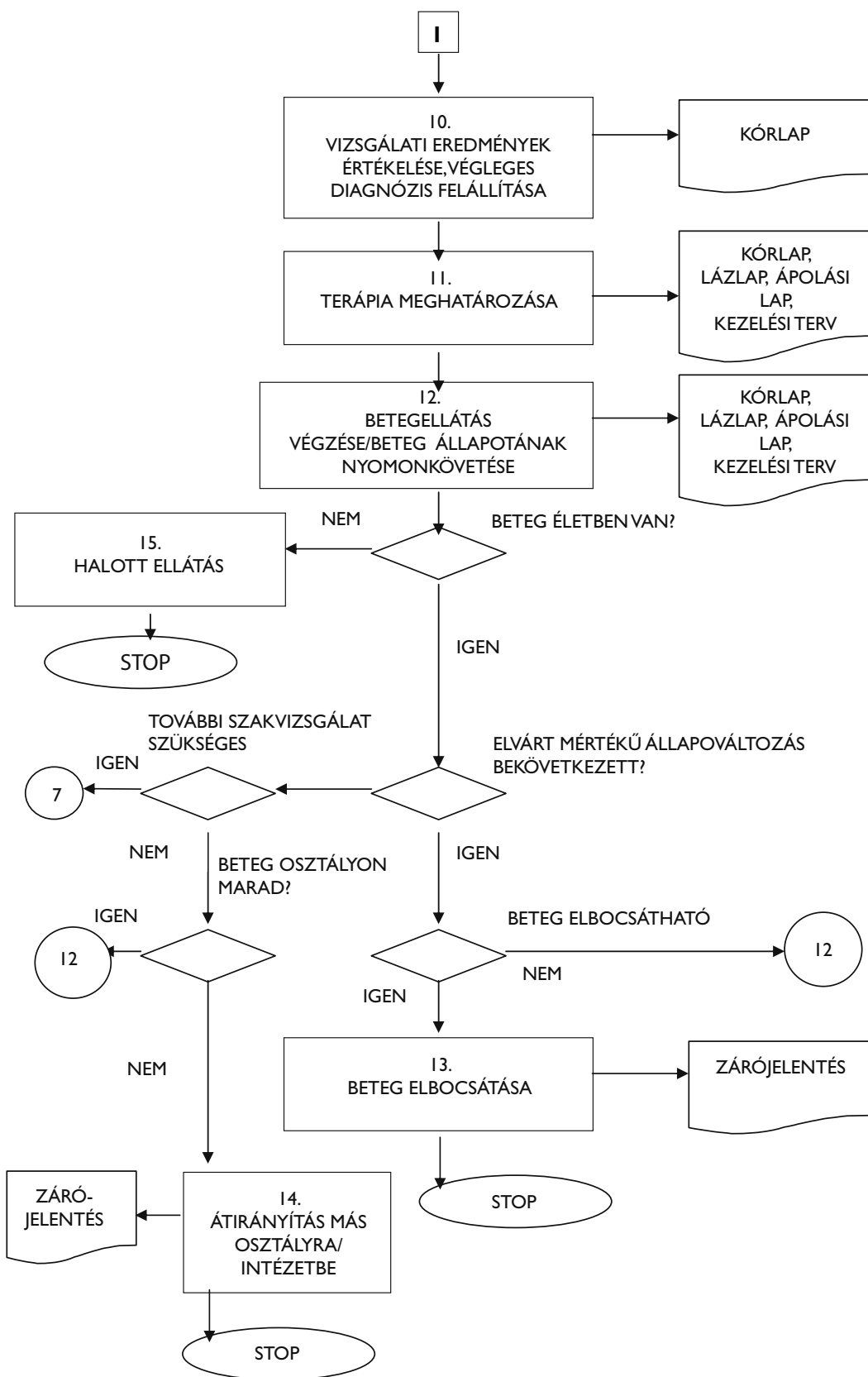
I./3.9. VÉDŐNŐI VIZSGÁLATOK, SZŰRŐVIZSGÁLATOK (V.SZŰR)

- I./3.10. VÉDŐNŐI ELLÁTÁS JELZŐRENDSZERE (V.VEJ)
- I./3.11. EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TEVÉKENYSÉG (V.EFT)
- I./4. A JÁRÓBETEGELLÁTÁS FOLYAMATA (J)
  - I./4.1. BETEGBEJELENTKEZÉS, BETEGFELVÉTEL (J.BEF)
  - I./4.2. BETEGVIZSGÁLAT (J.BEV)
  - I./4.3. BETEG GYÓGYKEZELÉS, TERÁPIA (J.BEGY)
  - I./4.4. GONDOZÁS, TOVÁBBUTALÁS, ELBOCSÁTÁS (J.GTE)
- I./5. A FEKVŐBETEGELLÁTÁS FOLYAMATA (F)
  - I./5.1. BETEGBEJELENTKEZÉS, BETEGFELVÉTEL (F.BEF)
  - I./5.2. BETEGVIZSGÁLAT (F.BEV)
  - I./5.3. BETEG GYÓGYKEZELÉS, TERÁPIA (F.BEGY)
  - I./5.4. ÁTHELYEZÉS, TOVÁBBUTALÁS, ELBOCSÁTÁS, HALÁLOZÁS (F.ÁTE)
- II. ÁLTALÁNOS DIAGNOSZTIKAI FOLYAMATOK
  - II./1. DIAGNOSZTIKA (DGN)
- III. ÁLTALÁNOS VEZETÉSI ÉS TÁMOGATÓ FOLYAMATOK
  - III./1. BETEGJOGOK, TÁJÉKOZTATÁS, ADATKEZELÉS (BTA)
  - III./2. MINŐSÉGMENEDZSMENT, ÉRTÉKELÉS (MIN)
  - III./3. VEZETÉS (VEZ)
  - III./4. GAZDÁLKODÁS AZ ERŐFORRÁSOKKAL - HUMÁN ERŐFORRÁS MENEDZSMENT (HEM)
  - III./5. GAZDÁLKODÁS AZ ERŐFORRÁSOKKAL - ÉPÜLETEK ÉS BERENDEZÉSEK BIZTONSÁGA (ÉBB)

FOGALOMMAGYARÁZAT

I./1.3. A FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁS FOLYAMATA





## I./5.1. BETEGBEJELENTKEZÉS, BETEGFELVÉTEL (F.BEF)

Az egészségügyi szolgáltató szervezet fő feladata az ellátásra szoruló betegek mielőbbi hatásos, hatékony és szakszerű, valamint a helyi szakmai lehetőségek szerinti eredményes definitív szakellátása. Az ellátás célja a beteg meggyógyítása vagy inkurábilis, illetve krónikus betegség esetén a panaszok, tünetek maximális enyhítése mellett a beteg állapotának stabilizálása.

Az egészségügyi szolgáltató szervezet közlése az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatások körét, a beutalás és előjegyzés rendjét, és az egyes szolgáltatások rendelkezésre állási idejét.

Az egészségügyi szolgáltató szervezetben a betegellátás folyamata a beteg személyes bejelentkezésével indul, amely során a beteg az egészségügyi szolgáltató szervezetet programozott formában beutalóval, vagy sürgősségi ellátás érdekében, illetve saját kezdeményezésre keresi fel. A bejelentkezés során a beteg az erre felkészített munkatárstól kap tájékoztatást a regisztráció, a felvétel rendjéről, a szakorvos/ok/ kijelöléséről ill. a kiválasztás lehetőségéről.

A betegellátás folyamatának az egészségügyi dokumentációban történő rögzítését, nyomon követését, visszakereshetőségét dokumentált eljárásban szabályozza az egészségügyi szolgáltató szervezet, figyelembe véve az adatvédelmi, adatkezelési előírásokat.

### F.BEF.1. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezet rendelkezik szolgáltatási tájékoztatóval.

### F.BEF.1.1. standard

Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van beteg bejelentkezést, előjegyzést, regisztrációt, betegfelvételt és tájékoztatást szabályozó dokumentált eljárása.

### F.BEF.1.-1.1. standardok magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezet ellátásairól, szolgáltatásairól, a hozzáférésről, az előjegyzés, a felvétel, – az ellátások igénybevételének módjáról, a rendelkezésre állásról tájékoztatja az érdekelt feleket az egészségügyi szol-

gáltatáshoz való optimális hozzáférés elősegítése érdekében.

A beteg megjelenésekor adategyeztetést követően a regisztrációt/központi regisztrációt végző személy általános tájékoztatást nyújt a megjelent személy részére.

A betegbejelentkezést és betegfelvételt, ennek folyamatát az egészségügyi szolgáltató szervezet írásban rögzíti és valamennyi résztvevő számára – annak megismerése után – azt kötelezővé teszi.

### F.BEF.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A tájékoztató információt ad a szolgáltatási körökről, az igénybevétel és hozzáférhetőség módjáról.
2. Az egészségügyi szolgáltató szervezet tájékoztatója nyilvános.
3. A beutalást kezdeményezők és az egészségügyi civil szervezetek részére a tájékoztatót megküldik.
4. A változásokról az érintettek értesítést kapnak.

### F.BEF.1.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Az eljárás tartalmazza:
  - 1.1. a beteg bejelentkezés és az igénybe vétel módját,
  - 1.2. az egyedi betegazonosítás és a regisztráció rendjét,
  - 1.3. a felvételkor nyújtandó általános tájékoztatói kötelezettséget és kompetenciát,
  - 1.4. a soron kívüli ellátási kötelezettséget,
  - 1.5. a szabad orvosválasztás lehetőségét.
2. A munkatársak ismerik és alkalmazzák az eljárást.

### F.BEF.2. standard

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet minden vizsgált vagy kezelt betegről a hatályos jogszabályok, szakmai előírások alapján dokumentációt hoz létre és vezet. Az egészségügyi szolgáltató szervezet gondoskodik a kitöltés teljességéről.**

### F.BEF.2.1. standard

**A betegdokumentáció kezelése a hatályos jogszabályok, szakmai előírások figyelembe vételével történik.**

## F.BEF.2.2. standard

**Az egészségügyi szolgáltató minden ellátott beteget a beteghez rendelt egyértelmű egyedi azonosító alapján azonosít.**

## F.BEF. 2.3. standard

**Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy az a valóságnak megfelelően tükrözze az ellátás folyamatát.**

## F.BEF.2.4. standard

**A betegdokumentáció tartalma rendezett és hitelesített.**

### F.BEF.2.-2.4. standardok magyarázata

Minden betegnek, aki az egészségügyi szolgáltató szervezetben megjelent, van dokumentációja. A betegdokumentáció vezetéséhez és kezeléséhez a hatályos jogi és szakmai követelmények figyelembevételével az egészségügyi szolgáltató helyi szabállyal rendelkezik, melyet a betegdokumentáció vezetésének meghatározott időnkénti ellenőrzése kapcsán rendszeresen felülvizsgálják. A betegdokumentáció tartalmazza a beteg azonosításra alkalmas személyi adatait. Az egészségügyi szolgáltató munkatársának minden egyes beavatkozás előtt azonosítania kell a beteget.

Minden beteg egyedi azonosítóval van ellátva, mely biztosítja a beteg és saját dokumentációjának egyértelmű kapcsolatát. A betegdokumentációhoz tartozó azonosító lehetővé teszi, hogy az egészségügyi szolgáltató szervezet könnyen azonosítsa a dokumentumot, és rögzítse a beteg folyamatos és koordinált ellátását, valamint megkönnyíti az ellátásban részt vevő személyek számára a betegdokumentációhoz tartozó valamennyi feljegyzéshez való hozzáférést az adatkezelési előírások szerint.

Ahhoz, hogy a betegdokumentáció a betegellátás számára hasznos legyen, az információkat időrendben kell rögzíteni. Miután a jogi, szakmai és teljesítményjavító folyamatokban a betegdokumentáció érdemi szerepet játszik, ezért elengedhetetlen, hogy a betegellátás folyamatát a valóságnak megfelelően rendezetten és hitelesítetten tükrözze. A betegellátási fo-

lyamat befejezését, illetve a beteg elbocsátását követően a betegdokumentációt valamennyi hozzátartozó feljegyzéssel együtt kompletté kell tenni.

## F.BEF.2. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A betegdokumentáció vezetésének rendjét dokumentált eljárás szabályozza.
2. A betegdokumentáció szakma specifikus tartalmát a szervezeti egységek vezetői határozzák meg.
3. A betegdokumentációban az ellátás teljes folyamata nyomon követhetően dokumentált.
4. A dokumentáció megfelelő információt tartalmaz:
  - 4.1. a betegfelvételnél, és az ellátás alatti egyedi azonosításról, a beteg és a dokumentáció egyértelmű összerendeléséről,
  - 4.2. az állapotfelmérések eredményéről, diagnózisokról,
  - 4.3. a tervezett ellátásról,
  - 4.4. a beteg állapotáról, állapotváltozásáról, panaszáról,
  - 4.5. a kezelési eljárásokról, annak eredményéről,
  - 4.6. az egyes szolgáltatók által végzett vizsgálatokról, beavatkozásokról, azok eredményéről,
  - 4.7. az ellátási folyamat összefoglalásáról.
5. A betegdokumentáció elősegíti az ellátás koordinációját az egyes szervezeti egységek között.
6. A bejegyzést tevő személy és a bejegyzés időpontja dokumentált és visszakereshető.
7. A munkatársak ismerik és alkalmazzák az eljárást.

## F.BEF.2.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A dokumentáció a beteg ellátásában részt vevő személyek részére valamennyi hozzátartozó feljegyzéssel együtt hozzáférhető.
2. A beteg valamennyi, az ellátási folyamat során keletkező dokumentációja a beteget ellátó szervezeti egységben összesítve rendelkezésre áll.
3. A betegdokumentáció kezelése, tárolása során biztosítottak az adatkezelési, adatvédelmi előírások.
4. Az egészségügyi szolgáltató szervezet dokumentáltan szabályozza a hatályos jogsza-

bályok és szakmai előírások figyelembe vételével a betegdokumentáció specifikus tartalmát és hozzáféréseinek rendjét.

#### **F.BEF.2.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A beteghez rendelt egyedi azonosítót a beteg valamennyi egészségügyi dokumentációján feltüntetik.
2. Az azonosító alapján a beteg azonosítása minden vizsgálat, kezelés, beavatkozás előtt megtörténik, kiemelten:
  - gyógyszerbeadás előtt
  - vér- és vérkészítmények beadása előtt
  - műtéti beavatkozások előtt
  - műtéti beavatkozás esetén a műtéti oldal egyértelmű azonosítása is megtörténik.
3. Kommunikáció képes beteg esetében az azonosítás a beteg közreműködésével történik.

#### **F.BEF.2.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegdokumentációnak tartalmaznia kell:
  - személyazonosító adatok,
  - értesítendő személy/törvényes képviselő neve elérhetősége,
  - kórelőzmény, kórtörténet,
  - első vizsgálat eredménye,
  - diagnózist és a gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredmények, vizsgálatok elvégzésének időpontja,
  - ellátást indokoló betegség megnevezése, kialakulásának alapjául szolgáló betegség, kísérőbetegség, szövődmények,
  - az ellátást közvetlenül nem indokoló betegség, kockázati tényezők,
  - elvégzett beavatkozások ideje/eredménye,
  - gyógyszeres terápia/egyéb terápia és eredménye,
  - gyógyszer túl-érzékenység (+ és -),
  - bejegyzéseket tevők neve/bejegyzés időpontja,
  - betegnek/más személynek nyújtott tájékoztatás tartalma,
  - beleegyezés/visszautasítás ténye, időpontja,
  - minden olyan adatot és tényt, ami a beteg gyógyulására befolyással lehet.
2. A betegdokumentáció részekét meg kell őrizni:
  - vizsgálati leleteket,

- gyógykezelés és konzílium iratait,
- ápolási dokumentációt,
- képkalkuló diagnosztika felvételeit,
- szövétmintákat.

3. A betegdokumentáció minden bejegyzése – függetlenül az információhordozó típusától - el van látva dátummal, a bejegyző azonosítójával és – amennyiben szükséges – a hitelesítéssel.
4. A betegdokumentációba csak az arra jogosultak tekinthetnek be.

#### **F.BEF.2.4. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegdokumentáció adatai és információi időrendben kerülnek rögzítésre.
2. A betegdokumentációt a betegellátási folyamat befejezését illetve a beteg elbocsátását követően - a betegdokumentáció kezelési szabályzatban meghatározott időn belül - valamennyi tartozékával együtt az arra felhatalmazott személyek kompletté tesznek

## **I./5.2. BETEGVIZSGÁLAT (F.BEV)**

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során biztosítani kell az ellátás folyamatosságát. Cél a betegszükségletek kielégítése, a szolgáltatások koordinálása, az elbocsátás tervezése és az elbocsátás utáni követésre való törekvés.

A célok kielégítéséhez alapvető a korrekt információ biztosítása. Meg kell határozni, hogy az egészségügyi szolgáltató szervezet hogyan tud törekedni a beteg számára nyújtott szolgáltatások eredményességének és hatékonyságának maximalizálására; mennyiben tudja elősegíteni a beteg elbocsátását otthonába, vagy áthelyezését más ellátó helyre.

A betegellátás meghatározó tevékenységei:

- minden egyes beteg ellátásának tervezése és végrehajtása;
- a beteg megfigyelése az ellátás eredményeinek észlelésére;
- az ellátás szükség szerinti módosítása;
- az ellátás elvégzése;
- a követés tervezése.

#### **F.BEV.I. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezettel kapcsolatba kerülő valamennyi beteg ellá-**

tási szüksége állapotfelmérő eljárás során kerül meghatározásra.

## F.BEV.1.1. standard

**Az első állapotfelmérés anamnézis felvételből, fizikális vizsgálatból, az iránydiagnózis megállapításából és az ellátási terv elkészítéséből áll.**

### F.BEV.1.-1.1. standardok magyarázata

A beteg első megjelenésekor az egészségügyi szolgáltató szervezet munkatársai tisztázzák a megjelenés okát, megtörténik az első állapotfelmérés. Az állapotfelmérés, a rendelkezésre álló korábbi dokumentáció és a szükség szerinti diagnosztikai vizsgálatok eredményei alapján döntenek a beteg felvételéről - ha az egészségügyi szolgáltató szervezet rendelkezik-e a beteg ellátásához szükséges erőforrásokkal – vagy továbbutalásáról.

Az egészségügyi szolgáltató szervezet szakma specifikusan meghatározza azokat a folyamatokat, amelyeket a betegfelvétel során el kell végezni. Ha az állapotfelmérés diagnosztikus részét részben vagy egészében az egészségügyi szolgáltató szervezeten kívül végezték, a leleteket a betegfelvételkor áttekintik, értékelik, és az eljárásban meghatározott módon és időkereten belül figyelembe veszik és dokumentálják. Az első állapotfelmérést a lehető legrövidebb időn belül el kell végezni, és annak eredményeit meghatározott módon a betegdokumentációban rögzíteni kell. Az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza azt az időkeretet, amelyen belül az első orvosi és szakdolgozói állapotfelmérést el kell végezni, és dokumentálni kell. A meghatározott időkeret számos tényezőtől függ, beleértve az egészségügyi szolgáltató szervezetben ellátott betegségeket, az ellátás összetettségét és időtartamát, valamint az ellátást biztosító feltételek dinamikáját. Ezt szem előtt tartva az egészségügyi szolgáltató szervezet a különböző szakterületek és szolgáltatások számára különböző állapotfelmérő időkereteket határozhat meg. A betegek szociális, kulturális, és családi környezete fontos tényezők, amelyek befolyásolhatják reagálását a betegségre és a kezelésre. Az ellátás megtervezésébe szükség szerint a beteget és a hozzátartozót bevonják.

## F.BEV.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Az egészségügyi szolgáltató szervezetben dokumentált eljárás határozza meg a beteg megjelenésekor, illetve a fekvőbeteg ellátás során megszerzendő információk körét és az állapotfelmérés egyes lépéseit.
2. Az első állapotfelmérést az egészségügyi szolgáltató szervezetben a szakmai irányelvek, szakmai protokollok figyelembevételével, szakma specifikusan meghatározott időkereten belül elvégzik.

### F.BEV.1.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Minden felvett betegnek van első állapotfelmérése, amely megfelel az érvényes szakmai irányelveknek, szakmai protokolloknak és az egészségügyi szolgáltató szervezet szabályozásának.
2. Az első állapotfelmérés minden esetben kiterjed az anamnézis felvételre, a fizikális vizsgálatra, az iránydiagnózis megállapítására, és az ellátási terv készítésére és dokumentálására.
3. Az anamnézis kiterjed a beteg kórtörténetére, pszichés, szociális anamnézisére és – térítésköteles szolgáltatás esetén – költségvállalási képességére.
4. Az állapotfelmérés végzéséért felelős személy meghatározott.
5. Az egészségügyi szolgáltató szervezeten kívül végzett állapotfelmérő eredményeket a betegfelvételkor ellenőrzik, értékelik, és az eljárásban rögzített módon veszik figyelembe.
6. Az orvosi ellátási szükségletek kivizsgálási és kezelési tervben kerülnek rögzítésre.

## F.BEV.2. standard

**Az ápolási szükségletek és igények felmérését követően ápolási terv készül, amely az ápolási dokumentációban rögzítésre kerül.**

### F.BEV.2. standard magyarázata

A személyre szóló ápolás megvalósulása érdekében az erre kompetens személy a beteg, szükség szerint a hozzátartozó bevonásával felméri az ápolási szükségletet, az ápolási státuszt (ápolási szint meghatározása), a beteg igényét és meghatározza az ápolási problémákat. Az orvos által készí-

tett kivizsgálási, kezelési terv és a felmérés alapján elkészíti az ápolási tervet. Az ápolási tervet a beteg-szükséglet figyelembe vételével változtatják meg, a beteg tájékoztatása mellett. Az ápolási terv és megvalósulása az erre rendszeresített dokumentumban rögzített. Az ápolási tervet folyamatosan értékeli, szükség szerint módosítják. A beteg távozása előtt vizsgálják a célkitűzések megvalósulását és írásbeli összefoglaló értékelést készítenek.

#### **F.BEV.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az ápolási szükséglet, igényfelmérés és az ápolási státuszfelvétel (ápolási szint meghatározása), az egészségügyi szolgáltató által meghatározott időkereten belül rögzítésre kerül az ápolási dokumentációban.
- 1.1. Az állapotfelmérés részeként decubitus rizikófelmérés történik.
2. A felmérés és az orvos által készített ellátási terv figyelembe vételével ápolási tervet készít az erre kompetens személy.
3. Az ápolási terv a beteg kezelőorvosa által jóváhagyott.
4. Az ápolási dokumentáció tartalmazza a beteg szükségleteinek és az ápolási tervnek megfelelő ápolási eseményeket.
5. Az ápolási tervet folyamatosan értékeli, és szükség szerint módosítják.
6. Az ápolási terv megvalósul és dokumentált.
7. Az ápolási dokumentáció megfelel a hatályos jogszabályi előírásoknak.

### **I./5.3. BETEG GYÓGYKEZELÉS, TERÁPIA (F.BEGY)**

#### **F.BEGY.1. standard**

Az egészségügyi szolgáltató szervezeten belül az egységes betegellátást a vonatkozó hatályos jogszabályokon és egyéb szabályozókon – hivatalosan közzétett országos szakmai irányelveken, szakmai protokollokon – alapuló belső szabályok, eljárások irányítják.

#### **F.BEGY.1. standard magyarázata**

Az ellátást nyújtók a hatályos jogszabályok és a hivatalosan közzétett szakmai irányelvek és

szakmai protokollok alapján, illetve ezek hiányában helyi ellátási szakmai protokollok szerint szabályozzák az ellátási folyamatokat. Az ellátásban résztvevők ismerik és alkalmazzák a meghatározott szakmai szabályozásokat.

A betegellátás során egységes alapelveket érvényesítenek, amelyek megfelelnek a hatályos jogszabályoknak.

#### **F.BEGY.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegellátás során a jogszabályok, szakmai irányelvek, szakmai protokollok érvényesülnek.
2. Az azonos ellátási területeken nyújtott egészségügyi szolgáltatás egységes.
3. Az ellátásban résztvevők ismerik és alkalmazzák a meghatározott szakmai szabályozásokat.

#### **F.BEGY.2. standard**

**Belső szabályok és eljárások irányítják a magas kockázatú betegek ellátását és a magas kockázatú beavatkozások kivitelezését.**

#### **F.BEGY.2. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezet állapotuk vagy szükségleteik kritikus természete miatt magas kockázatúnak tekinthető betegeket is ellát.

A magas kockázatú betegek és ellátások körét minden szervezeti egység dokumentáltan meghatározza (pl. vér és vérkészítmények alkalmazása, vitális funkciók biztosítása, immun-szuppresszív kezelések, a betegek biztonságát célzó intézkedések).

A szabályok és eljárások alkalmazásával csökkenthető az ellátás kockázata.

A vezetők felelősek azért, hogy:

- azonosítsák a magas kockázatúnak tekinthető betegeket és ellátásokat az egészségügyi szolgáltató szervezetben,
- együttműködésen alapuló folyamatot használnak a releváns szabályok és eljárások kifejlesztésére, és
- a munkatársak ismerjék és alkalmazzák ezeket a szabályokat.

#### **F.BEGY.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Azonosítják a magas kockázatú betegeket és ellátásokat.

2. Szabályokat és eljárásokat alkalmaznak a magas kockázatú betegek ill. ellátásokra.
3. A munkatársak ismerik a szabályokat és eljárásokat és az ellátás során alkalmazzák azokat.
4. Azonosítják az egyes betegek esetében a betegellátás során valószínűsíthető kockázatokat és lépéseket tesznek a felismert kockázatok kivédésére, illetve csökkentésére.
5. A kockázatbecslés kitér:
  - a beteg elesésre
  - a gyógyszeres kezeléshez kapcsolódó kockázatokra.

## **F.BEGY.2.1. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják a sürgősségi betegek ellátását.**

## **F.BEGY.2.2. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják az újraélesztést célzó beavatkozások alkalmazását.**

## **F.BEGY.2.3. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják a vér és vérkészítmények kezelését, használatát és dokumentálását.**

## **F.BEGY.2.4. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják az eszméletlen vagy életfunkcióikban támogatott betegek ellátását.**

## **F.BEGY.2.5. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják a fertőző betegek ellátását.**

## **F.BEGY.2.6. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják az immunszupprimált állapotú betegek ellátását.**

## **F.BEGY.2.7. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják a döntési szabadságukban korlátozott betegek**

**ellátását, illetve a korlátozó eszközök használatát.**

## **F.BEGY.2.8. standard**

**Szabályok és eljárások irányítják az önellátásra képtelen betegek ellátását.**

## **F.BEGY.2.1.-2.8. standardok magyarázata**

Szabályokat és eljárásokat kell kialakítani a magas kockázatú betegek ellátására és a magas kockázatú ellátások során fellépő lehetséges kockázatok eredményes csökkentésére. Különösen fontos, hogy a szabályok és eljárások meghatározzák:

- az ellátás tervezésének folyamatát,
- a szükséges dokumentálást,
- a speciális beleegyezésre vonatkozó szempontokat,
- a megfigyelésre vonatkozó követelményeket,
- az ellátási folyamatban résztvevő munkatársak képzettségét és jártasságát,
- a szükséges felszerelés elérhetőségét és alkalmazását.

### **F.BEGY.2.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A sürgősségi betegek ellátását megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
2. A betegek az érvényes szabályokkal és eljárásokkal összhangban levő ellátásban részesülnek.

### **F.BEGY.2.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az újraélesztési eljárások egységes szervezeti alkalmazását megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
2. Az újraélesztést az érvényes szabályok és eljárások alapján végzik.

### **F.BEGY.2.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A vér és vérkészítmények kezelését, használatát és adminisztrációját megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
2. A vér és vérkészítmények az ellátási szükségleteknek megfelelően hozzáférhetőek,

beadásukat az érvényes szabályok és eljárások szerint végzik és dokumentálják.

#### **F.BEGY.2.4. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az eszméletlen betegek ellátását megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
2. Az életfunkcióikban támogatott betegek ellátását megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
3. Az eszméletlen és életfunkcióikban támogatott betegek ellátását a szabályok és eljárások alapján végzik.

#### **F.BEGY.2.5. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A fertőző betegek ellátását megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
2. A fertőző betegek ellátása a szabályok és eljárások szerint történik.

#### **F.BEGY.2.6. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az immunszupprimált betegek ellátását megfelelő szabályok és eljárások irányítják
2. Az immunszupprimált betegek ellátása a szabályok és eljárások szerint történik.

#### **F.BEGY.2.7. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A döntési szabadságukban korlátozott betegek ellátását megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
2. A döntési szabadságukban korlátozott betegek ellátása a szabályok és eljárások szerint történik.

#### **F.BEGY.2.8. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az önellátásra képtelen betegek ellátását megfelelő szabályok és eljárások irányítják.
2. Az önellátásra képtelen betegek ellátása a szabályok és eljárások szerint történik.

#### **F.BEGY.3. standard**

**Az ellátás folyamán a beteg állapotát megfelelő időközönként ismételt felméri,**

**ennek alapján meghatározzák a beteg reagálását a kezelésre, megtervezik a további kezelést vagy elbocsátást.**

#### **F.BEGY.3. standard magyarázata**

Ismételt állapotfelmérés szükséges annak megállapításához, hogy az ellátásra vonatkozó döntések megfelelőek, és eredményesek-e. Az ellátás során az ismételt vizsgálatokra a betegek szükségletei alapján, az ellátási tervben, illetve az érvényes szakmai protokollokban meghatározott módon, a helyi szabályokban és eljárásokban meghatározottaknak megfelelő időközönként kerül sor. Az ismételt állapotfelmérések eredményeit a betegdokumentációban rögzítik a beteg ellátásában közreműködő valamennyi ellátó informálására és az általuk történő további felhasználásra.

Az ismételt állapotfelmérések eredményeit a betegdokumentációban rögzítik az alábbi szempontoknak megfelelően:

- az ellátás alatt rendszeres időközönként rögzítik a vitális funkciókat,
- aktív ellátásban az orvos 24 óránként, vagy ha a helyi szabályozás úgy rendelkezik, gyakrabban fizikális vizsgálatot végez, és azt az előírt módon dokumentálja;
- rögzítésre kerül, ha a beteg állapotának változása a kivizsgálási, illetve a kezelési terv újragondolását igényli,
- dokumentálásra kerül az a megállapítás, hogy a beteg elbocsátható vagy áthelyezhető.

#### **F.BEGY.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Meghatározott időközönként ismételt állapotfelmérés történik a beteg kezelésre való reagálásának megállapítása érdekében.
2. Ismételt állapotfelmérés történik a beteg kezelésének folytatása, vagy elbocsátásának tervezése érdekében.
3. Az ismételt állapotfelmérés olyan időközönként történik, amely megfelel a beteg állapotának, az ellátási tervnek és az egyéni szükségleteknek, illetve az egészségügyi szolgáltató szervezet szabályainak és eljárásainak.
4. Az ismételt állapotfelméréseket, a beteg ellátásával kapcsolatos adatokat, a megfigyelések, konzíliumok vagy esetmegbeszélések eredményeit és a nyújtott kezeléseket a be-

tegdokumentációban meghatározott módon rögzítik.

5. Amennyiben az ismételt állapotfelmérések eredményei szükségessé teszik, a kivizsgálási, illetve a kezelési és az ápolási terv a szolgáltató által előírt módon dokumentáltan módosításra kerül.
6. A beteg áthelyezhetőségének és elbocsáthatóságának ténye dokumentált.

## F.BEGY.3.1. standard

**Az első és az ismételt állapotfelméréseket megfelelően képzett munkatársak végzik.**

### F.BEGY.3.1. standard magyarázata

A betegek első és ismételt állapotfelmérése kritikus eljárások, amelyek speciális képzettséget, gyakorlatot, tudást és tapasztalatot igényelnek. Ezért minden szakterület dokumentáltan kijelöli azokat az egyéneket, akik alkalmasak a vizsgálatok elvégzésére.

### F.BEGY.3.1. standard felülvizsgálati szempontja

1. Az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza azokat az egyéneket, akik megfelelően képzettek és felelősek a betegek első és ismételt állapotfelméréseért.

## F.BEGY.4. standard

**Az ellátási terv felülvizsgálatra kerül minden olyan esetben, amikor azt a beteg állapotában bekövetkezett változások indokolják.**

### F.BEGY.4. standard magyarázata

Az ellátási terv a diagnózison és a betegsükségleten alapul. A szükségletek változhatnak új információ eredményeként rutin ismételt állapotfelmérés után (pl. laboratóriumi vagy képalkotó diagnosztikai leletek), vagy a beteg állapotában bekövetkező hirtelen változás nyomán (pl. eszméletvesztés). A betegsükségletek változásával a betegellátási terv módosul. A változásokat vagy az eredeti ellátási terv kiegészítéseként jelölik a betegdokumentációban, vagy új terv készül.

## F.BEGY.4. standard felülvizsgálati szempontja

1. A betegsükségletek változásakor az ellátási terv dokumentáltan módosul.

## F.BEGY.5. standard

**A betegre vonatkozó rendelkezéseket és azok végrehajtását az arra felhatalmazott munkatársak a betegdokumentáció meghatározott helyén rögzítik.**

### F.BEGY.5. standard magyarázata

A betegellátási tevékenység részét képezik a vizsgálatok, beavatkozások elrendelése, a végrehajtás és az eredmények dokumentálása.

A rendelésekre jogosult személyeket az eljárások vagy egyéb szabályzók rögzítik.

A rendeléseket a betegdokumentáció egy meghatározott részén tüntetik fel.

Minden egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza, hogy:

- mely rendeléseket kell írásban rögzíteni a szóbeli közlés helyett;
- kinek van joga rendeléseket írni;
- hol kell elhelyezni a rendeléseket a betegdokumentációban.

### F.BEGY.5. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Az indikációk, az elvégzett beavatkozások és eredményeik írásban dokumentáltak.
2. Csak az arra felhatalmazott munkatársak írnak rendeléseket és módosítják azokat.
3. A rendelések a betegdokumentáció meghatározott részén találhatóak.
4. A beavatkozás időpontja és a beavatkozást végző személy egyértelműen azonosítható.
5. Szóban vagy telefonon történő rendelések esetén, a rendelés teljesítése előtt szóbeli megerősítés után – a betegdokumentáció kezelésére vonatkozó szabályzatban meghatározott formában – az arra felhatalmazott személy által írásos dokumentálás is történik.
6. Kritikus vizsgálati eredmények lekérdezésekor az adat rögzítése előtt szóbeli megerősítés történik az eredmények visszaolvasásával.

**F.BEGY.6. standard**

**A betegek műtéti ellátása az állapotfelmérés eredményei alapján tervezett és dokumentált.**

**F.BEGY.6. standard magyarázata**

Mivel a műtét magas kockázatú beavatkozás, alkalmazását körültekintően tervezik. A beteg állapotának felmérése képezi a megfelelő műtéti beavatkozás kiválasztásának az alapját. Az állapotfelmérés olyan információt szolgáltat, amely szükséges:

- a megfelelő beavatkozás és az optimális időpont kiválasztásához,
- az eljárás biztonságos végrehajtásához,
- a betegmonitorozás leleteinek értelmezéséhez.

Az eljárás kiválasztása függ a beteg anamnéziséstől, fizikális státuszától és diagnosztikus eredményeitől, valamint a beavatkozás várható kockázataitól és előnyeitől. Az eljárás kiválasztásakor figyelembe veszik a felvétel során végzett állapotfelmérés, diagnosztikus és más rendelkezésre álló vizsgálatok adatait. Az állapotfelmérő eljárás hamarabb megtörténik, amikor sürgősségi betegnek van szüksége a műtéti beavatkozásra.

A beteg számára tervezett műtéti beavatkozás a betegdokumentációban szerepel, beleértve a preoperatív diagnózist is.

**F.BEGY.6. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Minden beteg műtéti ellátása tervezett.
2. A tervezési folyamat figyelembe vesz minden rendelkezésre álló állapotfelmérő eredményt.
3. A tervezett műtéti beavatkozás dokumentált.
4. A preoperatív diagnózis dokumentált.
5. Minden műtét előtt megtörténik a beteg azonosítása, a műtéti terv (műtéti terület, oldaliság), a műtéthez szükséges dokumentumok és a beavatkozáshoz szükséges eszközök ellenőrzése.

**F.BEGY.6.1. standard**

**A kezelési lehetőségekről, a kockázatokról, előnyökről, és a lehetséges szövődme-**

**nyekről tájékoztatják a beteget, szükség esetén a hozzátartozóit, vagy azokat, akik döntést hoznak helyette.**

**F.BEGY.6.1. standard magyarázata**

A betegek és hozzátartozóik, vagy a döntéshozók megfelelő információt kapnak az ellátással kapcsolatos döntések meghozatalához, és a tájékozott beleegyezés elnyerése az F.BTA.3 követelményeinek megfelelően történik. Az információ tartalmazza:

- a tervezett beavatkozás kockázatait és előnyeit,
- a lehetséges szövődményeket,
- a beteg ellátásához rendelkezésre álló műtéti és nem műtéti alternatívákat.

Ha vér-, vagy vérkészítményekre lenne szükség, a kockázatokat és alternatívákat megbeszélik. A beteg operátora vagy más kvalifikált személy nyújtja ezt az információt.

**F.BEGY.6.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A beteg, a hozzátartozói és a döntéshozók tájékozottak a tervezett műtéti beavatkozás kockázatairól, előnyeiről, lehetséges szövődményeiről és alternatíváiról.
2. A tájékoztatás tartalmazza a vér és vérkészítmények használatának szükségességét, kockázatait és alternatíváit.
3. Ezt az információt a beavatkozást végző orvos vagy más kvalifikált személy nyújtja.
4. Az írásos beleegyezést a meghatározott magas kockázatú beavatkozások előtt elnyerik, a beleegyezés pontos időpontja rögzítésre kerül, a tájékoztatást adó személy azonosított.
5. Az írásos beleegyezés a betegdokumentációban megtalálható.

**F.BEGY.7. standard**

**Megfelelően képzett személy végzi az anesztéziát megelőző állapotfelmérést.**

**F.BEGY.7. standard magyarázata**

Az anesztézia magas kockázatú beavatkozás, ezért alkalmazását gondosan tervezik. A beteg anesztéziát megelőző állapotfelmérése képezi a

kezelési terv és a posztoperatív ellátás alapját. A beteg anesztéziát megelőző állapotfelmérése olyan információt szolgáltat, amely szükséges:

- az aneszteziológiai ellátás tervezéséhez az anesztézia módjának kiválasztásához,
- a megfelelő anesztézia biztonságos alkalmazásához,
- a betegmonitorozás leleteinek értelmezéséhez.

Az anesztéziát megelőző állapotfelmérést aneszteziológus végzi. Az aneszteziológiai állapotfelmérés a tervezett műtéti időpont előtt 7-10 nappal és közvetlenül a beavatkozás előtt megtörténik, sürgősségi vagy szülészeti ellátás esetén csak a beavatkozás előtt.

## **F.BEGY.7. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Anesztézia előtti állapotfelmérést végeznek minden beteg esetében a tervezett műtéti időpont előtt 7-10 nappal és közvetlenül a beavatkozás előtt.
2. Sürgősségi vagy szülészeti ellátás esetén az állapotfelmérés a beavatkozás előtt megtörténik.
3. Aneszteziológus végzi az állapotfelmérést.

## **F.BEGY.7.1. standard**

**Minden beteg aneszteziológiai ellátása tervezett és dokumentált.**

### **F.BEGY.7.1. standard magyarázata**

Az aneszteziológiai ellátást tervezik és dokumentálják. A tervezésnél figyelembe veszik a preoperatív vizsgálatok eredményeit. Ezek alapján meghatározzák az alkalmazandó anesztéziát, a pre-, intra- és posztoperatív teendőket.

### **F.BEGY.7.1. standard felülvizsgálati szempontja**

1. Minden beteg aneszteziológiai ellátása tervezett és dokumentált.

## **F.BEGY.7.2. standard**

**Az anesztéziával kapcsolatos kockázatokról, a lehetséges szövődményekről és a kezelési lehetőségekről tájékoztatják a beteget, vagy a törvényes képviselőt, vagy**

**a beteg helyett nyilatkozattételre jogosult személyt.**

## **F.BEGY.7.2. standard magyarázata**

Az anesztézia tervezése magában foglalja a beteg, hozzátartozói, vagy a döntéshozók tájékoztatását a kockázatokról, a lehetséges szövődményekről, a tervezett anesztéziával és a posztoperatív fájdalomcsillapítással kapcsolatos választási lehetőségekről. A megbeszélés során az aneszteziológus megszerzi a beteg tájékozott beleegyezését.

### **F.BEGY.7.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A beteget, vagy a törvényes képviselőt, vagy a helyette nyilatkozattételre jogosult személyt dokumentáltan tájékoztatják az anesztéziával kapcsolatos kockázatokról, a lehetséges szövődményekről, és választási lehetőségekről.
2. A tájékoztatást aneszteziológus végzi.
3. A betegdokumentáció tartalmazza a szabályosan kitöltött beleegyező nyilatkozatot.

## **F.BEGY.7.3. standard**

**Az alkalmazott anesztéziát feltüntetik a betegdokumentációban.**

### **F.BEGY.7.3. standard magyarázata**

Az alkalmazott anesztézia és a kapcsolódó technika szerepelnek a beteg aneszteziológiai dokumentációjában.

### **F.BEGY.7.3. standard felülvizsgálati szempontja**

1. Az alkalmazott anesztézia és a kapcsolódó technika szerepelnek a beteg aneszteziológiai dokumentációjában.

## **F.BEGY.7.4. standard**

**Minden anesztéziában részesülő beteg fiziológiai státuszát a folyamat teljes ideje alatt folyamatosan felügyelik, és a betegdokumentációba bejegyzik.**

**F.BEGY.7.4. standard magyarázata**

A fiziológiai monitorozás megfelelő információt nyújt a beteg állapotáról az anesztézia alatt. A megfigyelés módszere függ a beteg anesztézia megelőző státuszától, a választott anesztézia módjától, és a végzett műtéti vagy más beavatkozások komplexitásától. A monitorozási eljárás minden esetben folyamatos, és eredményeit a betegdokumentációban rögzítik.

**F.BEGY.7.4. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A fiziológiai státuszt folyamatosan monitorozzák az anesztézia végrehajtása során.
2. A monitorozás eredményei szerepelnek a beteg dokumentációjában.

**F.BEGY.8. standard**

**A beteg állapotát az anesztéziát követően megfigyelik és dokumentálják.**

**F.BEGY.8. standard magyarázata**

Az anesztézia alatti monitorozás képezi a posztanesztéziás időszak monitorozásának alapját. A beteg állapotát jellemző adatok folyamatos, rendszeres gyűjtése és elemzése alapozza meg a beteg további ellátását érintő döntéseket.

**F.BEGY.8. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegeket az állapotuknak megfelelő módon monitorozzák a posztanesztéziás időszak alatt.
2. A monitorozás leleteit rögzítik a betegdokumentációban.
3. A betegdokumentációban rögzítésre kerül a beteg elbocsátása az altatás után a megfigyelési részlegről az elbocsátási kritériumok alapján az anesztéziáért felelős kvalifikált személy által.

**F.BEGY.9. standard**

**A műtétre kerülő beteg előkészítése, szállítása biztonságos és felügyelt.**

**F.BEGY.9.1. standard**

**A műtétre kerülő beteg preoperatív diagnózisa a betegért felelős kvalifikált személy által meghatározott, mely a műtét előtt rögzítésre kerül a betegdokumentációban.**

**F.BEGY.9.-9.1. standardok magyarázata**

A műtéti komplikáció megelőzésére, a műtét zavartalan kivitelezése érdekében szükséges a beteg azonosítása, a beteg megfelelő előkészítése, melyet a beavatkozást végző orvos elrendelése alapján, az arra kompetens személy végez.

A műtéti ellátási folyamat során figyelemmel kell lenni a beteg intimitására, szeméremzetére. A beteg biztonságos műtőbe, illetve műtét utáni szállítását és felügyeletét szakszemélyzet végzi, biztonságos szállítóeszközökkel.

**F.BEGY.9. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegszükségletnek megfelelő műtéti előkészítés írásban elrendelt.
2. Az előkészítést megfelelő képzettséggel rendelkező szakember végzi és dokumentálja.
3. A beteg műtőbe - fekvőbeteg osztályra szállítása előtti azonosítás, átadás-átvétel dokumentáltan megtörténik.
4. A beteg felügyelete a műtét előtt, alatt és után folyamatos.
5. A beteg intimitása és a szeméremrészlet figyelembe vétele a műtét előtt, alatt és után folyamatosan biztosított.
6. A műtőből/ébredőből való elbocsátás után a betegszükségletnek megfelelő szállítás és felügyelet biztosított.

**F.BEGY.9.1. standard felülvizsgálati szempontja**

1. A preoperatív diagnózis a műtét előtt rögzítésre kerül a diagnózist meghatározó orvos által a betegdokumentáció azon részében, melyet a dokumentációkezelési szabályzatban előírtak.

**F.BEGY.10. standard**

**A műtéti ellátásban részesült betegek állapotát folyamatosan felügyelik a folyamat**

**teljes ideje alatt és közvetlenül utána, és azt a betegdokumentációba bejegyzik.**

## **F.BEGY.10. standard magyarázata**

A beteg fiziológiai státusza a műtéti beavatkozás alatt és közvetlenül utána monitorozott. A monitorozás megfelel a beteg állapotának és a végrehajtott beavatkozásnak.

A monitorozás eredményei kulcsfontosságú intraoperatív és posztoperatív döntésekhez vezethetnek, mint pl. reoperáció, áthelyezés egy másik ellátási szintre, vagy elbocsátás. A monitorozás információi irányítják az orvosi és szakdolgozói ellátást, és meghatározzák a további diagnosztikus vagy más szolgáltatások iránti szükségletet. A monitorozás eredményeit a betegdokumentációban rögzítik.

## **F.BEGY.10. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A beteg fiziológiai státusza a műtéti beavatkozás alatt folyamatosan monitorozott.
2. A beteg fiziológiai státusza a posztoperatív időszakban monitorozott.
3. A leleteket bejegyzik a betegdokumentációba.

## **F.BEGY.11. standard**

**Kialakított kritériumrendszer alapján megfelelően képzett személy bocsátja el a beteget az ébredőből.**

## **F.BEGY.11. standard magyarázata**

Kvalifikált személy dönt arról, hogy a beteg elbocsátható-e az ébredőből egy másik ellátási szintre vagy az egészségügyi szolgáltató szervezetről (ambuláns anesztézia esetén). Az orvosi kar által kifejlesztett standardizált kritériumokat alkalmazzák az elbocsátási döntések meghozatalához. Az ébredőbe való felvétel és az innen való elbocsátás idejét rögzítik.

## **F.BEGY.11. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Meghatározott kritériumokat alkalmazzák az elbocsátásra vonatkozó döntések meghozatalához.

2. Kvalifikált személy alkalmazza a kritériumokat és bocsátja el a beteget.
3. Az ébredőbe való felvétel és az innen való elbocsátás ideje dokumentált.
4. Az elbocsátási kritériumoknak való megfelelés részletesen regisztrálásra kerül a betegdokumentáció azon részében, melyet a betegdokumentáció kezelésére vonatkozó szabályzat határoz meg.

## **F.BEGY.12. standard**

**Az elvégzett műtéti beavatkozást feltűntetik a betegdokumentációban.**

## **F.BEGY.12. standard magyarázata**

A beteg műtéti beavatkozás utáni ellátása függ a beavatkozás során tapasztalt eseményektől és leletektől. Így a betegdokumentáció tartalmazza a műtéti diagnózist, a műtéti beavatkozás leírását és a leleteket (beleértve a további vizsgálatokra küldött műtéti mintákat, illetve más eltávolított anyagokat, és egyéb célból kivett szerveket, szöveteket (pl. szerv- és szövetátültetés céljából)), az esetlegesen betegbe juttatott anyagokat, illetve betegbe helyezett anyagokat, eszközöket, implantátumokat), valamint az operátor és az asszisztens(ek) nevét. A posztoperatív ellátás folyamatosságának támogatásához a műtéti leírást meghatározott időn belül, lehetőleg a műtét végén elkészítik.

## **F.BEGY.12. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A műtéti leírásnak tartalmaznia kell:
  - műtéti diagnózist,
  - a műtéti beavatkozás leírását,
  - a leleteket/a műtét során találtakat,
  - minden diagnosztikai mintavételt és más eltávolított anyagokat illetve a szerv- vagy szövetátültetés céljából a donorokból vagy recipiensekből eltávolított szerveket, szöveteket,
  - a műtéti eljárás során a betegbe juttatott anyagokat illetve betegbe helyezett anyagokat, eszközöket, implantátumokat,
  - az operátor és az asszisztens(ek) nevét,
  - a posztoperatív diagnózist.
2. A műtéti leírás olyan időkereten belül áll rendelkezésre, amely a beteg posztoperatív ellátásához szükséges.

3. Amennyiben a posztoperatív ellátáshoz szükséges műtéti leírás hiányos vagy nem áll időben rendelkezésre, erről feljegyzés készül a betegdokumentáció erre meghatározott részében az erre felhatalmazott személy által.
4. A műtéti leírást a beteg egészségügyi dokumentációjához kell csatolni (a kórlap részeként).

#### **F.BEGY.12.1. standard**

**A műtét utáni ellátás tervezett és dokumentált.**

#### **F.BEGY.12.1. standard magyarázata**

A betegek posztoperatív orvosi és ápolási ellátási szükségletei különböznek. Ezért szükség van az ellátás tervezésére, beleértve az ellátási szintet, az alkalmazott ellátást, a monitorozást vagy kezelést, és a gyógyszerelési szükségletek tervezését. A posztoperatív ellátás tervezése a beavatkozás előtt kezdődik, a beteg felmért szükségletei és állapota alapján. A tervezett ellátást a betegdokumentációba bejegyzik annak biztosítására, hogy az ellátás a gyógyulási vagy rehabilitációs időszakban folyamatos legyen.

#### **F.BEGY.12.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Minden beteg orvosi, ápolási, és más posztoperatív ellátása tervezett.
2. A terv szerepel a betegdokumentációban.
3. A posztoperatív ellátás folyamata a betegdokumentációban nyomonkövethető.

#### **F.BEGY.13. standard**

**A betegellátás során csak hatósági engedéllyel rendelkező anyagokat, gyógyszereket és felszereléseket használnak.**

#### **F.BEGY.13. standard magyarázata**

Az ellátás kockázatai számottevően csökkenthetők, ha az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza és biztosítja a saját betegpopulációjának biztonságos ellátásához szükséges eszközöket, anyagokat és gyógyszereket.

Megfelelő, ellenőrzött és jóváhagyott, jól működő felszerelést használnak, megfelelő anyagok és gyógy-

szerek állnak rendelkezésre a tervezett használatához, a sürgősségi ellátáshoz és rendkívüli helyzetben.

#### **F.BEGY.13. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Engedélyezett és felülvizsgált felszerelést használnak.
2. Engedélyezett anyagokat használnak.
3. Engedélyezett gyógyszereket használnak.

#### **F.BEGY.14. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet gyógyszerelési stratégiája a betegszükségleteknek megfelelően szervezett.**

#### **F.BEGY.14.1. standard**

**A gyógyszerertár, a gyógyszerertári szolgálat és az egészségügyi szolgáltató szervezetben alkalmazott gyógyszeres beavatkozások megfelelnek a vonatkozó hatályos jogszabályi és egyéb szabályozói előírásoknak.**

#### **F.BEGY.14.-14.1. standardok magyarázata**

Gyógyszereket rendszeresen használnak a betegségek gyógyítására és a tünetek mérséklésére. Mint a betegellátás egyik fontos részét, a gyógyszerhasználatot egészségügyi szolgáltató szervezeti szinten kell hatékonyan és eredményesen szabályozni. A felelősség megosztása függ az egészségügyi szolgáltató szervezet struktúrájától és a munkatársaktól. A vonatkozó hatályos jogszabályi rendelkezések beépülnek az egészségügyi szolgáltató szervezet struktúrájába, és az alkalmazott gyógyszerelési rendszer működésébe.

#### **F.BEGY.14. standard felülvizsgálati szempontja**

1. A gyógyszerhasználat a betegek gyógyszerelési szükségleteinek kielégítése érdekében egészségügyi szolgáltató szervezeti szinten szervezett és szabályozott.

#### **F.BEGY.14.1. standard felülvizsgálati szempontja**

1. A gyógyszerertári és gyógyszerelési szolgáltatás valamint a gyógyszerhasználat megfelel

a vonatkozó hatályos jogszabályoknak és egyéb szabályozóknak, valamint a gyógyszerellátásra vonatkozó minőségbiztosítási, minőségirányítási előírásoknak.

## **F.BEGY.14.2. standard**

**Megfelelő – rendelhető és felírható – gyógyszerválaszték áll rendelkezésre, vagy gyógyszerútból vételezhető.**

### **F.BEGY.14.2.1. standard**

**A gyógyszerek rendelkezésre állnak és ellenőrzöttek.**

### **F.BEGY.14.2.–14.2.1. standardok magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezet a beteg-szükségletek és a nyújtott szolgáltatások alapján határozza meg a rendelhető és felírható gyógyszerek körét, és listát készít azokról a gyógyszerekről, amelyeket raktároz, vagy külső forrásokból azonnal hozzáférhetővé tesz. Külső rendelkezések is meghatározhatják a listán szereplő gyógyszereket vagy a beszerzés forrását. A gyógyszerek kiválasztása együttműködésen alapuló folyamat, amely figyelembe veszi a betegek szükségleteit és biztonságát, valamint a gazdasági szempontokat. Az egészségügyi szolgáltató szervezet Gyógyszerterápiás Bizottságot működtet, valamint rendelkezik olyan módszerrel, amely karbantartja, monitorozza a gyógyszerlistát, és ellenőrzi az egészségügyi szolgáltató szervezet gyógyszerfelhasználását.

Meghatározza a sürgősségi gyógyszerek listáját, valamint eljárást léptet életbe a gyógyszerek tárolására, hozzáférésére, ellenőrzésére, a gyógyszerekkel való visszaélés, lopás, eltűnés megelőzésére, és a felhasznált, sérült, vagy lejárt gyógyszerek pótlására.

### **F.BEGY.14.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A felírható és rendelhető gyógyszerek megfelelnek az egészségügyi szolgáltató szervezet küldetésének, a betegek szükségleteinek és a nyújtott szolgáltatásoknak.
2. Létezik egy lista azon gyógyszerekről, amelyek az egészségügyi szolgáltató szervezetben raktáron vannak vagy külső forrásból azonnal beszerezhetők.

- 2.1. A lista együttműködésen alapuló folyamat során alakult ki (kivéve, ha külső szabályozás másként nem rendelkezik.)
- 2.2. A listán szereplő gyógyszereket monitorozzák és felhasználás, szavatosság lejárása, sérülés, vagy egyéb okból történő visszahívás esetén pótolják.
3. A gyógyszerek lopástól vagy eltűnéstől védettek.

### **F.BEGY.14.2.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A gyógyszerek az egészségügyi szolgáltató szervezetben olyan időn belül állnak rendelkezésre, amely kielégíti a szükségletet.
2. A sürgősségi gyógyszerek az egészségügyi szolgáltató szervezetben olyan időn belül állnak rendelkezésre, amely kielégíti a sürgős szükségletet.
3. A gyógyszereket fokozott figyelemmel ellenőrzik és felhasználás után, szervezett csereterv alapján a szavatosság lejárt előtt, vagy sérülés esetében időben pótolják.

## **F.BEGY.14.3. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezetben szabályok és eljárások irányítják a gyógyszerfelírást, a gyógyszerrendelést és a gyógyszerbeadást.**

### **F.BEGY.14.3. standard magyarázata**

A biztonságos gyógyszerfelírást, rendelést és beadást az egészségügyi szolgáltató szervezetben jóváhagyott szabályok és eljárások irányítják. Az orvosi, szakdolgozói, gyógyszerészi személyzet, a Gyógyszerterápiás Bizottság, valamint a szervezet menedzsmentje által felhatalmazott egyéb szakmai bizottságok együttműködnek a politikák és eljárások kifejlesztésében és monitorozásában. A felírt vagy rendelt gyógyszerek dokumentálási követelményeit és a szóbeli gyógyszerrendelések használatát szabályokban meghatározzák.

### **F.BEGY.14.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A biztonságos gyógyszerfelírást, rendelést és beadást a vonatkozó hatályos jogszabályok,

az egészségügyi szolgáltató szervezetben jóváhagyott szabályok és eljárások irányítják.

2. A szóbeli gyógyszerrendelések alkalmazása és dokumentálása meghatározott.

#### **F.BLL.14.3.1. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet kijelöli azokat a megfelelően képzett munkatársakat, akik felírhatnak, rendelhetnek és beadhatnak gyógyszereket.**

#### **F.BEGY.14.3.1. standard magyarázata**

A beteg kezeléséhez szükséges gyógyszer kiválasztása speciális tudást és tapasztalatot igényel. Minden egészségügyi szolgáltató szervezet felelős azon személyek kiválasztásáért, akik rendelkeznek a megfelelő tudással, tapasztalattal, kompetenciával, bizonyítvánnyal, felhatalmazással ahhoz, hogy rendeljenek gyógyszereket. A rendelésre és a gyógyszerértéket igénylésre felhatalmazott személyek ismertek a gyógyszerértéki szolgáltatás, illetve a gyógyszereket kiadók számára. A gyógyszerek beadása tudást, gyakorlatot és tapasztalatot igényel. Minden egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza azon munkatársakat, akik rendelkeznek a gyógyszerek beadásához szükséges kompetenciával, és írásban rögzíti felelősségüket.

#### **F.BEGY.14.3.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Csak az egészségügyi szolgáltató szervezet által felhatalmazott, és releváns engedéllyel rendelkező, a jogszabályoknak és más szabályozóknak eleget tevő személyek rendelnek gyógyszereket.
2. A gyógyszerfelírásra vagy rendelésre felhatalmazott személyek ismertek a gyógyszerértéki szolgáltatásban, illetve a gyógyszereket kiadók számára.
3. A gyógyszerek beadását végzők személye meghatározott, felelősségük írásban rögzített.

#### **F.BEGY.14.3.2. standard**

**A hatályos jogszabályok szerinti eljárások szabályozzák az egészségügyi szolgáltató szervezetben a betegek által történő**

**gyógyszerbevitt/gyógyszerelést, és az elbocsátáskor történő gyógyszerkiadást.**

#### **F.BEGY.14.3.2. standard magyarázata**

Az egészségügyi ellátás része az ellenőrzött gyógyszerfelhasználás, ezért a nem engedélyezett úton történő beszerzést mindenképpen kerülni kell. Vonatkozik ez a beteg által behozott/felajánlott, valamint a karitatív célú adományokra és ingyenes orvosi mintákra is. A gyógyszerhasználat felügyeletéhez azon gyógyszerek használatát is ismerni kell, amelyeket nem az egészségügyi szolgáltató szervezetben írnak fel vagy rendelnek. Az egészségügyi szolgáltató szervezet a következő esetekben járulhat hozzá olyan gyógyszer használatához, amit nem a gyógyszerár szerzett be:

- A gyógyszert a beteg részére egyedi import útján szerezték be.
- A gyógyszert a beteg részére személyre szólóan egyedileg készítették.
- A gyógyszer adagolásának biztonságát veszélyezteti, ha a beteg nem a saját gyógyszerét használja.
- A beteg speciális betegségének gyógyszeres terápiájára az egészségügyi szolgáltató szervezet nincs felkészülve.

A fenti esetekben az egészségügyi szolgáltató szervezetbe hozott gyógyszereket a beteg kezelőorvosa ismeri, az egészségügyi személyzet kezelésében tartja, és bejegyzik a betegdokumentációba.

Minden egészségügyi szolgáltató szervezetnek meg kell határoznia a beteg részére az elbocsátáskor átadandó gyógyszerekre vonatkozó saját szerepét. A gyógyszerek felírására, vagy rendelésére felhatalmazottak tájékoztatják a betegeket és a hozzátartozókat, a törvényes képviselőket a rendelt gyógyszerek beszerezhetőségéről, az adagolásáról, valamint a költségekről.

Ezt a gyógyszerhasználati gyakorlatot az egészségügyi szolgáltató szervezet szabályai és eljárási irányítják a betegek biztonságának és a terápia eredményességének biztosítása érdekében.

Az egészségügyi szolgáltató által elbocsátott beteg gyógyszerelése kritikus, amennyiben távozáskor rendelt gyógyszerhez a hozzájutás annak különlegessége miatt, vagy időbeli korlátok miatt akadályozott. A szolgáltató teygen meg mindent a folyamatos gyógyszerelés biztosítása érdekében megfelelő információ nyújtásán, vagy saját gyógyszerellátási rendszerén keresztül.

## **F.BEGY.14.3.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Szabályok és eljárások irányítják a beteg által vagy a beteg számára az egészségügyi szolgáltató szervezetbe kívülről behozott gyógyszerek felhasználását, nyomon követését és dokumentációját.
2. Szabályok és eljárások irányítják a gyógyszerek kiadását a beteg elbocsátásakor.
3. Szabályok biztosítják a beteg gyógyszerelését, a távozását követően a háziorvosi praxisig történő eljutásig.
4. A szabályok és eljárások megvalósulnak.

## **F.BEGY.14.4. standard**

**Eljárást alkalmaznak arra, hogy a gyógyszerkiosztás során a beteg a megfelelő gyógyszert a megfelelő adagban és a megfelelő időben kapja meg.**

### **F.BEGY.14.4. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezetben szabályozott módon történik a gyógyszerelés annak érdekében, hogy minimalizálja az előforduló hibákat. A rendszer támogatja a megfelelő időben történő, pontos gyógyszerkiosztást.

### **F.BEGY.14.4. standard felülvizsgálati szempontja**

1. A gyógyszerelés folyamata szabályozott és dokumentált.

## **F.BEGY.14.5. standard**

**A betegeket gyógyszer beadása előtt azonosítják.**

### **F.BEGY.14.5. standard magyarázata**

A biztonságos gyógyszereléshez szükséges:

- a beteg azonosítása.
- a gyógyszer egyeztetése a rendeléssel,
- a beadás idejének és gyakoriságának egyeztetése a rendeléssel,
- a gyógyszer dózisének egyeztetése a rendeléssel,
- a beadás módjának egyeztetése a rendeléssel.

## **F.BEGY.14.5. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A betegeket a gyógyszer beadója azonosítja a gyógyszer beadása előtt.
2. A beadandó gyógyszerek nevét és dózisének egyeztetik a rendeléssel.
3. A beadás módját egyeztetik a rendeléssel.
4. A gyógyszerek beadása a megfelelő időben, megfelelő gyakorisággal történik.
5. A gyógyszerek beadása a rendelésnek megfelelően történik.

## **F.BEGY.14.6. standard**

**A gyógyszerhatást monitorozzák.**

### **F.BEGY.14.6. standard magyarázata**

A beteg, orvosa, ápolója a gyógyszerészek és a betegellátásban közreműködő más szakemberek együttműködnek a gyógyszerhatások monitorozása érdekében. A monitorozás célja a gyógyszerhatás követése, értékelése. A szervezet meghatározza a gyógyszerhatások felismerésére és az intézkedésre vonatkozó szabályokat, kompetenciákat, az információközlés módját, és az oktatási teendőket.

### **F.BEGY.14.6. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A gyógyszerhatás monitorozott.
2. A monitorozási folyamat együttműködésen alapul.

## **BEGY.14.6.1. standard**

**A rendelt és beadott gyógyszerek szerepelnek a beteg dokumentációjában.**

### **F.BEGY.14.6.1. standard magyarázata**

Minden beteg dokumentációja feljegyzést tartalmaz a számára rendelt gyógyszerekről, a dózisokról, és a gyógyszerek beadásának gyakoriságáról. A dokumentációban szerepelnek a „szükség esetén” valamint a szóban rendelt és adott gyógyszerek is. Amennyiben ez az információ külön gyógyszerelési formanyomtatványon szerepel, azt a beteg elbocsátásakor vagy áthelyezésekor a betegdokumentációhoz csatolják.

**F.BEGY.14.6.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Minden betegre vonatkozóan rögzítik a rendelt gyógyszereket.
2. A gyógyszer beadása minden alkalommal fel van tüntetve.
3. A gyógyszerelési információt a betegdokumentációban tartják, vagy a beteg elbocsátásakor vagy áthelyezésekor csatolják hozzá.

**F.BEGY.14.6.2. standard**

**Az esetlegesen fellépő gyógyszer mellékhatásokat bejegyzik a betegdokumentációba.**

**F.BEGY.14.6.2. standard magyarázata**

A gyógyszerhatások monitorozása a mellékhatások észlelését és dokumentálását is jelenti. Az egészségügyi szolgáltató szervezet eljárásban szabályozza a mellékhatások kezelését és jelentését.

**F.BEGY.14.6.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A monitorozás kiterjed a gyógyszer mellékhatások figyelésére.
2. A mellékhatásokat rögzítik a betegdokumentációban.

**F.BEGY.14.6.3. standard**

Az egészségügyi szolgáltató szervezet rendelkezik a gyógyszerelési hibák azonosítására, dokumentálására és az intézkedésre vonatkozó eljárással.

**F.BEGY.14.6.3. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van eljárása a gyógyszerelési hibák azonosítására és jelentésére. Az eljárás kiterjed a gyógyszerelési hibák definiálására, a jelentések standardizált formában történő használatára, és a munkatársak képzésére, az eljárásra és a jelentés fontosságára vonatkozóan. A jelentési eljárás az egészségügyi szolgáltató szervezet fejlesztési programjának a része. A program a gyógyszerelési hibák megelőzésére irányul az előforduló hibák típusainak megismerésén keresztül. A

gyógyszerelési folyamat fejlesztése és a munkatársak képzése azt a célt szolgálja, hogy megelőzze a jövőben bekövetkező hibákat. Ebben a képzési folyamatban a gyógyszerészek részt vesznek.

**F.BEGY.14.6.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A gyógyszerelési hiba fogalma meghatározott.
2. A gyógyszerelési hibákat bevezetett eljárások alapján kellő időben jelentik.
3. Az egészségügyi szolgáltató szervezet a gyógyszerelési hibák jelentéseiből származó információkat a gyógyszerelési eljárások fejlesztéséhez felhasználja.

**F.BLL.14.7. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet gyógyszerertárában készített gyógyszerek biztonságos, tiszta környezetben készülnek. A gyógyszerek tárolása, kiadása és felhasználása a gyógyszerertárban és a felhasználó területeken biztonságos.**

**F.BEGY.14.7. standard magyarázata**

A gyógyszerertár vagy a gyógyszerészi szolgáltatás olyan tiszta és biztonságos környezetben készíti és adja ki a gyógyszereket, amely megfelel a hatályos jogszabályi előírásoknak, a gyógyszerellátásra vonatkozó speciális minőségbiztosítási, minőségirányítási követelményeknek és a szakmai standardoknak. Különösen fontos, hogy a gyógyszerek szabályosan megjelöltek, megfelelően tároltak és szükség esetén fénytől, hőtől, sugárzástól és az egymástól való szennyezéstől stb. védettek legyenek. A kiadott és a gyógyszerertár területén kívül - pl. a betegellátó egységekben – tárolt gyógyszerek ugyanazokat a biztonsági felügyeleti feltételeket elégítik ki, mint a gyógyszerertárban.

**F.BEGY.14.7. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. A gyógyszereket szabályosan jelölik.
2. A gyógyszerek minden helyen és minden körülmények között azonosíthatóak.
3. A gyógyszereket az előírásoknak megfelelően tárolják.
4. A gyógyszereket szakmailag megfelelő környezetben készítik és adják ki.

5. A gyógyszerek készítése és kiadása megfelel a jogszabályi előírásoknak és a gyakorlat szakmai standardjainak.
6. A betegellátó egységekben nagy koncentrációjú elektrolit oldatokat nem tárolnak.
7. A törzsoldatok és egyéb tömény oldatok tárolása és kezelése a gyógyszerteráiban történik.

## **BEGY.14.7.1. standard**

**Gyógyszerész irányítja és felügyeli a gyógyszerek raktározását, készítését, és kiosztását.**

### **F.BEGY.14.7.1. standard magyarázata**

Gyógyszerész irányítja és felügyeli a gyógyszer-tár vagy a gyógyszerészi szolgáltatás tevékenységét. A felügyelet kiterjed szervezet területén fellelhető minden gyógyszerre és minden gyógyszerelési eljárásra. Létezik módszer az ellenőrzött anyagok monitorozására és nyilvántartására.

### **F.BEGY.14.7.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Gyógyszerész ellenőrzi minden gyógyszerellátással kapcsolatos tevékenységet.
2. A gyógyszereket a szervezet minden területén nyilvántartják.
3. A kötelezően ellenőrzött gyógyszereket/ vegyszereket naprakészen nyilvántartják.

## **BEGY.14.7.2. standard**

**A gyógyszerrendeléseket és felírásokat ellenőrzik.**

### **F.BEGY.14.7.2. standard magyarázata**

A gyógyszerész felülvizsgál minden gyógyszerrendelést. Ha kérdés merül fel, kapcsolatba lép a gyógyszerter felíró vagy rendelő szakemberrel.

### **F.BEGY.14.7.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Minden gyógyszerrendelést, vagy gyógyszerigénylést gyógyszerész felülvizsgál.
2. Kérdés esetére van szabályozó eljárás a gyógyszerter felíró vagy rendelő szakemberrel való kapcsolatfelvételre.

## **F.BEGY.14.7.3. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van gyógyszer-vissarendelési rendszere.**

### **F.BEGY.14.7.3. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezetnek van eljárása a gyártó vagy a szállító által visszarendelt gyógyszerek azonosítására, visszahívására és visszaküldésére vagy megsemmisítésére. Van olyan eljárás, amely rendelkezik a szavatosságát veszített vagy egyéb módon felhasználásra alkalmatlanná vált gyógyszerek elkülönítéséről és megsemmisítéséről.

### **F.BEGY.14.7.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Van működő gyógyszer-vissarendelési rendszer.
2. Eljárások rendelkeznek a hatóság által visszarendelt gyógyszerek elkülönítéséről és a további intézkedésekről.
3. Eljárások rendelkeznek a szavatosságát veszített gyógyszerek elkülönítéséről és selejtezéséről.
4. Eljárások rendelkeznek a selejt gyógyszerek megsemmisítéséről.
5. Az eljárások megvalósulnak.

## **F.BEGY.15. standard**

**Minden beteg személyre szabott, tápláltsági állapotának és szükségleteinek megfelelő étrendi előírást kap.**

### **F.BEGY.15. standard magyarázata**

A megfelelő táplálék és táplálkozás fontosak a beteg jóléte és gyógyulása szempontjából. A beteg korának, kulturális és étrendi preferenciáinak megfelelő táplálék és a tervezett ellátás rendszeresen elérhető. A beteg felmért szükségletei és a tervezett ellátás alapján a kezelőorvos rendel a diétikus bevonásával megfelelő étrendet vagy táplálást a beteg számára. A hozzátartozókat, illetve törvényes képviselőket tájékoztatni kell a beteg ellátási szükségletei vagy terápiás terve szempontjából kontraindikált élelmiszerekről, beleértve a gyógyszereléssel kapcsolatos táplálék-keresztreakciók lehetőségét is.

A szükséges mesterséges táplálás (enterális és parenterális táplálás) követelményei a szolgáltatón belül szabályozottak.

#### **F.BEGY.15. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az étrend és a táplálás módjának elrendelését a kezelőorvos a dietetikus bevonásával végzi.
2. Rendszeresen elérhető a beteg klinikai ellátásával összhangban levő, megfelelő ételmezés.
3. A speciális diéta, a mesterséges (enterális és parenterális) táplálás körülményei biztosítottak.
4. A speciális diéta, a mesterséges (enterális, parenterális) táplálás körülményei biztosítottak.
5. Dietetikus felügyeli a diétás étrend összeállítását és a mesterséges táplálék elkészítését.
6. A hozzátartozók, törvényes képviselők tájékoztatást kapnak a beteg számára adható élelmiszerekről.
7. Minden beteg dokumentációjában szerepel az étrendi előírás.

#### **F.BEGY.15.1. standard**

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet élelmiszerbiztonsági rendszert működtet.**

#### **F.BEGY.15.1. standard magyarázata**

Az élelmiszerbiztonsági rendszer az ételkészítéshez felhasznált áruk beszerzése, átvétele, raktározása, előkészítése és az ételek elkészítése, készen tartása, adagolása, tárolása, szállítása és elosztása tekintetében megfelel a hatályos jogszabályokban, egyéb szabályozókban előírt, (az élelmiszer előállításra és forgalmazásra, valamint a közétkeztetésre vonatkozó) élelmiszerbiztonsági követelményeknek.

#### **F.BEGY.15.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az élelmiszerbiztonsági rendszer szabályozott, felügyelt, és dokumentáltan megvalósul.
2. Az élelmiszereket olyan eljárással készítik és tárolják, amely csökkenti a fertőződés és romlás kockázatát.

3. Az élelmiszerek meghatározott időben és körülmények között kerülnek elosztásra.

#### **F.BEGY.16. standard**

Az egészségügyi szolgáltató szervezet összehangolt programot alakít ki és vezet be a betegeket és az egészségügyi dolgozókat fenyegető fertőzések kockázatának csökkentése és megelőzése érdekében.

#### **F.BEGY.16. standard magyarázata**

A fertőzések megelőzése és felügyelete funkció célja, hogy az egészségügyi szolgáltató szervezet azonosítsa és csökkentse a szerzett (nosocomiális) és terjesztett fertőzések kockázatát mind a betegekben, mind az egészségügyi dolgozóknak mind a betegekkel kapcsolatba kerülő más személyekben (pl. látogatókban). Az eredményes inféktiókontroll program feltétele, hogy átfogó legyen, figyeljen a betegellátásra és a személyzet egészségére egyaránt. A program azokra a fertőzési területekre koncentrál, amelyek epidemiológiai szempontból fontosak az egészségügyi szolgáltató szervezet számára. A program célja csökkenteni az epidemiológiailag szignifikáns fertőzések veszélyét, javítani az arányát illetve trendjét. A programnak megfelelőnek kell lennie az egészségügyi szolgáltató szervezet demográfiai jellemzői, mérete, földrajzi elhelyezkedése, szolgáltatásai és betegek szempontjából is.

Minden egészségügyi szolgáltató szervezetnek azonosítania kell azokat az epidemiológiai szempontból fontos fertőzéseket, fertőzési területeket és járulékos eszközöket valamint a demográfiaiilag megfelelő jellemzőket, amelyek meghatározzák a fertőzések megelőzésének, ellenőrzésének és az előfordulás csökkentésének irányába ható törekvések súlypontját. Ezek a törekvések magukba foglalják mindazon folyamatokat és tevékenységeket, amelyeket a fekvőbeteg ellátó szervezet mind a közvetlen betegellátás mind az azt támogató területen végez illetve koordinál. Ez a funkció kapcsolódik külső szervekhez is, amelyek közreműködnek a környezetből származó fertőzések veszélyének csökkentésében.

#### **F.BEGY.16. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Létezik inféktiókontroll program, melynek elsődleges célja az epidemiológiailag szignifi-

káns betegségek betegek közötti, a betegek és az egészségügyi dolgozók illetve a betegek és más a betegekkel kapcsolatba kerülő személyek közötti átvitelének megelőzése, a nosokomiális fertőzések kockázatának csökkentése.

2. A program megfelel az egészségügyi szolgáltató szervezet sajátosságainak, demográfiai, földrajzi elhelyezkedésének, szolgáltatásainak és a betegellátás szempontjainak.
3. Az inféktókontroll program a hatályos jogszabályokon, szakhatósági előírásokon, szakmai irányelveken, szakmai protokollokon, módszertani leveleken, és egyéb szabályozókon alapul.
4. A program megvalósul, felügyelt és értékelt.

## F.BEGY.16.1. standard

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet rendelkezik szakmailag független, tapasztalt szakemberrel, akinek megfelelő hatásköre van a higiénés és járványügyi megelőző és védelmi programok tervezésében, és a megvalósítás dokumentált ellenőrzésében.**

### F.BEGY.16.1. standard magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezet megfelelő tapasztalattal rendelkező személyt jelöl ki az inféktókontroll tevékenység irányítására, aki a jogszabályok és a szakhatósági előírások szerint rendszeresen felügyeli az intézmény közegészségügyi és járványügyi helyzetét. A tevékenységet dokumentálja, arról jelentésben számol be a felső vezetésnek, valamint a jogszabályokban meghatározott népegészségügyi szerveknek, és intézkedési tervet dolgoz ki az észlelt hiányosságok kiküszöbölésére, a fertőzésveszély csökkentésére.

### F.BEGY.16.1. standard felülvizsgálati szempontjai

1. Az egészségügyi szolgáltatónál van szakképzett, megfelelő hatáskörrel rendelkező higiénikus szakember és/vagy higiénés szolgálat.
2. A higiénikus szakember és/vagy szolgálat ellenőrző tevékenysége tervezett.
3. Létezik a feltárt hiányosságok megszüntetésére a felső vezetés által jóváhagyott intézkedési terv.
4. Az intézkedési terv végrehajtása ellenőrzött.

## F.BEGY.16.2. standard

**Az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza a fertőzési kockázattal társuló területeket, eljárásokat és beavatkozásokat, és intézkedéseket tesz a kockázatok csökkentésére.**

### F.BEGY.16.2. standard magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezetek számos egyszerű és komplex eljárás alkalmazásával vizsgálják és látják el a betegeket, ezek mindegyike bizonyos fertőzési kockázattal jár a betegre vagy a személyzetre nézve. Fontos az egészségügyi szolgáltató szervezet számára, hogy felülvizsgálja ezeket a folyamatokat, és amennyiben szükséges, életbe léptesse a szükséges eljárásokat, oktassa a munkatársakat a fertőzések kockázatának csökkentése érdekében.

### F.BEGY.16.2. standard felülvizsgálati szempontjai

1. A magas fertőzési kockázattal társuló folyamatok, tevékenységek dokumentáltan meghatározottak.
2. Eljárásokat valósítanak meg ezen folyamatok fertőzési kockázatának csökkentésére.
3. A munkatársak ismerik és alkalmazzák az eljárásokat.
4. Az eljárások magukba foglalják a kórházhiigiénés irányelveket is.

## F.BEGY.16.3. standard

A folyamatok biztonságos végrehajtása érdekében előírt anyagok, eszközök és védőfelszerelések rendelkezésre állnak és megfelelően alkalmazzák azokat.

### F.BEGY.16.3. standard magyarázata

Az egészségügyi szolgáltató szervezet biztosítja a nosokomiális fertőzések megelőzéséhez, az előforduló fertőzések terjedésének megakadályozásához és a kórházhiigiénés eljárások megvalósulásához a szakhatóság által jóváhagyott szükséges anyagokat, eszközöket és védőfelszereléseket. A munkatársakat oktatja ezek használatának helyes módjára.

**F.BEGY.16.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az inféktókontroll eljárások megvalósulásához szükséges anyagok, eszközök és védőfelszerelések rendelkezésre állnak.
2. A munkatársak oktatása dokumentált.
3. A védőfelszerelések rendeltetészerű alkalmazása felügyelt.

**F.BEGY.16.3.1 standard****A fertőtlenítő eljárások szabályozottak és dokumentáltak.****F. BEGY.16.3.1. standard magyarázata**

A betegellátás során alkalmazott fertőtlenítő eljárásokat a jogszabályok és a szakhatósági előírások szerint az egészségügyi szolgáltató szervezet szabályozza. Az elvárásokat és az előírásokat a tevékenységet végző munkatársak részére oktatják. Az eljárást megvalósítják és dokumentálják. A fertőtlenítő eljárásokat hatósági engedéllyel rendelkező szerekkel végzik a rezisztencia térkép figyelembe vételével.

**F. BEGY.16.3.1. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egészségügyi szolgáltató szervezet egészére, illetve különböző funkcióira meghatározták a fertőtlenítési eljárásokat és módszereket.
2. A fertőtlenítéshez a szakhatóság által engedélyezett és helyi higiénikus szakember által felügyelt, a helyi rezisztencia térképnek megfelelő fertőtlenítő szereket használnak.
3. Az alkalmazott fertőtlenítő szerek szakhatósági engedélyei, biztonsági adatlapjai az alkalmazás helyén rendelkezésre állnak.
4. A fertőtlenítő eljárásokat végző munkatársakat oktatják az alkalmazott eljárásokról, a fertőtlenítő szerek kezeléséről, biztonságtechnikájáról.
5. A kivitelezett fertőtlenítő eljárásokat a szabályozás szerint dokumentálják.

**F.BEGY.16.3.2. standard**

Az invazív beavatkozásokhoz szükséges steril eszközök az egészségügyi szolgáltató igényeinek

megfelelően biztosítottak és minden ilyen szolgáltatás a jogszabályi és szakmai előírásoknak megfelel.

**F. BEGY.16.3.2. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezetben végzett invazív beavatkozásokhoz használt eszközök sterilizálását biztosítani kell. A sterilizálás történhet a szervezetben, illetve más, hatósági engedéllyel rendelkező külső szolgáltató igénybe vételével. Az invazív beavatkozáshoz felhasznált eszközöknek meg kell felelniük az alábbi feltételeknek:

- az egyszer használatos eszközöket folyamatosan ellenőrzik a lejárat, tárolás és a csomagolás épségének megfelelőségére vonatkozóan,
- a sterilizálásra kerülő eszközöknél, orvosi kézi műszereknél a tételes nyilvántartás, nyomomon követhetőség valósuljon meg,
- az eszköz tisztításának, előfertőtlenítésének, sterilizálásának, szállításának folyamata szabályozott legyen,
- a sterilizálás folyamatát, a folyamat közben mért paramétereket (hőmérséklet, idő, nyomás) dokumentálják,
- a sterilizálás határfokát (indikátorok, tesztek alkalmazásával) minden esetben ellenőrzik,
- a sterilizáló készülékek, illetve a textíliát mosó mosodai gépek sterilizálási határfokát ellenőrzik a jogszabályban előírt gyakorisággal,
- a sterilizálási tesztek és biológiai próbák eredményeit dokumentálják és archiválják,
- a sterilizáló és fertőtlenítő berendezések jogszabály, szakhatóság által előírt időszakos határfok- és műszaki felülvizsgálatát és a karbantartást végezzék el és dokumentálják.

**F.BEGY.16.3.2. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. Az egyszer használatos steril eszközök között nem található lejárt felhasználhatósági idejű termék.
2. A sterilizálásra kerülő eszközök gyűjtésének, tisztításának, előfertőtlenítésének, sterilizálásának folyamata szabályozott és dokumentált.
3. A sterilizálás paramétereit figyelemmel kísérik és dokumentálják.
4. A sterilizáló, illetve eszköz- vagy textíliamosó készülékek, gépek üzemeltetése a jogszabályi és szakhatósági előírások szerint történik.

5. *Jogszabályban előírt rendszerességgel elvégzik és dokumentálják a sterilizáló berendezések hatásfok- és műszaki felülvizsgálatát és a karbantartást.*

## **F.BEGY.16.3.3. standard**

**A magas fertőzési kockázattal vagy incidenciával társuló területekről rendszeresen tenyésztési mintát gyűjtenek.**

### **F.BEGY.16.3.3. standard magyarázata**

Az infékcióntróll eljárások az egészségügyi szolgáltató szervezet magas fertőzési kockázattal vagy incidenciával társuló területeinek tenyésztési mintagyűjtésén alapulnak. Az infékcióntróll program magában foglalja e területek meghatározását, a rutinszerű mintagyűjtést és értékelést.

### **F.BEGY.16.3.3. standard felülvizsgálati szempontjai**

1. *Az egészségügyi szolgáltató szervezet meghatározza a mintagyűjtés területeit és gyakoriságát.*

2. *A mintákat rendszeresen gyűjtik, és az eredményeket értékelik.*
3. *Az eredmények ismeretében intézkedéseket hoznak.*

## **F.BEGY.16.4. standard**

**Az infékcióntróll eljárások az egészségügyi szolgáltató szervezet általános minőségfejlesztési programjaiba integráltak.**

### **F.BEGY.16.4. standard magyarázata**

Az egészségügyi szolgáltató szervezet monitorozásából származó információk segítségével fejlesztik az infékcióntróll tevékenységeket, hogy a lehető legalacsonyabbra csökkentse a nozokomiális fertőzések előfordulási arányát.

### **F.BEGY.16.4. standard felülvizsgálati szempontja**

1. *A minőségfejlesztési program része az infékcióntróll tevékenység.*

## **HUNGARIAN STANDARDS FOR HEALTHCARE PROVISION**

*In a notice published in issue 4, year LVII (21 February 2007) of the Health Sector Gazette the Ministry of Health has announced the publication of the Hungarian Standards for Healthcare Provision handbook (version 1.0).*

*The Hungarian Standards for Healthcare Provision (HSHP) handbook is a collection of requirements for evaluating the quality of healthcare services.*

*Drawing on this document, we have prepared a summary of certain key elements (details) of the HSHP, which will be serialised in consecutive issues of this journal, starting with this issue. The first article introduces the structure of the HSHP (its table of contents), the flowchart for inpatient healthcare provision, and a selection of standards pertaining to the provision of specialist inpatient care.*

*While we are aware that there is a great deal of interest among healthcare professionals in the HSHP as a whole, but unfortunately, owing to limitations of space, we are unable to print the full wording.*

*The parts that we have included are quoted verbatim from the text of the official publication.*

*The sections that we have included were selected with the aim of providing the best support we can for activities related to the controlling, monitoring and appraisal of nursing services provided within the health system.*

*In future issues we will devote column space to more of the standards (which we shall select taking into consideration the requests of our readers), as well as to essays by specialists regarding the practical application of the HSHP, suitable for use in workshops held with the aim of improving the quality of nursing, as well as in promoting the use of best nursing practices.*

*The quality of the professional activities of healthcare service providers can only be objectively judged and rated based on parameters that can be accurately measured and compared. The HSHP standards ensure that identical professional activities are rated according to a uniform set of criteria.*

*The handbook can be applied regardless of the given institution's form of operation. In other words it is equally effective in the case of both privately owned and municipality-run healthcare service providers.*

*The standards are suitable for use in the controlling, monitoring and appraisal of medical and administrative activities within the service provider's organisation, that is for internal audits, rating by third parties, and clinical audits. Another form of external quality assessment is certification, which can be based on either the ISO 9001:2000 standard, or the HSHP. Certification is performed by independent auditors, which are ideally accredited with the National Accreditation Organisation (NAT).*

*The formulated standards are primarily intended for use by the medical management and employees of the service providers, but its authors have worded it in terms that are also comprehensible to patients.*

*The standards specify the desirable professional criteria for healthcare provision, and are patient-oriented, treating the "provision of definitive care" as a priority target.*

*The structure of the handbook is based on the process of healthcare provision process, and, together with other systems applied within the health sector – e.g. MSZ EN ISO 9001:2001 or EFQM – provides support for the development of integrated quality management systems.*

*MEES is the culmination of an ongoing development process that commenced in 2000, and comprises the standards, definitions and review criteria for all levels of patient care, from primary to inpatient care. The handbook was prepared with the assistance of specialist advisors commissioned by the Ministry of Health.*

*The document will be updated regularly, at three-year intervals, in the course of which the necessary amendments will be incorporated into the regulations.*

# GRATULÁLUNK!

**2007. március 15-i nemzeti ünnepünk alkalmából az egészségügyi miniszter állami kitüntetésekkel adott át és szakmai elismeréseket adományozott**

**A Magyar Köztársaság Ezüst Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült:**

**Győrfi Pál**, az Országos Mentőszolgálat Főigazgatósága kommunikációs és PR vezetője

**A Magyar Köztársaság Bronz Érdemkereszt (polgári tagozat) állami kitüntetésben részesült:**

**Csemez Miklósné**, a Vas Megye és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky Kórháza, Egyetemi Oktatókórház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó Osztályának osztályvezető ápolója

**Több évtizeden keresztül végzett, kimagasló szakmai munkásságának elismeréséért Batthyány-Strattmann László Díj-ban részesült:**

**Sándor Józsefné**, a Budapest XII. kerület Hegyvidék Önkormányzata Felnőtt Háziiorvosi Rendelő körzeti ápolónője

**Pro Sanitate elismerésben részesült, kiemelkedő szakmai tevékenysége elismeréseként:**

**Adamkovits Sándorné**, a Budai Irgalmasrendi Kórház Közhasznú Társaság ápolási igazgatója

**Czerok Andrásné**, Hévízgyörk Község Önkormányzatának védőnője

**Fűrész Attiláné**, a Fejér Megyei Szent György Kórház Pszichiátriai Gondozó csoportvezető asszisztense

**Kiss Lászlóné**, a debreceni HYGIEIA-PANACEA 2000. Egészségügyi és Szolgáltató Betéti Társaság körzeti ápolónője

**Németh Zoltánné**, a Budapest XII. kerület Hegyvidék Önkormányzata GESZ Védőnői Szolgálat kerületi vezető védőnője

**Pál Gyuláné**, a Pécs Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények Igazgatósága védőnője

**Az Egészségügyi Miniszter Díszoklevele elismerésben részesült:**

**Belegrai Mihályné**, a móri Városi Kórház-Rendelőintézet Anaesthesiológiai Osztályának anaesthesiológiai asszisztense

**Miskolczi Csabáné**, a móri Városi Kórház-Rendelőintézet Vérellátás hematológiai asszisztense

**Pongrácz Jánosné**, a móri Városi Kórház-Rendelőintézet Laboratóriumának laboratóriumi asszisztense

**Sajgál Pálné** az Országos Gyógyintézeti Központ Központi Anaesthesiológiai és Intenzív Therápiás Osztály anaesthesiológiai szakasszisztense

**Ster Lászlóné**, a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház B. 6. számú Ápolási Egység megbízott ápolási egységvezetője

**Szatker Veronika**, a móri Városi Kórház-Rendelőintézet Központi Műtő vezető műtősnője

**Egészségügyi Miniszteri Dicséretben részesült:**

**Deákné Nagy Erika**, a Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza Gyógyszertár gyógyszerellátási szakasszisztense

**Horváth Mária**, a Vas Megye és Szombathely Megyei Jogú Város Markusovszky Kórháza, Egyetemi Oktatókórház Központi Laboratórium csoportvezető asszisztense

**Kocsiné Koper Éva**, a Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza Sebészeti Osztály gazdasági nővére

**Molnár Balászné**, a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház I. számú Belgyógyászati Osztály főnővére

**Móré Gáborné**, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Általános Orvostudományi Kar Kardiológiai Intézet Kardiológiai Klinika radiofarmakológiai szakasszisztense

**Pazdernyik János**, a Szent Rókus Kórház és Intézményei Rendelőintézet vezető asszisztense

**Szabó Lászlóné**, az Országos Gyógyintézeti Központ Sebészeti Osztály osztályvezető főnővére

## Szerzői útmutató

A NŐVÉR elsősorban olyan kéziratokat fogad el közlésre, melyek az ápolástudománnyal, az ápolás gyakorlatával, a képzéssel, az ápolásvezetéssel, az ápolás határterületeinek tudományos vizsgálatával, valamint minőségügyi és szakmapolitikai kérdésekkel foglalkoznak.

A Kiadó várja az ápolás szakterületein elméleti/gyakorlati tapasztalattal rendelkező kutatók, oktatók, gyakorlati szakemberek írásait.

A megjelenés kritériumai: eredetiség, minőség és a szélesebb olvasóközönség érdeklődése a téma iránt.

Az eredeti közlemények mellett a kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből esettanulmányokat, elméleti közleményeket, valamint olvasói hozzászólásokat is.

### Formai szempontok

#### Kérjük, hogy

##### • A kéziratot

- elektronikus szövegszerkesztési eljárással, Microsoft Word \*.doc vagy \*.rtf kiterjesztésben (rich text formátum) készítse el,
- 12-es betűméretű Times New Roman betűvel,
- 2-es sortávolsággal,
- minden oldalon 1,5 cm széles margóval szerkesztve,
- sorkizárással,
- a bekezdéseket csak „enter” válassza el, és a sorok ne kezdődjenek beljebb,
- szövegstílusként csak „normál” szöveget használjon (a címeteket és alcímeteket is így írja),
- ha decimális számozást alkalmaz, akkor csak 3 szintet használjon,
- ne legyen a szövegben oldaltörés, szakasztörés.

- A kézirat terjedelme ne haladja meg a 15 gépelt oldalt (ez nem foglalja magába az összefoglalót, az irodalomjegyzéket, a függeléket, valamint az ábrákat és a táblázatokat).

##### • Ábrák és táblázatok

- Word, Excel illetve PowerPoint programok segítségével egyaránt készülhetnek, \*.doc, \*.rtf, \*.xls vagy \*.ppt kiterjesztéssel,
- csak fekete-fehér változatban készüljenek (tekintettel arra, hogy a folyóirat jelenleg fekete-fehér nyomással jelenik meg),
- az ábrákat és táblázatokat ne illessze be a szövegbe, csak utaljon rájuk a megfelelő helyen,

- minden ábra és táblázat egyenként, külön-külön fájlban legyen elmentve,
- ügyeljen arra, hogy az ábrák és a táblázatok el legyenek nevezve, és a szövegben is legyen rájuk hivatkozás,
- a kézírathoz összesen legfeljebb 8 (nyolc) ábra és táblázat készüljön, ezek informatívak legyenek, és az adott téma szemléltetését, könnyebb megértését szolgálják.

##### • A kézirat (formai) szerkezete:

- Általában
  - címlap,
  - összefoglaló,
  - a cikk kézírata,
  - irodalomjegyzék,
  - függelék,
  - ábrák, táblázatok.

- Az **eredeti közlemény** az alábbi szerkezetet kövesse:

- címlap,
- összefoglaló
- a probléma ismertetése,
- elméleti háttér és felhasznált fogalmak,
- a vizsgálat célja,
- vizsgálati módszerek és minta,
- eredmények, megbeszélés,
- következtetések/javaslatok,
- irodalomjegyzék,
- függelék,
- ábrák, táblázatok.

- **A címlapon** kérjük feltüntetni az írás címét, a szerző(k) nevét, beosztását, munkahelyét, valamint telefonszámát és e-mail elérhetőségét (az utóbbiakat azért, hogy a szerkesztőség kapcsolatba léphessen a szerzővel)

- **Az összefoglaló** külön oldalra készüljön, maximum 150 szó terjedelemben. *Eredeti közlemény estében az összefoglaló az alábbi szerkezetet kövesse: a vizsgálat célja, vizsgálati módszerek és minta, eredmények, következtetések.*

- **Az irodalomjegyzék** külön file-ban készüljön, alfabetikus sorrendben, számozva kérjük elrendezni.

- Az alábbi **hivatkozási formák** használandók az irodalomjegyzék elkészítésekor:

#### 1. Hivatkozás folyóirat-közleményre:

[szerző] [kiadás éve]. [a közlés címe]. [folyóirat, ahol megjelent], [évfolyam], [szám] [oldal].

## **Például:**

**Marosvári, É.** (2006). A lélegeztetett beteg gyermek ápolásának súlyponti kérdései. *Nővér*, 19, 4, 3-9.

## 2. Hivatkozás könyvből (-re):

[szerző] [a kiadás éve]. [a könyv címe]. [kiadó], [a kiadás helye], [a hivatkozás oldalszáma].

### **vagy**

[a szerkesztő neve, utána „(szerk)” megjelölés] [a kiadás éve]. [a könyv címe]. [kiadó], [a kiadás helye], [a hivatkozás oldalszáma].

## **Például:**

**Kovács, J.** (1999). A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 170-179.

### **vagy**

**Buda, B., Kopp, M.** (szerk) (2001) Magatartás-tudományok. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 269-277.

#### – Általános szabály

- a szerző nevét az alábbiak szerint kell írni: vezetéknev után vessző, a keresztnév kezdőbetűje után kitett pont
- két vagy három szerző esetében a szerzők nevét vesszővel kell egymástól elválasztani
- háromnál több szerző esetében a neveket nem kell felsorolni, hanem az első szerző neve után az „et al.” (és mások) megjelölést kell alkalmazni.

– Irodalmi hivatkozásként maximum 25 tétel adható meg.

– Az egyes szerzőkre való hivatkozást a szövegben is fel kell tüntetni. Ha ugyanahhoz a hivatkozáshoz több szerző is tartozik, a szerzőket alfabetikus sorrendben kell felsorolni.

## **Hova küldje kéziratát?**

- Az írást szerkesztőségünkbe CD-n, 3,5"-es floppy lemezen (NŐVÉR Szerkesztőség, MESZK, 1458 Budapest, Pf.: 74.) vagy e-mail útján juttassa el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre.
- Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton) „Szerzői nyilatkozat”-ot is. Ennek két változata van (egy szerzős kézirat és több szerzős kézirat), honlapunkon ([www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)) a NŐVÉR menüpont alatt mindkettő megtalálható és letölthető.

- A beküldött kézirattal kapcsolatban tájékoztatást kérhet a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címen, vagy a (06-1) 323-2070-es telefonszámon Horváth Mónika szerkesztőségi titkártól.

## **Mi történik a kézirattal?**

- A formai követelményeknek nem megfelelő írást (tartalmi értékelés nélkül) visszaküldjük a szerzőnek átdolgozásra.
- A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá.
- A kéziratról a bíráló(k) véleményének figyelembe vételével a Szerkesztőbizottság dönt az alábbiak szerint:
  - elfogadja közlésre,
  - javításokat, korrekciókat javasol, és ezek megtörténte esetén elfogadja közlésre,
  - a javítások, korrekciók után megismételi a bírálatási eljárást,
  - nem fogadja el közlésre.
- A szerzőt a szerkesztőség értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.
- Az elfogadott cikk felhasználója a NŐVÉR című folyóirat lesz.
- A NŐVÉR cikkei bekerülnek a CINAHL nemzetközi ápolástudományi adatbázisba.

## **Szerkesztőségi és kiadói kitételek**

- A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.
- A cikkeken megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

## **Szerzői jog és másolás**

- Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi cikk közlési joga a Kiadót illeti.
- A megjelent anyagnak - vagy részének - bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához a kiadó írásos hozzájárulása szükséges.
- A cikket más lapban leközölni, ismételt megjelentetni csak a kiadó engedélyével, a lapra történő hivatkozással lehet ("Megjelent a NŐVÉR ... év., ... számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.")

