

# NŐVÉR



AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA  
Tudományos és továbbképző szakfolyóirat

Scientific and educational journal  
OF NURSING THEORY AND PRACTICE

2019. 32. ÉVFOLYAM 3. SZÁM

A TARTALOMBÓL:

A postoperatív fájdalom menedzsment helyzete  
napjainkban Magyarországon 2. rész

Az ápolók szerepe és feladatai a korai sepszis  
menedzsmentben



<http://www.meszk.hu/nover>



# Jelenleg elérhető ingyenes E-továbbképzések 2019-ben is!



## 1. Aktualitások a védőoltások rendszerében (SZTK-A-29469/2019)

Pontérték: 20

Az alábbi szakmacsoportok vehetik igénybe:

- felnőttápolás és gondozás
- gyermekápolás és gondozás
- gyógyszerértári ellátás
- szülészeti ellátás
- védőnői ellátás
- közegészségügy és népegészségügy

## 2. Újraélesztés újragondolva (SZTK-A-29464/2019)

Pontérték: 16

Az alábbi szakmacsoportok vehetik igénybe:

- felnőttápolás és gondozás
- sürgősségi ellátás
- gyermekápolás és gondozás
- laboratóriumi diagnosztika
- képi diagnosztika
- általános és elektrofiziológiai asszesztencia
- fogászati ellátás
- szülészeti ellátás
- gyógyszerértári ellátás
- mozgásterápia és fizioterápia
- műtéteti ellátás
- szülészeti ellátás
- védőnői ellátás
- közegészségügy és népegészségügy
- egészségügyi menedzsment
- rehabilitációs és életvezetést támogató
- diétetika
- természetgyógyászat

**HOZZÁFÉRÉS A TANAGYAGOKHOZ:**

[www.meszk.hu/szabadon választható továbbképzések/e-továbbképzés](http://www.meszk.hu/szabadon_vlaszthato_tovabbkepzesek/e-tovabbkepzes)

# NŐVÉR

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA/  
A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével/  
With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Nővér, 2019;32(3):1-40.

## TARTALOMJEGYZÉK

### ÁPOLÁSTÖRTÉNET

A múlt megértése segíthet a jövő alkotásában  
(Hogyan volt, van, és hogyan tovább: „orvosi ténykedések  
és ápolás”)..... 3  
*Sövényi Ferencné*

### EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

A postoperatív fájdalom menedzsment helyzete  
napjainkban Magyarországon 2. rész ..... 15  
*Lovasi Orsolya, Dr. Lám Judit*

### ÁPOLÁS GYAKORLATA

Az ápolók szerepe és feladatai a korai sepszis  
menedzsmentben ..... 21  
*Váradí Annamária, Fehér Gábor, Fömötör Péter*

### ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Ápolók kompetenciái a megelőző kardiológiai ellátásban ..... 27  
*Ivana Chloubová, Prof. PhDr. Valérie Tóthová*

### KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Az ápolók hatáskörének és jogkörének szabályozása  
a szlovákiai egészségügyben ..... 32  
*Prof. PhDr. Kilíková Mária Phd, Hřindová Tatiana, Červený Martin*

### KITEKINTÉS

Egészségügyi alapellátási szakemberek  
tanácskoztak Pécsen – Beszámoló a III. Országos  
Alapellátási Konferenciáról ..... 39  
*Dr. Hirdi Henriett Éva, Lukács Miklós, Szekeresné Izsák Margit,  
Dr. Balogh Zoltán*

## CONTENTS

### HISTORY OF NURSING

Understanding the past may help to shape the future  
(“Medical tasks, delegation and nursing” – the past,  
present and the way forward) ..... 3  
*Ferencné Sövényi*

### ORIGINAL CONTRIBUTION, CONTINUING EDUCATION

Postoperative pain management today  
in Hungary Part 2. .... 15  
*Orsolya Lovasi, Judit Lám*

### NURSING IN PRACTICE

The role of nurses and their tasks in early sepsis  
management ..... 21  
*Annamária Váradí, Gábor Fehér, Péter Fömötör*

### REVIEW ARTICLE

Nurses’ competences in preventive cardiology ..... 27  
*Ivana Chloubová, Prof. PhDr. Valérie Tóthová*

### NURSING EDUCATION

Regulation of the Legal and Extent Competence for  
Nurse’s at Healthcare in Slovakia ..... 32  
*Prof. PhDr. Kilíková Mária Phd, Hřindová Tatiana, Červený Martin*

### OUTLOOK

Primary Health Care experts and practitioners  
discussed in Pécs – 3rd National Conference  
on Primary Health Care. .... 39  
*Henriett Éva Hirdi, Miklós Lukács, Margit Szekeresné Izsák,  
Zoltán Balogh*

A Nővérben megjelent eredeti közleményeket a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori Programja és a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolája elismeri és beszámítja, az EBSCO Discovery Service nemzetközi adatbázis indexeli.

## KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NŐVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényű írással megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét és pontszerző továbbképzési kötelezettségének teljesítését is elősegítse. A NŐVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelő képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

**Kiadja:** Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara.  
**Felelős kiadó:** Dr. Balogh Zoltán (PhD). **Terjeszti:** MESZK 1087  
Budapest, Könyves Kálmán krt. 76. (1450 Budapest, Pf. 214.)  
Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079.

**A kiadvány megjelenését gondozza:**

LITERATURA  MEDICA  
1880 1990

**LifeTime Media Kft. egészségügyi divíziója**

**Nyomdai munka:** Vargé Hungary Kft. **Felelős vezető:** Egyed Márton  
ügyvezető igazgató. **ISSN szám:** 0864-7003  
Terjeszti a Magyar Posta Zrt.

**Postacím:** 1900 Budapest

A folyóirat alapítója és 19 évig (2006. december 31.) kiadója az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, melynek jogelődje az Országos Egészségügyi (Orvostudományi) Információs Intézet és Könyvtár.

**Főszerkesztő/editor-in-Chief**

Dr. Hirdi Henriett Éva (PhD)

**szerkesztők/editors**

Dr. Németh Anikó (PhD)

Dr. Papp Katalin (PhD)

**szerkesztőbizottság/editorial board**

Prof. Dr. Betlehem József (PhD)

Dr. Oláh András (PhD)

Dr. Pápai Tibor (PhD)

Dr. Rajki Veronika (PhD)

Szobota Livia

**szakértők/experts**

Arany Ida

Jakab Judit

Dr. Papp László (PhD)

Tóth Andrea

Dr. Tulkán Ibolya (PhD)

**tanácsadó testület/advisory board**

Boldogné Csurik Magdolna

Dr. Fedineczné Vittay Katalin

Dr. Helembai Kornélia (PhD)

Prof. Dr. OiSaeng Hong (PhD)

Prof. Dr. Kovács L. Gábor (PhD)

Mészáros Magdolna

Sövényi Ferencné

Tóth Ibolya

Prof. PhDr. Valérie Tóthova (PhD)

Dr. Velkey György

**Lapunkat rendszeresen  
szemlézi a megújult**



**www.observer.hu**

**NŐVÉR****AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA**

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 szakpolitikai 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.

A Kiadó szívesen fogad az ápolás és határterületei tárgyköréből eredeti közleményeket, összefoglaló közleményeket, összegző elemzéseket, esettanulmányokat, egyéb elméleti közleményeket, előzetes-, valamint sürgős közleményeket, továbbá tudományos leveleket, olvasói hozzászólásokat is.

A részletes, szerzőinknek szóló útmutatót, megtalálhatják a MESZK honlapján (<http://www.meszk.hu>).

A kéziratot szerkesztőségünkbe e-mail útján juttassák el a [nover@meszk.hu](mailto:nover@meszk.hu) címre. Kérjük, hogy egyidejűleg küldjön a szerkesztőség címére (nyomtatásban, aláírva, postai úton a MESZK, 1450 Budapest, Pf. 74. címre) „Szerzői nyilatkozat”-ot is.

A formai szempontból megfelelő kéziratokat névtelenül (esetenként ismételt) szakmai bírálatásnak vetjük alá, melyet független szakértők végeznek. A szerzőt a szerkesztőség írásban értesíti a Szerkesztőbizottság döntéséről, de nem indokolja azt.

A szerkesztőség a beérkezett kéziratokkal (elfogadott vagy nem elfogadott) kapcsolatosan biztosítja az érintetteknek vonatkozóan a titkosság elvét: a szerzői jog védelmét, valamint ha a szakértő(k) – ha másként nem rendelkeznek – személyének titkosságát.

A szerkesztőség fenntartja a kéziratok megjelentetésének idejére, illetve a folyóirat stílusának megfelelő módosítások végrehajtására vonatkozó döntés jogát.

A benyújtott kézirat nem tartalmazhat korábban már megjelent, vagy korábban benyújtott, de elbírálás alatt lévő, vagy elfogadott, de megjelenés előtt álló kéziratrészt.

A cikkekben megfogalmazott vélemény a szerző sajátja, és nem feltétlenül esik egybe a szerkesztőség/kiadó álláspontjával.

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.

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Henriett Éva Hirdi PhD. Editors: Anikó Németh PhD, Katalin Papp PhD. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungary with English summaries. The Journal also offers continuing education credits in every issue. Editorial office: PoB 214., H-1450 Budapest, Hungary. This Journal is peer-reviewed and indexed in EBSCO CINAHL. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Mátésné Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

ÁPOLÁSTÖRTÉNET

# A múlt megértése segíthet a jövő alkotásában

## (Hogyan volt, van, és hogyan tovább: „orvosi ténykedések és ápolás”)

SÖVÉNYI Ferencné

### ÖSSZEFOGLALÁS

A magyar ápolás történetében van egy olyan vonulat, amivel sokszor foglalkoztunk, de sohasem elég mélyen. Nevezetesen az orvoslás és ápolás „bizonyos vonatkozású” jogi szabályozása a huszadik század közepétől napjainkig. A fellángolások egyrészt a jogszabályok módosulásai, másrészt az ápolóképzés változásai alkalmából kerültek napirendre.

Understanding the past may help to shape the future  
(‘Medical tasks, delegation and nursing’ – the past, present and the way forward)  
Ferencné SÖVÉNYI

### SUMMARY

The history of nursing in Hungary has an aspect that has often been addressed but never looked into to the required depth and detail. This aspect concerns the regulation by law of certain specific relations between medicine and nursing from the mid-twentieth century to date. This issue has now come to the fore due partly to amendments to the legal framework and partly to changes in nursing education.

SÖVÉNYI Ferencné

Levelező szerző  
(correspondent):  
SÖVÉNYI Ferencné;  
e-mail:  
sovenyi.ferencne@chello.hu

Beérkezett: 2019. június 7.  
Elfogadva: 2019. június 11.

„Minél messzebbre nézel hátra,  
Annál távolabb látsz előre”  
(Sir Winston Churchill)

## I. rész

### Az első egészségügyi törvény megjelenését követő időszak

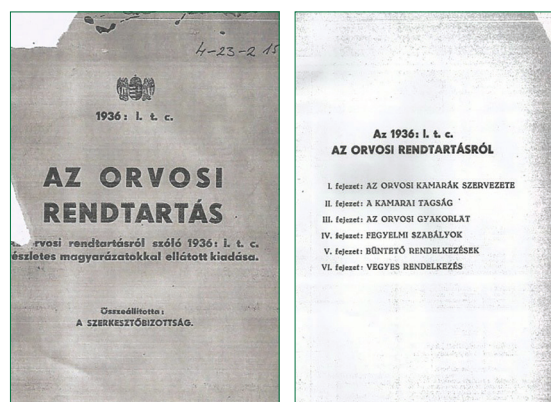
Kezdjük egy kis történelemmel. Sok fejlett országot is megelőzve 1876. április 3-án nyert szentesítést – az első egészségügyi törvényünk – a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk, amely közel egy évszázadig hatályos volt. A törvény sorai között ápolókról többek között ezt olvashatunk: „62.§ Minden köz- és magánkórháznak és gyógyintézetnek megfelelő számú orvossal és ápolóval kell ellátva lenni.....

66.§ ....A gyógyczélok elérésére meghatározott számban alkalmazott ápolót és... szolgaszemélyzetet az igazgató főorvos fogadja fel és bocsátja el.”

Az első Orvosi Rendtartás a törvény után hat évtizeddel később került kiadásra (1936. évi I. törvénycikk). (1. ábra) A Rendtartás az orvosi kamarák

szervezetét, a kamarai tagságot, az orvosi gyakorlatot, a fegyelmi szabályokat, büntető rendelkezéseket szabályozza. Hatálya csak az orvosokra terjed ki. Ez a törvénycikk az adott történelmi körülmények miatt viszonylag rövid életű volt.

1. ábra: 1936. évi I. törvénycikk az orvosi rendtartásról (Forrás: OKI Könyvtár)



A második világháború után felgyorsult jogalkotás „eredményeképpen” számtalan jogszabályt hatályon kívül helyeztek, beleértve az előzőleg említett Orvosi Rendtartásról szóló jogszabályokat is. Ezt

követően az új Orvosi Rendtartás megjelenéséig, másfél évtizedig tartó ún. „*ex-lex*” állapot alakult ki. Idézzünk fel néhány történelmi tény, mi történt ezen idő alatt:

- 1944. december 21-én Debrecenben összeült az Ideiglenes Nemzetgyűlés és megalakította az Ideiglenes Kormányt, kinevezte a Kormány tagjait, közöttük a népjóléti minisztert is. A Népjóléti Minisztérium hatáskörébe sorolták az addig különböző minisztériumok illetékességi körébe tartozó egészségügyi-, és szociálpolitikai feladatokat.

- Az önálló Egészségügyi Minisztérium létrejöttéig három népjóléti miniszter (Dr. Molnár Erik, Olt Károly és Ratkó Anna) látta el – a Népjóléti Minisztérium keretei között – az egészségügy irányítási feladatait is.

- *Dr. Molnár Erik* népjóléti miniszter – „*sürgettetéssel*” a még akkor is hatályban lévő *1876. évi XIV. tc., 167.§-ban foglalt felhatalmazás alapján* – 1946. június 17-én hirdette ki 5.800/1946. NM. számú rendeletét az általános betegápolási szakképesítésről. Még ma is „*míves*” munkaként említhetjük. A feladatot – mint később a résztvevőknek is világossá vált – elsősorban az sürgette, hogy ahol nem világi ápolók látták el az ápolási feladatokat, ott minél előbb felkészülhessenek a rendi ápolók leváltására és a rendből kilépett ápolók alkalmazására.

- Az első miniszterek nem voltak egészségügyi szakemberek, ezért nagymértékben támaszkodtak Dr. Weil Emil orvos vezetésével már 1945 januárjában megalakult Magyar Orvosok Szabad Szakszervezete (MOSZSZ) és Magyar Egészségügyi Alkalmazottak Szabad Szakszervezete (MEASZSZ) munkájára. Közben már napirenden volt egy önálló, és csak az egészségügyet irányító minisztérium létesítése iránti igény, de erre csak az 1947. évi Alkotmány módosítása során nyílt lehetőség. Itt került deklarálásra egy önálló Egészségügyi Minisztérium létesítése.

- Erre az időszakra esik „*Magyarország 3 éves terve*”, mint a háború után a gazdaság valamennyi területének – beleértve az egészségügyet is – újjáépítés programja. Ezzel megkezdődött az egészségügyben is a „*terveződés*” elindítása, benne a teljes jogi újra szabályozása.

- Végül Magyarországon az egészségügy önálló minisztériumot először 1950.12.16-án az Egészségügyi Minisztérium létesítésével kapott. Mondhatjuk azt is, hogy akkor ez volt az „*egészségügy karácsonyi ajándéka*”. Az első egészségügyi miniszteri kinevezés nem orvosnak, hanem az akkori népjóléti miniszterből lett Ratkó Annának adatott meg, és mint egészségügyi miniszter (1950.12.16. – 1953.04.18.) még közel két és fél évig látta el a minisztérium, és ennek keretében az egészségügy valamennyi területének szervezését, irányítását (Sövényiné, 2015).

A tények között fontos megemlíteni – amiről ma már kevés szó esik –, hogy Ratkó Anna miniszter 3410/Sz/11-23/1950. számú rendeletével 1950-ben hagyta jóvá – a mintegy negyed évszázadig hatályos –, „*Kórházak Működési Szabályzatát*”. Itt már az egészségügyi személyzetre vonatkozóan részletesebben is történt rendelkezés: „*Az egészségügyi szakszemélyzet közvetlen fölöttese az osztályvezető főorvos, azonban adott esetben az intézet minden intézkedésre illetékes orvosának utasításait követni tartozik. Az ápolási munka, tisztaság, rend tekintetében a szakszemélyzet felett a kórház vezető ápolónő (vezető ápolónő, ápolónő) gyakorol felügyeletet.*”

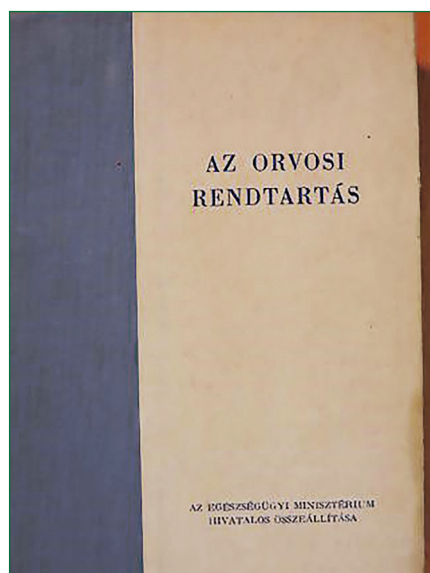
A rendelet egészségügyi szakszemélyzet tagozódását a következők szerint rögzítette:

- kórház vezető ápolónő,
- osztályvezető ápolónő (ápoló),
- műtősök,
- ápolószemélyzet,
- diétásnővérek,
- laboratóriumi, röntgen, fizioterápiás asszisztensek és technikusok,
- boncsegédek,
- beteghordók.

A jogszabály csak munkaszervezési, gazdasági, leltári és adminisztratív felelősségről szól. Az ápoló személyzet „*szakmai és egyéb felelősségi*” kérdéseivel viszont alig vagy egyáltalán nem foglalkozott (Kórházak Működési Szabályzata, 1950).

Az első orvos egészségügyi miniszter Dr. Zsoldos Sándor volt (1953.04.18. – 1955.02.01.). Ezen, viszonylag rövid idő alatt az egészségügy valamennyi területére az új jogszabályok sokasága került kiadás-

**2. ábra:** 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet az orvosi rendtartásról. Egészségügyi Minisztérium, 1961 (Forrás: OKI Könyvtár)



**3. ábra:** Az első Orvosi Rendtartás és a végrehajtását szolgáló jogszabályok. „A csomag, amelynek szelleme még mindig kísért” (Szerkesztette: Sövényiné, 2019)

<b>HÁT ÍGY KEZDŐDÖTT.....</b>	
<p style="text-align: center;"><b>A Népköztársaság Elnöki Tanácsának 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelete az orvosi rendtartásról.</b></p>	<p style="text-align: center;">A Magyar Forradalmi Munkás-Paraszti Kormány 51/1959. (XII. 31.) számú rendelete az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet <u>hatálybaléptetéséről</u> és <u>végrehajtásával</u> kapcsolatos egyes rendelkezésekről.</p>
<p style="text-align: center;">Az egészségügyi miniszter 8/1959. (XII. 31.) Eü. M. számú rendelete az orvosi rendtartásról szóló 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet, valamint az annak hatálybaléptetéséről szóló 51/1959. (XII. 31.) Korm. számú rendelet végrehajtásáról.</p>	
<p style="text-align: center;"><b>1/1960. (EÜ.K. jan. rk.) Eü. M. sz. utasítása az orvosi rendtartás végrehajtásával kapcsolatos eljárási szabályokról (3 sz. melléklet).</b> Módosító: 22/1967. (Eü.K. 17.) és 61/1968. (Eü. K. 22.) EüM sz. utasítás.</p>	

**4. ábra:** Az orvosi tevékenység meghatározása (1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet)

**b) Az orvosi tevékenység meghatározása**

**Tvr. 2. §. (1) A jelen törvényerejű rendelet alkalmazása szempontjából orvosi tevékenység az orvosnak gyógyító-megelőző ténykedése, valamint a közegészségügyi-járványügyi feladatok megvalósítása érdekében kifejtett munkája.**

**(2) Az orvosnak elő kell segítenie a szocialista egészségügy követelményeinek megvalósítását és a dolgozók magas színvonalú egészségügyi ellátásának biztosítását.**

*MEGJEGYZÉS. A Tvr. 1. és 15. §-a, valamint a Vhr. 14. §-ának (2) bekezdése értelmében orvosi tevékenység az orvosnak az egészségügyi szervezési, valamint minden más — orvosi oklevélhez kötött — munkakörben kifejtett munkája is.*

**5. ábra:** Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben meghatározott „Egyéb egészségügyi ellátások” (Szerkesztette: Sövényiné, 2019)

- **Ügyeleti ellátás**
- **Mentés**
- **Betegszállítás**
- **Taktikai medicina**
- **Ápolás**
- **Egyes különleges ellátási igényt kielégítő egészségügyi szolgáltatások**
- **A haldokló beteg gondozása**
- **Rehabilitáció**
- **Orvostechnikai eszközellátás**
- **Gyógyszerellátás**
- **Pszichoterápia és klinikai szakpszichológia**
- **A nem-konvencionális eljárások**
- **Egyéb gyógyászati ellátások**
- **Az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység**

ra, vagy a meglévők módosítására. A következő három egészségügyi miniszter „forradalmi időszakban” (1955.02.19.–1957.02.28.) viszonylag rövid ideig, szinte hónapokig, vagy éppen csak napokig működött.

Az első hosszabb ideig regnáló Dr. Doleschall Frigyes 1957.03.01-től mintegy hét éven keresztül irányította az egészségügyet. Minisztersége alatt készült el, és került kiadásra a második világháború után, az **első Orvosi Rendtartás** és a végrehajtását szolgáló jogszabályok. Ezzel megszűnt az előzőekben említett, hosszú ideig tartó „ex-lex” állapot. **(2. ábra)**

A **3. ábrán** látható négy joganyag rakta le az alapjait a „*ma is kísértő*”, jogszabályokban megjelent próbálkozásoknak. A 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet az „*orvosi tevékenységet*” – igen tág határok között – a **4. ábrán** látható módon határozta meg. A jogszabály gyakorlatilag a *gyógyító-megelőző ténykedéseket*, mind *orvosi tevékenységként* nevesíti.

Ez a gondolkodás még ma is kísért, ezt tükrözi vissza a következő megállapítás: „*A magyar egészségügy orvos-centrikus mivoltából adódik, hogy gyakran elfelejtik, még a jogalkotók is, hogy az egészségügy nem kizárólag az orvostársadalom egészét jelenti, pedig elég volna átlapozni az egészségügyi törvényt.*” (Kovácsy, 2008).

Legalább most mi lapozzuk fel a jelenleg hatályos, 1997. évi CLIV. törvényt az egészségügyről, ahol a 4. Cím alatt az Egyéb egészségügyi ellátásokat szabályozza (93.§ - 106.§). Tehát az orvosi ellátások mellett ma már egyéb ellátások is szerves részét képezik az egészségügyi ellátásnak. **(5. ábra)**

Ide kívánczik még Dr. Kapocsi Erzsébet Orvosi hivatás és hivatás-etika a XX.–XXI. században című PhD. értekezésében

**6. ábra:** Az orvosi oklevéllel nem rendelkezők általi tevékenység szabályozása (1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet)

**19. §.** Az orvosi tevékenység körébe tartozó egyes ténykedéseket orvosi oklevéllel nem rendelkező személyek is végezhetnek. Ezeknek a személyeknek a körét, valamint az általuk kifejtendő ténykedéseket az egészségügyi miniszter rendelettel állapítja meg.

**7. ábra:** Az orvosi tevékenység körébe tartozó egyes ténykedéseknek orvosi oklevéllel nem rendelkező személyek részéről történő szabályozott végzése (8/1959. (XII. 31.) Eü. M. számú rendelete)

3. AZ ORVOSI TEVEKENYSÉG KÖRÉBE TARTOZÓ EGYES TÉNYKEDÉSEKNEK ORVOSI OKLEVÉLLEL NEM RENDELKEZŐ SZEMÉLYEK RÉSZÉRŐL TÖRTÉNO VÉGZÉSE	
<p>Vhr. 47. §. (1) Az orvos a hozzá beosztott szakképzett egészségügyi dolgozót — a (3) bekezdésben megállapított feltételek mellett — megbízza az egészségügyi miniszter által külön utasítással megállapított ténykedések közül azoknak az elvégzésével, amelyek különben az orvos feladatkörébe tartoznak.</p> <p>(2) Az orvos a hozzá beosztott szakképzett egészségügyi dolgozót — a (3) bekezdésben megállapított feltételek mellett — olyan egyéb ténykedések elvégzésével is megbízza, amelyről a szakmai felelősség, valamint a ténykedés elvégzéséhez fűződő szakmai követelmények nem nagyobbak, mint az (1) bekezdésben említett utasítással megállapított ténykedéseknél.</p> <p>(3) Az orvos a hozzá beosztott szakképzett egészségügyi dolgozót az előző bekezdésekben említett ténykedések közül is csak olyan ténykedés elvégzésével bízhatja meg, amelynek elvégzésére elméletileg és gyakorlatilag kiképezte, illetőleg amely ténykedéssel kapcsolatban az egészségügyi dolgozó elméleti és gyakorlati tudását megvizsgálta és megállapította, hogy annak elvégzésére mind a képzettsége, mind a rátermettsége alapján alkalmas. A megbízás megadása előtt az egészségügyi dolgozó elméleti és gyakorlati tudását abban az esetben is ellenőrizni kell, ha az egészségügyi dolgozó más munkahelyen azonos ténykedést már végzett.</p> <p>(4) A megbízást adó orvos fegyelmi és büntetőjogilag felelős azért, hogy az egészségügyi dolgozó alkalmas annak a ténykedésnek elvégzésére, amelyre megbízást adott.</p> <p>(5) A beosztott szakképzett egészségügyi dolgozó részére a megbízást írásban kell megadni. A megbízás megadásával egyidejűleg az orvos köteles az egészségügyi dolgozót a ténykedés elvégzésével kapcsolatos fegyelmi és büntetőjogi felelősségére kiiktatni.</p> <p>Vhr. 48. §. (1) Az egészségügyi dolgozó az orvosi tevékenység körébe tartozó ténykedések közül csak azt végezheti, amelynek elvégzésére a Vhr. 47. §-a alapján megbízást kapott. Ezt a ténykedést is csak a munkahelyén és ott is csak az orvos által megadott rendelkezések, illetőleg szempontok szerint végezheti. A ténykedés helyes elvégzéséért az egészségügyi dolgozó személyében felelős.</p> <p>(2) Ha az egészségügyi dolgozót más munkahelyre helyezik át vagy más munkahelyen lép munkaviszonyba, az újabb munkahelyén csak akkor végezhet az orvosi tevékenység körébe tartozó ténykedést, ha erre a Vhr. 47. §-a alapján újból megbízást kap és csak olyan ténykedést végezhet, amelyre a megbízás szól.</p> <p>Vhr. 49. §. A közegészségügyi-járványügyi ellenőrök a működési szabályzatukban meghatározott ténykedéseket végezhetik a szabályzatban megállapított rendelkezések szerint.</p>	<p>99</p>

tett egyik megállapítás: „... a medicina az emberi lét olyan területeit is a maga hatáskörébe vonja, amelyek hagyományosan nem tartoztak oda: a terhesség, a születés, a kisgyermekkor, az időskor, valamint a halál és halál-doklás időszaka egyaránt orvosilag ellenőrizendő élet-

szakaszokká váltak. A korábban devianciaként számon tartott magatartásformákat (alkoholizmus, drogozás, dohányzás, öngyilkosság, játékszenvedély) betegségeknek nyilvánítják, az életfolyamatokból adódó természetes változásokat (serdülőkor, klimax, gyász) krízishelyzetként definiálják, és orvosi problémaként kezelik.” (Kapocsi, 2004)

Kis kitérőnk után térjünk vissza a történetünk időrendjéhez. Az előzőekben már említett másfél évtizedes „ex-lex” állapot alatt „jogi beavatkozás nélkül” is működött az egészségügyi ellátás. Valójában a jog ezt a gyakorlatot öntötte paragrafusokba. A jogalkotók és egészségpolitikusok között már akkor is akadtak olyanok is, akik felismerték azt, hogy a „medikalizálódott” tevékenységek nem mindegyike csak orvosi tevékenység vagy feladat. Ezt a gondolkodást tükrözte vissza az 1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet 19.§-a, mely kimondta: „Az orvosi tevékenység körébe tartozó egyes ténykedéseket orvosi oklevéllel nem rendelkező személyek is végezhetnek”. (6. ábra) A Vhr. szabályozta a részletes szabályait és eljárási rendjét annak, hogy ha az orvosi tevékenység körébe tartozó egyes ténykedéseket olyan személyek végezték, akik orvosi oklevéllel nem rendelkeztek. (7. ábra)

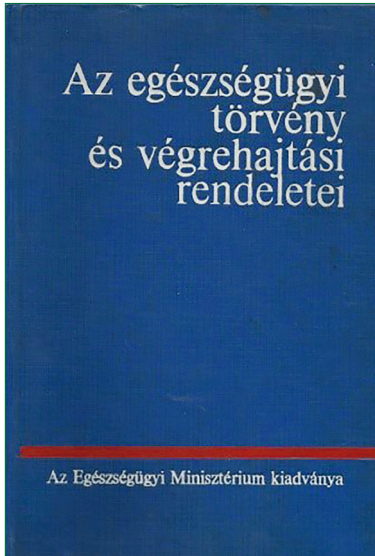
Az egészségügyi szakdolgozók szakmai tevékenységének maximumát, az általuk – megbízás alapján – végezhető egyes orvosi ténykedések körét az 1/1960.jan.rk. Eü. M. sz. utasítás és azt módosító 61/1968. Eü. M. sz. utasítás rögzítette. Az utasítás 3. számú melléklete felsorolt nyolc „szolgálatot” és szolgálatonként megnevezett szakképesítéssel rendelkezőket, akik – a miniszteri utasításban tételesen felsorolt – orvosi ténykedéssel megbízhatók. Az önállóan végezhető ténykedések köre igen széles volt, pl. vérvétel, injekciózás, altatás, műtétnél másodszisztenszi ténykedések, bőrvarrat, sebkapocs alkalmazás. Ugyanakkor az orvosi megbízás csak a konkrét munkahelyre volt érvényes. Egy adott kórház másik osztályán újabb megbízást kellett kiadni. Az ilyen típusú engedélyt ma „lokális licenc”-nek nevezhetjük. Én akkor már végzett ápolóként dolgoztam az Orvostovábbképző Intézet II. Belgyógyászati osztályán. Kezdetben gyűjtöttük az engedélyeket, később már szinte mindenki – orvos és ápoló – megfeledezett ezekről.

A Vhr. 47.-49.§-ai adták a keretet a megbízási eljáráshoz és meghatározták a felelősségi köröket. Elsősorban a fegyelmi- és etikai felelősség területén érte kritika az akkor új jogi szabályozást. Felvetődött egy „Középkáder Rendtartás” kibocsátásának gondolata, de ez nem történt meg. (Megjegyzés: A „középkáder” fogalmat, – amelyet egyesek néha még ma is használnak, – a német nyelvből átvett, „mittlere medizinische Kader” fordítása honosította meg.)

## A második egészségügyi törvény megjelenését követő időszak

A magyar egészségügy történetében *második törvényként* tartjuk számon az „Egészségügyről szóló 1972. évi II. törvényt”. (8. ábra)

**8. ábra:** Az egészségügyi törvény és végrehajtási rendeletei (Medicina Könyvkiadó, Sövényiné saját példánya)



Ezen írás szempontjából az új törvény 72.§-át kell kiemelni, mely szintén kimondta, hogy: *„Az orvosi és gyógyszerészeti tevékenység körébe tartozó egyes ténykedéseket egyéb egészségügyi képzéssel rendelkező dolgozók is végezhetnek. Ezeknek a dolgozóknak körét, valamint az általuk kifejezhető ténykedéseket és azokat a feltételeket, amelyek mellett e ténykedéseket végezhetik, külön jogszabály állapítja meg”* (1972. évi II. törvény). (9. ábra)

A törvény egyik végrehajtási rendelete 11/1972. (VI.30.) EüM rendelet és azt módosító 14/2003. (IV.9.) ESZCSM rendelet – már nem orvosi, hanem – az „Egészségügyi Dolgozók Rendtartásáról” rendel-

**9. ábra:** Egyéb egészségügyi képzéshez kötött tevékenység folytatásának feltételei (1972. évi II. törvény)

Egyéb egészségügyi képzéshez kötött tevékenység folytatásának feltételei
<p>73. §. (1) Egyéb egészségügyi képzéshez kötött munkakörben önállóan csak olyan személy foglalkoztatható, illetőleg dolgozhat, aki az illető munkakörre jogszabállyal megállapított képzést hazai oklevéllel vagy honosított külföldi oklevéllel igazolta.</p> <p>(2) Egyéb egészségügyi képzéssel rendelkező személy tevékenységét csak a képzéséhez kötött munkaviszony, továbbá fegyveres erőnél vagy fegyveres testületnél fennálló szolgálati viszony, valamint a 81. § (2) bekezdése alapján részére engedélyezett egészségügyi magán-tevékenység körében fejthet ki.</p> <p>(3) Jogszabály elrendelheti, hogy csak olyan személy alkalmazható önállóan egyéb egészségügyi képzéshez kötött munkakörben, illetőleg kaphat a képzésének megfelelő egészségügyi magán-tevékenységre engedélyt, akit az országos nyilvántartásba felvettek.</p>

kezett, de szellemében *„több rendelkezést átörökített”* a már hatálytalanított Orvosi Rendtartásból és annak a végrehajtási rendelkezéseiből. (10. ábra)

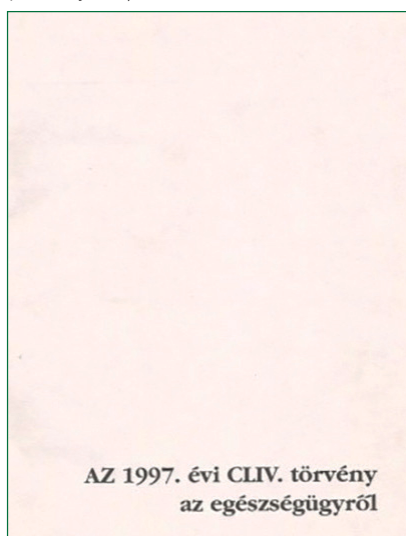
**10. ábra:** Egyes orvosi és gyógyszerészeti ténykedéseknek egészségügyi szakdolgozók által történő végzése (11/1972.(VI.30.) EüM rendelet)

Egyes orvosi és gyógyszerészeti ténykedéseknek egészségügyi szakdolgozók által történő végzése
<p>(A Tv. 72. §-ához)</p> <p>8. §. (1) Az egyéb egészségügyi képesítéssel rendelkező szakdolgozót (a továbbiakban: egészségügyi szakdolgozó) az erre feljogosított vezető a (2) bekezdésben megállapított feltételek mellett megbízhatja az egészségügyi miniszter által külön meghatározott – az orvosi tevékenység körébe tartozó – ténykedések végzésével.</p> <p>(2) Az (1) bekezdés alapján az egészségügyi szakdolgozót az egészségügyi miniszter által meghatározott ténykedések közül is csak azoknak végzésével szabad megbízni, amelyekre kellőképpen kiképeztek, azokkal kapcsolatban az egészségügyi szakdolgozó gyakorlati tudását megvizsgálták és azoknak végzésére alkalmasnak találták.</p> <p>(3) Az egészségügyi szakdolgozó részére a megbízást írásban kell megadni. A megbízás megadásával egyidejűleg az egészségügyi szakdolgozót ki kell oktatni a ténykedések végzésével kapcsolatos felelősségére. A megbízás bármikor visszavonható. A visszavonást indokolni kell.</p> <p>(4) Az egészségügyi szakdolgozó az orvosi tevékenység körébe tartozó ténykedések közül csak azt végezheti, amelynek végzésére írásban megbízást kapott, azt is csak a hivatalos munkakörében, az orvos által megadott rendelkezések, illetőleg szempontok szerint. A ténykedés helyes végzéséért az egészségügyi szakdolgozó személyében felelős.</p> <p>(5) A vizsgázott fogász a fogorvoslás körébe tartozó ténykedések közül – külön megbízás nélkül – az egészségügyi miniszter által meghatározott ténykedéseket végezheti.</p> <p>9. §. (1) Gyógyszertári asszisztens a 8. §-ban megállapított feltételek mellett megbízható az egészségügyi miniszter által meghatározott – a gyógyszerészeti tevékenység körébe tartozó – ténykedések végzésével.</p> <p>(2) A 8. § (4) bekezdésében foglalt rendelkezések értelemszerűen irányadók a gyógyszerügyi asszisztensekre is.</p> <p>Az egészségügyi szakdolgozó képesítéséhez kötött tevékenység folytatásának feltételei</p> <p>(A Tv. 73. §-ához)</p> <p>10. §. Az egészségügyi szakdolgozók országos nyilvántartását az egészségügyi miniszter utasítással szabályozza.</p>

A 8. § (1) bekezdésben hivatkozott *„új külön jogszabályt”* a miniszter 1972-ben nem adott ki. Annak ellenére, hogy a törvényi háttere megszűnt, érvényben maradt az előzőekben részletesebben tárgyalt 1/1960. (EÜ.K. jan. rk.) Eü. M. sz. utasítás. Ezt a miniszteri utasítást gyakran illettük *„túlélő”* jelzővel. A hatálytalanítása csak a rendszerváltást megelőző *„jogszabály rendezési”* munkálatok során – közel harminc év után – csak 1989-ben történt meg, a következőkben ismertetett SZEM rendeletben.

A 30/1989. (XI. 15.) SZEM rendelet az orvosi, a klinikai szakpszichológusi, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról rendelkezett. Ebben a rendeletben központi helyet kapott a *„magán-tevékenység”* keretében biztosított egészségügyi szolgáltatás szabályozása. E rendelet a következőket határozta meg: *„24. § (1) Magán-tevékenység keretében a szakpszichológus, az egészségügyi és a szociális szakdolgozó minden olyan tevékenységet önállóan végezhet, amelyre képzése feljogosítja, azaz, amelyet külön orvosi felhatalmazás vagy irányítás nélkül is elláthat.”*

**11. ábra:** Az egészségügyről szóló 1997. évi. CLIV. törvény (Kiadja a Népjóléti Minisztérium és az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet 40.000 példányban)



Az előzőekben hivatkozott viszonylag „hosszú életű”, itt hatálytalanított 1/1960. (EÜ.K. jan. rk.) Eü. M. sz. utasítást a következő paragrafus váltotta fel: „32.§ (4) Az egészségügyi szakdolgozó az orvosi tevékenység körébe tartozó tevékenységek közül csak azokat végezheti, amelyek végzésére írásban megbízást kapott, azt is csak az orvos által megadott rendelkezések, illetőleg szempontok szerint.” Itt már újabb tételes orvosi tevékenység felsorolás nem volt. Az írásbeli meghatalmazást adó orvostól függött, hogy egy adott tevékenységet hogyan minősített. (Jegyezzük meg előre, hogy hosszú évek munkája után ma is itt tartunk.)

### A harmadik egészségügyi törvény megjelenését követő időszak

A rendszerváltás után hamarosan igény jelent meg egy új egészségügyi törvény elkészítése és kiadása iránt. Az új törvény elkészítése több évet vett igénybe. A magyar „egészségügyi rendszerváltás” történelmi jelentőségű eseménye volt egy új – és egyben a harmadik – egészségügyi törvény kiadása. Az egészség-

ügyről szóló 1997. évi. CLIV. törvény megteremtette az egészségügyi szolgáltatások, intézkedések és az intézményrendszerek működésének átfogó jogszabályi feltételeit. (11. ábra)

Az új, „egészségügyi dolgozók rendtartása” – jóval később –, majd egy évtized után látott napvilágot, és a 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet mellékleteként került kihirdetésre. Ez a rendelet egyben hatálytalanította a fent hivatkozott két rendeletet (11/1972. (VI. 30.) EüM rendelet, 14/2003. (IV. 9.) ESzCsM rendelet). Itt már nem történt orvosi tevékenység körébe sorolt tevékenység felsorolás. A rendelet I.-XII. fejezete az orvosokra vonatkozott. A XIII. fejezet pedig „Az egészségügyi szakdolgozókra vonatkozó különös szabályok” címet viseli és szó szerint „csak ennyi” tartalmazott: „Az egészségügyi szakdolgozókra és az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképesítéssel nem rendelkező személyre az orvosokra vonatkozó különös szabályokat kell értelemszerűen alkalmazni”. (30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet).

Az ápolásvezetés részéről sürgetőbb igény jelent meg egy részletesebb szabályozás iránt. Ezt az igényt elégitette volna ki a 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet az ápolói tevékenység kompetenciáiról és azt módosító 6/2010.(II.24.) EüM rendelet. A rendelet szakszerűséget tükrözött vissza és nevesítette az ápolási igazgató feladatát is. A jogszabály filozófiáját az **I. számú** táblázat mutatja.

A harmadik „családtag” a végrehajtást segítő 15/2010. (IV.9.) EüM rendelet. Itt került meghatározásra:

- a „licenc” fogalma,
- hatósági képesítéseknek tekinthető szabályozott licence vizsgák,
- tevékenységek köre,
- licence vizsgarendszer felépítése és működése,
- képzésben való részvételhez szükséges képesítési és szakmai feltételek,
- képzés időtartama,
- megszerezhető képesítés birtokában végezhető szakmai tevékenységek köre,
- képzés és a vizsga szakmai tartalma.

Ezek a jogszabályok „műves munkaként is” elkönnyelhetők. Szellemükben visszatükrözik az egészségügyi törvényt, először konkretizálja az ápolói tevé-

**I. táblázat:** Ápolói fő tevékenységek felelősségi szintenként csoportosítva (3/2010. (I.26.) Eü.M. rendelet melléklete alapján)

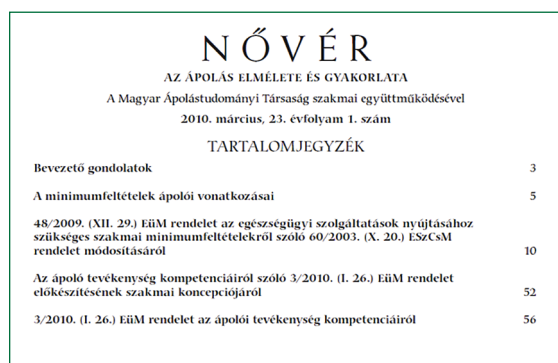
Megnevezés	Döntési és kivitelezési jogosultság szintje		
	Diagnosztika: beteg állapotának felmérése	Ápoló egyéni döntése alapján	Önállóan
Orvosi utasításra		Önállóan	Orvossal együttműködve
Terápia:	Ápoló egyéni döntése alapján	Önállóan	
	Orvos döntésén alapuló cselekvés orvosi utasításra	Önállóan	Orvossal együttműködve

**12. ábra:** Hatásköri Listák Egészségügyi Szakdolgozói Területen (Balogh, 2011)



Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara a megalkotása óta nagy varázsszáva tekinti a polás területén tapasztalható hiányosságok, szabályozatlanságok megoldására. A szakma özttestület kiemelt feladatának tekinti az egészségügyi szakdolgozók élet- és munkakörülnényeinek, szakmai fejlődésének, mindennapi gyakorlatának fejlesztését. Jelen pályázat megvalósítása révén olyan hatásköri listák készültek el, melyek egyértelművé tehetik az rintett szakdolgozói területeken a munkáltató és a munkavállaló számára, hogy az ellátás égző szakembernek feladatai meddig terjednek, milyen tevékenység végzésére jogosultak záltal elejét lehet venni az esetleges jogvitáknak, melyek a szakmai hatásköri szint túllépé-éből adódnak. A különböző végzettségekhez igazított hatásköri szinteknek köszönhetően z ápolók, szakápolók és más szakdolgozók tevékenységi körébe tartozó feladatok elkülö-ülnek, – amely ma nem jelenik meg egyértelműen – amelynek hatásaként a munkavégzés adatosabbá, könnyebbé és mérhetőbbé válik.

**13. ábra:** A NŐVÉR 2010. 23. évf. 1. lapszámának tartalomjegyzéke és bevezető gondolatai



**A jogszabály megjelenését hosszas szakmai előkészítő munka előzte meg, melynek teljes folyamatában a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara részt vett.**

**Az elkészült jogszabályt az egyeztetésre előírt eljárási rendhez képest sokkal szélesebb körben véleményeztettük, csaknem 80 szervezet vett benne részt.**

mutatta be egy jogszabály „életét”, a kezdetektől a megjelenésig (Babonits & Balogh, 2010). De nem csak a MESZK, hanem az ETI is aktívan részt vett ebben a fejlesztésben. Az ETinfo szakmai tájékoztatókat közölte, az Intézet kiadványokkal tervezte segíteni a „licenc rendelet” végrehajtását. Ezek közül több ma is megtalálható a <https://docplayer.hu/> oldalon. **(14. ábra)**

**14. ábra:** Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet gondozásában megjelent központi oktatási programok egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzések és vizsgák megszervezéséhez



kenységek felelősségi köreit és megszünteti a „helyi licenc” rendszert. Külön kiemelendő, hogy – korábbi szabályozásokkal és gyakorlattal ellentétben – a licenc megszerzését közhitelesen biztosítja, így a szakdolgozó bármely hazánk területén működő egészségügyi szolgáltatónál jogosult a licenc birtokában – az annak tartalmát képező – tevékenység végzésére. Végre megszünteti, a szubjektív ítéleten alapuló, „helyi licenc adományozását”. A jogszabályok előkészítő munkálatai éveken keresztül tartottak és ebben több mint félszáz szakértő vett részt. Ezt visszatükrözi a MESZK kiadványa is (Balogh, 2011). **(12. ábra)**

A MESZK kiadásában megjelenő szakmai lap a NŐVÉR, pedig külön számban gyűjtötte össze a legfontosabb tudnivalókat és az akkor hatályos jogszabályokat. **(13. ábra)**

A MESZK vezetői által tartott „Az ellátás minősége az ápolói kompetencia tükrében” című előadás szintén nagyon részletesen

A jogszabályok megjelenését követően az előzőleg működő egyetértés különböző okok miatt megbomlott, és a hamarosan közzétett jogszabály módosítás ezeket a hullámokat már nem csillapította. Ebben közre játszhatott a miniszteri váltás is.

Nem lenne hiteles a történet, ha néhány példával nem világítanánk meg a „munka világa” képviselőinek nyilvánosságot látott reakcióit. Ezekből olyan tanulság is levonható, amit a jövőben el kell kerülni. (15. ábra)

15. ábra: Gúzsba kötött ápolók (Forrás: Magyar Nemzet, 73. évfolyam, 2010-02-22 / 52. szám)



16. ábra: Nincs szükségük licencvizsgára az ápolóknak (Forrás: Magyar Nemzet, 73. évfolyam, 2010-10-05 / 272. szám)



alapján önállóan is elláthatják. Utasítás – csakúgy, mint korábban – akkor adható, ha a szakdolgozó az adott tevékenység végzéséhez szükséges szakmai felkészítést megkapta, és a tevékenység végzéséhez szükséges képességéről meggyőződött az utasítás adója.

A kompetencia rendelet szerint kiadott írásos utasítások alapján a szakdolgozó a rendeletek hatályon kívül helyezését követően is jogosult lesz azoknak a tevékenységeknek az elvégzésére, amelyekre írásos utasítással rendelkezik.

Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság a két rendelet hatályon kívül helyezését követően szükségesnek tartja e területet részleteiben áttekinteni és szakmailag megalapozott módon, a szakmai szervezetek bevonásával, valamennyi érintett számára megfelelő, konszenzus alapon szabályozni a kompetenciák és a licenc, mint képzési forma témakörét.” („Nem lesz szükség licencvizsgára az ápolóknak”, 2010)

Az év végén egy rövid életű, 17/2010. (XII.20) NEFMI rendelet látott napvilágot, és többek között hatálytalanította az előzőekben tárgyalt 3/2010. (I. 26.) EüM és 15/2010.(IV.9.) EüM rendeleteket. Ugyanez a rendelet a következők szerint módosította a 30/2007.(VI. 22.) EüM – az előzőekben már hivatkozott, és „kritizált” – egészségügyi dolgozók rendtartásának XIII. pontját:

„XIII.1. Az egészségügyi szakdolgozóra és az egészségügyi tevékenységben közreműködő egészségügyi szakképzéssel nem rendelkező személyre az orvosokra vonatkozó különös szabályokat kell értelemszerűen alkalmazni.

XIII.2. A legalább a 2. melléklet szerinti szakképzéssel vagy szakképzettséggel rendelkező egészségügyi szakdolgozó (a továbbiakban: szakdolgozó) azon tevékenységeket, amelyeket a szakképzésén alapuló kompetenciák alapján orvosi elrendelésre az orvossal együttműködve végezhet, orvosi elrendelésre önállóan is elláthatja

a) az osztályvezető ápoló vagy vezető ápoló vagy vezető asszisztens és

b) az osztályvezető főorvos vagy orvos szakmai vezető együttes írásos – a munkáltatói jogkör gyakorlója által jóváhagyott – felhatalmazása (a továbbiakban: felhatalmazás) alapján.

XIII.3. A felhatalmazás a szakdolgozó részére akkor adható, ha a szakdolgozó az adott tevékenység végzéséhez szükséges szakmai felkészítést megkapta, és a tevékenység végzéséhez szükséges képességéről, valamint a tevékenység megfelelő kivitelezéséről a XIII.2. pont a) és b) alpontja szerinti, a felhatalmazást kiadó személyek a gyakorlatban előzetesen meggyőződtek.

XIII.4. A felhatalmazásban foglaltak alapján a szakdolgozó munkaköri leírását a tevékenység végzése tekintetében módosítani kell. A felhatalmazás alapján egészségügyi tevékenység önállóan kizárólag a XIII.2. pont a) és b) alpontja szerinti, a felhatalmazást kiadó személyek irányítási jogkörébe tartozó szervezeti egység keretei között és tevékenységi körben végezhető.

XIII.5. A felhatalmazás alapján végzett tevékenység kivitelezéséért a szakdolgozó felelős.”

„2. melléklet a 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelethez  
Írásos felhatalmazás legalább a következő – vagy annak jogszabály alapján megfeleltetett – szakképesítéssel vagy szakképzettséggel rendelkező szakdolgozónak adható:

1. 5.4. szintű OKJ ápoló
2. ápoló (főiskolai, BSc)
3. felnőtt szakápoló (1997. december 7-ét megelőzően szerzett szakképesítés)
4. általános betegápoló (1975. március 1-jét megelőzően szerzett szakképesítés)
5. körzeti betegápoló (1975. március 1-jét megelőzően szerzett szakképesítés)
6. csecsemő- és gyermekápoló
7. mentőápoló
8. radiográfus
9. egészségügyi gyakorlatvezető
10. diagnosztikai technológus
11. szülésznő”.

Végig haladva a jogszabályok kacskaringós erdei ösvényén azt hihetnénk, megpihenhetünk. Hát nem, mert a 2011. évi. XXIII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény módosításáról 33.§ (3) bekezdése szerint, végleg hatályát veszítette az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet is. Ennek határidejét a törvény 2012.01.01-ben jelölte meg.

A szakma – ezt az űrt talán későn realizálva – újabb megoldást sürgetett. Szinte az utolsó pillanatban (Luca napján) került kiadásra a jelenleg is hatályos az egészségügyi szakdolgozó által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek

felelősségi, szakmai, szakképesítési és szakképzett-ségi feltételeiről szóló 66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelet. Ez a rendelet már 14 szakképesítést vagy szakképzettséggel rendelkező szakdolgozót sorol fel, akinek részére írásos felhatalmazás adható azon tevékenységek végzésére, amelyeket a szakképesítésen alapuló kompetenciák alapján orvosi elrendelésre az orvossal együttműködve végezhet, orvosi elrendelésre önállóan is elláthatja

- az osztályvezető ápoló/vezető ápoló vagy vezető asszisztens és

- az osztályvezető főorvos/orvos szakmai vezető együttes írásos – a munkáltatói jogkör gyakorlója által jóváhagyott – felhatalmazása alapján.

A felhatalmazás alapján végzett tevékenység szakszerű kivitelezéséért elsősorban a szakdolgozó felelős. A dokumentum a munkaköri leírás melléklete. A tevékenységeket helyileg „önkéntesen” választják ki. A kör bezárult. Emlékezzünk az előzményekre, itt ismét életbelépett a „helyi licenc”.

De a „hatálytalanítás áldozatául esett” más is. Ugyanis jelenleg, „gyakorlatilag” nincs olyan jogszabály, amely egyértelművé teszi, hogy a „szakdolgozó minden olyan tevékenységet önállóan végezhet, amelyre képzése feljogosítja, azaz, amelyet külön orvosi felhatalmazás vagy irányítás nélkül is elláthat.”.

A feladatprofilok aktualizálásában mind szakképzésben, mind az ápolásirányításában/vezetésében érdekelt szereplőknek konszenzussal felelősséget kell vállalni. Fel kell adni azt a gondolkodást, hogy „egyet értünk abban, hogy nem értünk egyet.”

## II. rész

A „rendtartás” fő célja, a szó nemes értelmében az adott területen a „rend” teremtése és megtartása. Az orvoslás és ápolás területén, az előzmények tükrében „még van teendő”, de hogyan tovább?

Az ápolás és orvoslás közötti „különös kapcsolatot” négy alapvető jellemzővel szoktuk leírni:

- kiegészítik egymást,
- mindkettőnek van sajátja,
- van közöttük különbség,
- van közöttük azonosság/átfedés.

Ez utóbbi területen kell a konszenzust megteremtteni, mert ha ezt nem tesszük, a valóságot tagadjuk meg és ennek következménye a vita, a támadás és védekezés, vagy egyéb konfliktus. Hogy ezeket elkerüljük, minden területen konszenzusra van szükség, ennek alapvető eszköze a kompetenciák tisztázása és keretek szakszerű szabályozása.

A „kompetencia, mint örökzöld téma” az ápolás területén lassan már évtizedek óta újra és újra felszínre kerülő probléma annak ellenére, hogy jogszabályok írják elő az oktatás/képzés szakmai és egyéb

követelményeit. Márpedig a jogszabályban foglaltak mindenkire érvényesek.

Az 1997. évi egészségügyi törvény szövegezősekor kezdetben, sőt még a hatálybalépést követően vitát kiváltó fogalmak közé tartozott, az ápolási diagnózis, az ápolási terv, az ápolási dokumentáció. És ma már az ápolási gyakorlat, az ápolás elmélet természetes fogalomrendszerét alkotják, sőt az első magyar nyelven íródott Ápolástudomány tankönyv pedig „örzi” ezeket is (Oláh, 2012).

Mint ahogyan az I. részben láthattuk egy „licenc” rendszer kialakításának fogadtatása elsősorban a munka világa oldaláról nem járt sikerrel. Így jelen ideig hazánkban – eltérően más fejlett országoktól – továbbra is csak „helyi licenc” működik. Így az ápoló rendelkezik kötelező regisztrációval és a konkrét munkahelyén kaphat egy „önkéntesen kiválasztott” tevékenység végzésére engedélyt.

Éppen ezért érdemes tisztán látni néhány gyakran használt fogalom tartalmát. Az egyik a fő gyűjtőfogalom, nevezetesen a NYILVÁNTARTÁS. Ennek két típusa fontos számunkra. Az egyik a REGISZTRÁCIÓ, a másik a LICENC. Ezek tartalmát és közöttük lévő különbséget mutatja a **17. ábra**.

Sürgető – a regisztráció mellett – egy jól működő licenc rendszer kialakítása, amely lehetőséget teremtene az egészségügyi szakdolgozók, különösen az ápolók kompetenciáinak rendszer szintű fejlesztésére, valamint konszenzus alapján elfogadott – országosan egységes, a tudomány mindenkori állásának megfelelő – folyamatosan karbantartott „országos licenc” hatása alá tartozó tevékenységi körök, vagy egyes beavatkozások meghatározására.

Az egészségügyi ellátást és annak rendszerét a mindenkori politika és szakpolitika határozza meg. Bármilyen átalakítása történik, az visszahat az egyes szakmai területekre is, pl. az APN mesterképzések külön is sürgetik a konszenzust.

**17. ábra:** Nyilvántartások (Szerkesztette: Sövényiné)

### **REGISZTRÁCIÓ: (lat.)**

#### **Megengedő szabályozás,**

mert a gyakorlatot nem korlátozza „csak az adott személyre!!!!!!!!!!!!

**Szakképesítésnek megfelelő nyilvántartásba vétel és cím viselésre jogosít**  
pl. Regisztrált Ápoló ( R.N.)

### **Licence (licencia lat. = engedély)**

#### **Kötelező erejű szabályozás,**

adott tevékenységet csak azok végezhetik, akik a „licence-l” rendelkeznek.

Előírja a tevékenység elvégzéséhez szükséges „szakértelmet” és az arról való meggyőződést  
(pl. APN mesterképzések!???)

Orvosi és gyógyszerészi tevékenységet, mint fogalmat, a hazai jogszabályok itt-ott említik, és így magyarázzák: „*orvosi, fogorvosi, illetőleg gyógyszerészi tevékenységet csak azt fejthet ki, aki hazai Orvostudományi Egyetemen szerzett vagy külföldi egyetemen szerzett és hazai Orvostudományi Egyetemen honosított, megfelelő oklevéllel rendelkezik*”. Az orvosi tevékenység csak ilyen „fondorlatos módon” van körül írva. Ennek az elgondolásnak megfelelően az élet szinte valamennyi területe „medikalizálódott”.

Az élet általános „medikalizálódásának” eredménye az lett, hogy a világ jelentős részén, így hazánkban is, a gyógyítás elhomályosította a gondozást/gondoskodást, ezzel az ápolás csaknem teljes „napfogyatkozásba” került. Az utóbbi évtizedekben már tapasztalható némi változás, amelyek hozzájárulnak ahhoz, hogy az ápolás önállóan, önmagában valódi hivatássá váljék.

Ebben segíthet az is, hogy egészségpolitikusok között ma már egyre többen vannak olyanok is, akik felismerték azt, hogy a medikalizálódott tevékenységek nem mindegyike orvosi tevékenység vagy feladat.

Ebbe a sorba illeszkednek Dr. Schultheisz Emil volt egészségügyi miniszter negyed évszázada, 1994-ben közzé tett gondolatai is: „*Az egyre növekvő ismeretek az oktatás színvonalának emelését is szükségessé tették. Amerikában már a múlt század végén, Európában először Lipcsében létesítettek 1912-ben ápolónő képző főiskolát, mely hosszú ideig egyedülálló volt. A főiskolai képzés csak lassan foglalhatta el az öt megillető helyet. 1972-ben az orvosképzés kérdéseivel foglalkozó koppenhágai világkonferencia többek között leszögezte, hogy a szociális és az ápolási feladatok alig választhatók el az orvosi tevékenységtől. Ebből következik, hogy egyre több megfelelően képzett nem orvost kell a betegellátás szolgálatába állítani. Ezt követeli a medicina paradigmaváltása és a kórformák változása is. A rohamosan tovább fokozódó specializálódás, a krónikus betegségek csaknem járványszerű terjedése mind szakszerűbb asszisztenciát, mind több és még jobb ápolást tesz szükségessé. Az orvosi ténykedés a múltban sem volt meg segítség nélkül. A jövő medicinája pedig elképzelhetetlen e nélkül*”. (Buda, 1994).

## **Záró gondolatok**

Jelenleg ismét napirenden van egy új licence rendelet tervezetének szakmai előkészítése. Ez segítheti a kompetenciák rendezését is. Sőt számtalan területen

új helyzetet teremthet, és hozzájárulhat az orvosi és ápolói új munkamegosztás kialakításához is. Mese nincs, újra neki kell állni jogszabályt alkotni. Sürgeti ezt az Ápoló MSc végzettség megjelenése az egészségügyi ellátás rendszerében. A konszenzust segítheti az előzőekben már hivatkozott, szakértők által készített HATÁSKÖRI LISTÁK – általam „zöldkönyvnek” nevezett – dokumentum (Balogh, 2011).

Amikor a záró sorokat írom – múltamból eredően – gyakran eszembe jut egy azóta is kísértő, félreértésre, vitára alkalmat adó fogalom, nevezetesen a kompetencia. A kompetencia kifejezést napjainkban „divatszóként” használjuk. Félő, hogy tartalmát illetően hamarabb „elkopott”, mielőtt azt használói értelmeznék. A probléma gyökere valószínűleg abban is keresendő, hogy a gyönyörű magyar nyelvünkben a kompetencia kifejezést több rokonértelmű és egymás tartalmát kiegészítő szóval szoktuk jellemezni. A latin eredetű szó fordítása: alkalmasság, ügyesség, de gyakori fordítás az illetékeség, hatáskör, tevékenységre való jogosultság, szakértelem, hozzáértés, alkalmasság, egy adott tevékenység elvégzéséhez szükséges képességfedezet, (ismeret, tudást, jártasság, készség). Ezért képezhetik gyakran vita tárgyát a szakképzés kimeneti és az ápolói gyakorlat kompetenciáinak keveredése.

## Irodalomjegyzék

1876. évi XIV. törvénycikk a közegészségügy rendezéséről Retrieved from <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=87600014.TV&searchUrl=/ezer-ev-torveny&i%3Fkeyword%3Da%2520k%25C3%25B6zeg%25C3%25A9szs%25C3%25A9g%25C3%25BCgy%2520rendez%25C3%25A9s%25C3%25A9r%25C5%2591%2520sz%25C3%25B3%25C3%25B3%25201876.%2520%25C3%25A9vi%2520XIV.%2520t%25C3%25B6rv%25C3%25A9nyicikk>
1936. évi I. törvénycikk az orvosi rendtartásról Retrieved from <https://net.jogtar.hu/ezer-ev-torveny?docid=93600001.TV&searchUrl=/ezer-ev-torveny&i%3Fkeyword%3DOrvosi%2520Rendtart%25C3%25A1s%2520>
1972. évi II. sz. törvény az egészségügyről
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről Retrieved from [http://njt.hu/cgi\\_bin/njt\\_doc.cgi?docid=30903.366939](http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=30903.366939)
2011. évi XXIII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény módosításáról Retrieved from <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100023.TV>
- 5.8000/1946.N.M. sz. rendelete az általános betegápolási szakképesítésről
1959. évi 8. számú törvényerejű rendelet az orvosi rendtartásról
- 1/1960. (EÜ.K. jan. rk.) Eü.M. sz. utasítása az orvosi rendtartás végrehajtásával kapcsolatos eljárásiszabályokról (3 sz. melléklet)
- 11/1972. (VI. 30.) EüM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról Retrieved from <http://www.jogiportal.hu/index.php?id=29tblg4wr3ounyi&state=19970701&menu=view>
- 30/1989. (XI. 15.) SZEM rendelet az orvosi, a klinikai szakképzési, illetve az egyéb egészségügyi és szociális tevékenység gyakorlásáról Retrieved from <http://jogiportal.hu/index.php?id=yech21692r57zpx8n&state=19960725&menu=view>
- 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról Retrieved from <https://www.informed.hu/jog/30-2007.-vi.-22.-eum-rendelet-az-egeszsegugyi-dolgozok-rendtartasrol-96478.html>
- 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet az ápolói tevékenység kompetenciáiról Retrieved from <https://docplayer.hu/59271013-2010-i-26-eum-rendelet-az-apoloi-tevekenyseg-kompetenciairol.html>
- 6/2010. (II. 24.) EüM rendelet az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet módosításáról
- 15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet a szakképzésről szóló törvény alapján alap-, közép-, emeltszintű, valamint felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi főiskolai végzettséggel vagy felsőoktatási intézményben, orvos- és egészségtudományi képzési terület alapképzési szakán szerzett szakképzettséggel rendelkezők egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről Retrieved from [http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/333/fajlok/15\\_2010\\_eur.pdf](http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/333/fajlok/15_2010_eur.pdf)
- 17/2010. (XII. 20.) NEFMI rendelet egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeleteknek az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéssel összefüggő módosításáról és hatályon kívül helyezéséről Retrieved from [http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/577/fajlok/17\\_2010\\_NEFMI.pdf](http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/577/fajlok/17_2010_NEFMI.pdf)
- 66/2011. (XII. 13.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozó által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek felelősségi, szakmai, szakképzési és szakképzettségi feltételeiről Retrieved from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100066.NEM>

17. Babonits, Tné., Balogh, Z. (2010). Az ellátás minősége az ápolói kompetencia tükrében. Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok –2010. (DENIM X.) Debrecen, 2010. május 20–21. Retrieved from <http://www.pro-qaly.hu/files/userfiles/File/DEMINX-ppt-pdf/babonitsne.pdf>
18. Balogh, Z. (szerk.), (2011). *Hatásköri Listák Egészségügyi Szakdolgozói Területen*. Budapest: MESZK Retrieved from [http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/hataskori\\_lista.pdf](http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/hataskori_lista.pdf)
19. Buda, J. (1994). *A betegápolás története*. Pécs.
20. Kórházak Működési Szabályzata (Jóváhagyta az egészségügyi miniszter 3410/Sz/11-23/1950.sz rendeletével)
21. Kapocsi, E. (2004) *Orvosi hivatás és hivatás-etika a XX.–XXI. században*. Ph.D értekezés, Szegedi Tudományegyetem ÁOK Retrieved from [http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/kapocsiersebet.d.pdf](http://semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/kapocsiersebet.d.pdf)
22. Kovácsy, Zs. (2008). *Egészségügyi jog*. Budapest: Semmelweis
23. Nem lesz szükség licencvizsgára az ápolóknak. (2010. október 05) *MedicalOnline* Retrieved from [http://medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/nem\\_lesz\\_szuksege\\_licencvizsgara\\_az\\_apoloknak](http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/nem_lesz_szuksege_licencvizsgara_az_apoloknak)
24. Nincs szükségük licencvizsgára az ápolóknak. (2010. október 05) *Magyar Nemzet*, 73(272)
25. Oláh, A. (szerk.) (2012). *Az ápolástudomány tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. Retrieved from [https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0061\\_apolastudomany-magyar/adatok.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0061_apolastudomany-magyar/adatok.html)
26. Sövényi, Fné. (2015). Szemelvények hét évtized hazai egészségügyi ágazat irányításának történetéből, különös tekintettel a széles értelemben vett ápolás és ápolóképzés egyes kérdéseire. *Egészség Akadémia*, 6 (4), 199–214.
27. Zivkovics, N. (2010). Gúzsba kötött ápolók. *Magyar Nemzet*, 2010. február 22. Retrieved from [https://www.mgyk.hu/index.php?id=20100222guzsba\\_kotott\\_apolok](https://www.mgyk.hu/index.php?id=20100222guzsba_kotott_apolok)

## Helyreigazítás

# Így változik a múlt a bizonyítékok tükrében, avagy tények új megvilágításban

SÖVÉNYI Ferencné

A NŐVÉR 2018. évi (31. évfolyam) 1. szám 8. oldalán – két dokumentum alapján – arról tájékoztattuk olvasóinkat, hogy a Kékkeresztes Márta Betegápoló Egyesület nyert felvételt ICN-be.

Az újabb kutatómunkánk során, a „Zöld Kereszt” egyik számából azonban kiderült, hogy nem a Kékkeresztes Márta egyesület, hanem annak csak a tagjai kerültek felvételre az ICN-be.

Az OKI könyvtárában megtaláltuk a „ZÖLD KERESZT” c. kiadvány első tíz évfolyamának számaint, amelyek 1930 novemberétől még csak házi sokszorosítással készültek. Az OKI- adta ki a védőnők részére, mint „tudósítót”. Az első számok mindössze 14 védőnő részére készültek.

Kezdetben a „Magyar Ápolók és Védőnők Szövetsége” megalapításáról találunk írást. A védőnőket a szövetségbe való belépésre is felkérték. Arra eddig nem találtunk dokumentumot, hogy „mikor,

**1. ábra:** Tudósítás a Magyar Ápolónők Szövetségének az ICN-be történt felvételéről (Forrás: ZÖLD KERESZT 1933. november 15.sz. 192. oldal ÁPOLÓNŐ SZÖVETSÉGI HÍREK)

A Nemzetközi Ápolónői Tanács párisi és bruxelles kongresszusán a Magyar Ápolónők Szövetsége képviselőjében Vay Ibrányi Alice a Magyar Vörös Kereszt Egylet főnöksasszonya örökös díszelnök és báró Fiath Mária főnöksasszony, a Szövetség elnöke vettek részt. A Magyar Ápolónők Szövetségét a Nemzetközi Ápolónői Tanács tagjai sorába felvette. A kongresszus ülésén

miért” változott át az új szerveződés „Magyar Ápolónők Szövetsége” elnevezésre. Valószínűsíthető, hogy az ICN képviselője tanácsára, ugyanis az Ápolónő és Védőnőképző Intézetet megnyitó ünnepségén a külföldi vendégek között Miss Reimann az ICN ügyvezető titkára is részt vett.

Arról viszont már van tudósítás, hogy a „Magyar Ápolónők Szövetsége” 1933. május 13-án tartotta alakuló ülését. Elnöke Fiath Mária és egyik alelnöke Trugly Margit Kékkeresztes Márta képviselője lett, és „vitte magával a Márta nővéreket” is.

A gyorsított eljárással megalapított Szövetséget már két hónappal később, a közeli ICN kongresszuson (1933. július 10-15.) fel is vették az ICN –be.

### (1. ábra)

A sürgető eljárást tükrözi az is, hogy a Magyar Ápolónők Szövetsége csak egy évvel később 1934. 06. 02-án tartotta az első rendes közgyűlését. Az írásos beszámoló szerint ott csak 45-en jelentek meg. Próbálták a tagokat szaporítani és a Szövetséget „reklámozni” (pl. Belügy- miniszter, Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége).

EREDETI KÖZLEMÉNY, TOVÁBBKÉPZÉS

# A postoperatív fájdalom menedzsment helyzete napjainkban Magyarországon

## 2. rész

LOVASI Orsolya, DR. LÁM Judit

### ÖSSZEFOGLALÁS

Szakirodalmi adatok szerint Magyarországon a postoperatív fájdalomcsillapítás gyakorlata fejlesztendő terület. A műtét utáni fájdalom központi kérdés a betegek körében. A felmérések azt mutatják, hogy a betegek több mint 59%-a aggódik a műtét utáni fájdalom kialakulása miatt. Aggodalmuk nem alaptalan, mivel a közelmúltbeli vizsgálatok is következetesen az mutatják, hogy a fájdalom nem megfelelően kezelt műtét után. Az is bizonyított, hogy a műtét utáni fájdalom a betegek életminőség romlását okozhatja. Vizsgálatunk célja volt a betegek műtét utáni fájdalomértékének és a fájdalomcsillapítással kapcsolatos elégedettségének felmérése. Személyes megkeresésen alapuló interjúkat készítettünk, összesen 168 beteggel, három hazai intézmény egyes műtétes osztályainak bevonásával. Az eredményeink alapján megállapítottuk, hogy a betegek jelentős fájdalomról számolnak be a műtétet követően, tehát a postoperatív fájdalomcsillapítás gyakorlata sok esetben nem kielégítő. A talált eredmények és a nemzetközi szakirodalom összevetése alapján a postoperatív fájdalomcsillapítás gyakorlat fejlesztendő területnek tekinthető.

**Kulcsszavak:** postoperatív fájdalom, betegtájékoztató, betegelégedettség

### Postoperative pain management today in Hungary Part 2

Orsolya LOVASI, DR. Judit LÁM

### SUMMARY

According to the literature, the practice of postoperative pain relief in Hungary is an area to be developed. Postoperative pain is a key issue for patients. Surveys show that more than 59% of patients are worried about postoperative pain. Their concerns are not baseless, as recent studies have consistently shown that pain has not been properly treated after surgery. It has also been shown that postoperative pain can lead to a deterioration in the quality of life of patients. The aim of our study was to assess the degree of postoperative pain in patients and their satisfaction with pain relief. We conducted interviews based on personal inquiries with a total of 168 patients, with the involvement of certain surgical departments of three Hungarian institutions. Based on our results, we found that patients report remarkable pain after surgery, so the practice of postoperative pain relief is in many cases unsatisfactory. Comparing the results and the international literature, postoperative analgesic practice can be considered as an area to be developed.

**Keywords:** postoperative pain, patient information, patient satisfaction

LOVASI Orsolya  
senior szakmai szakértő, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

DR. LÁM Judit  
egyetemi docens, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

**Levelező szerző**  
(correspondent):  
LOVASI Orsolya;  
e-mail:  
lovasi.orsolya@gmail.com

**Beérkezett:** 2019. március 3.

**Elfogadva:** 2019. május 22.

## Bevezetés

„A postoperatív fájdalom régóta ismert, de csak az utóbbi évtizedekben megismert fájdalom, sajátos patofiziológiával, és ebből következő sajátos kezelési elvekkel” (Borsodi, 2006).

Kétségtelen, hogy a postoperatív fájdalomcsillapításnak már a műtét előtt meg kell kezdődnie, vagy fel kell arra készülni. Dacára annak, hogy számos szakirodalmi közlemény jelenik meg a témában, a műtétet követő fájdalomcsillapítási gyakorlat sok esetben

mégsem kielégítő, azaz a betegek komoly fájdalmat éreznek. A műtéti fájdalom mértékét alapvetően a műtét típusa határozza meg, de számos más tényező is szerepet játszik, mint például az egyéni érzékenység, szociális háttér, előző betegségek, nem, félelem, kiszolgáltatottság, kulturáltság (Borsodi, 2006).

Azon túl, hogy a műtét utáni fájdalom enyhítése nemcsak emberi, humánus cselekedet, nem mellesleg jogszabályi elvárás is. Mindamellett a beteg végső gyógyulásának egyik jelentős hozzájáruló tényezője.

„A fájdalom kezelésének alapvető feltétele, hogy higgyük el a betegek, hogy fáj” (Borsodi, 2006).

Egy rendkívül gyakorlatias cikkben a fájdalmat, mint néma járványt azonosítják, ami ott lebeg a beteg feje felett, annak ellenére, hogy ma már minden lehetőség rendelkezésre áll a postoperatív fájdalom csökkentésére. Horváth szerint a betegek a műtéttel járó fájdalmat, mint a beavatkozás természetes velejáróját élték meg, kötelezően elviselendő rossznak tekintették még a XX. században is (Horváth, 2006). Számos tévhit van az egészségügyi személyzet körében a fájdalomról, például, hogy az újszülöttek nem éreznek fájdalmat (Horváth, 2006). További előfeltételezés, hogy a kisebb betegségben szenvedők fájdalma kisebb, mint azé, akinek betegsége súlyos, a fájdalomcsillapító kezelés szükségszerűen függővé tesz (ópiátoktól való félelem), a fájdalom az öregség természetes velejárója, a fájdalmat az egészségügyi személyzet jobban meg tudja ítélni, vagy, hogy a pszichogén fájdalom nem valódi (Potter-Perry, 2013).

Hazánkban a Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság honlapján 2015-ben jelent meg nemzetközi szakirodalmi tényeken alapuló szakmai ajánlás perioperatív fájdalomcsillapítás témakörben (továbbiakban: szakmai ajánlás) (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015). Ez az ajánlás több helyen érinti a beteg tájékoztatásának szükségességét. Már a preoperatív időszakban ki kell kérdezni a beteget a fájdalomról, tájékoztatást kell adni számára arról, is, hogy az elbocsátása után milyen lehetőségei lesznek az otthoni fájdalomcsillapításra, valamint biztosítani kell arról, hogy a későbbiekben is az egészségügyi szolgáltató segítségét kérhesse, garanciális módon (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015).

Nagyon fontos, hogy a betegtájékoztatást a napjainkban elfogadott etikai elvek mentén lenne szükséges megtenni és nem rutinszerű „itt tessék aláírni” feladatnak kellene lennie.

Az előző közleményünkben (Lovasi, 2018) a postoperatív fájdalomcsillapítás kérdéskörét az egészségügyi szakdolgozók (orvosok, ápolók) oldaláról vizsgáltuk, jelen írás pedig a betegek szemszögéből tekinti át a kérdéskört.

Vizsgálatunk célja volt a kiválasztott hazai intézményekben vizsgálni azt, hogy a betegeknek a műtétet követő 24 órában volt-e fájdalma, és az milyen erősségű volt, felmérni, hogy a beteg számára mennyire volt eredményes a műtét után alkalmazott fájdalomcsillapítási módszer. Célunk volt továbbá annak értékelése, hogy a műtét utáni fájdalom felmérése milyen módszerekkel és milyen gyakorisággal történik, valamint, hogy a betegek kapnak-e

valamilyen tájékoztatást a műtéttel összefüggő fájdalomcsillapítással kapcsolatban. Az egyes intézmények összehasonlítása nem tartozott jelen vizsgálat fókuszába.

## Anyag és módszer

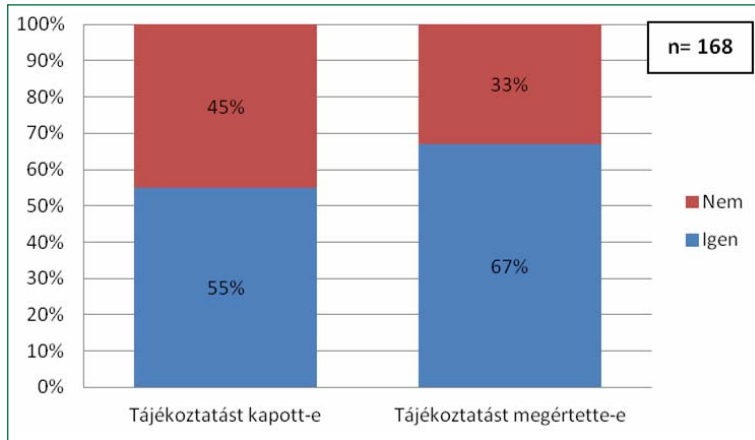
A vizsgálatokat egy városi kórház sebészet-traumatológia mátrix valamint intenzívterápiás osztályán, egy megyei kórház, sebészet, érsebészet, ortopédia és központi intenzívterápiás osztályán illetve egy Klinikai Központ Sebészet, Érsebészet, Ortopédia Klinikáján és Aneszteziológiai és Intenzívterápiás Intézetében végeztük. A szükséges engedélyeket minden intézményben beszereztük.

A fájdalomcsillapítási gyakorlat, valamint annak eredményességének megismerése céljából az érintett betegekkel strukturált interjú készítettünk, melynek kérdéseit a hazai szakmai ajánlás alapján állítottuk össze (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015). Az interjú során feltett kérdések a demográfiai jellemzőkre, a műteti fájdalomcsillapítással kapcsolatos betegtájékoztatásra, valamint a műtétet követő fájdalom mértékére, a fájdalomcsillapítással való elégedettségre és a csillapítás eredményességének megítélésére vonatkoztak. A műtéten átesett betegeket személyesen kerestük fel a kórházi ellátás során. Előre meghatározott kérdéssor alapján tettük fel mindenkinek ugyanazokat a kérdéseket. A vizsgálatban részt vehetett minden 18 évet betöltött férfi és nőbeteg, akik vállalták, hogy a kérdésekre válaszolnak. Csak kooperáló és műtéten átesett betegek kerültek a vizsgálatba. A betegek kikérdezése az osztályon történő bennfekvés idején valósult meg. Az interjúk során biztosítottuk őket a válaszok anonim kezeléséről. Olyan betegek, akik nem az adott szakterületeken kaptak kezelést vagy egynapos sebészeti ellátásban részesültek, vagy az adott osztályon kezelték őket, de nem volt műteti beavatkozásuk, azok nem kerültek bevonásra a vizsgálatunkba.

## Eredmények

Azt tapasztaltuk, hogy a betegek nagyon szívesen válaszolnak a kérdésekre, őszintén elmondják érzéseiket. Egy intézmény intenzív osztályán pedig olyan súlyos betegeket ápoltak, hogy azt jelezték, nagyon kevés beteg lesz alkalmas a kérdések megválaszolására (kooperáló betegek), így a kérdezést az ott dolgozók végezték el. Ezen kívül egy intézményben a betegekkel történő interjúk egy részének felvétele technikai nehézségekbe ütközött a kutatást végzők számára, így ott szintén az ápolószemélyzet végezte a kérdezést.

**1. ábra:** A betegeknek nyújtott műtét előtti tájékoztatás és annak érthetőségének betegek általi megítélése



A vizsgálatba bevont betegek száma összesen 168 fő, melynek 59%-a nő volt, 41%-a férfi.

Átlagéletkoruk 61 év volt, a legfiatalabb beteg 19 éves, a legidősebb 90 éves volt, a medián 64, a módusz pedig 71 és 74 volt. Iskolai végzettségüket tekintve 8 általános iskolai végzettségű 28% volt, szakmunkás végzettségű 32%, érettségizett 27%, főiskolai, egyetemi végzettségű 13%.

Az elvégzett beavatkozások 79%-a tervezett volt, 21%-a sürgős. Műtéti szövődmény a betegek 90%-ánál nem jelentkezett. A jelentkező szövődmények közül a leggyakoribb a sebfertőzés, lázas állapot, vérzés, trombózis volt.

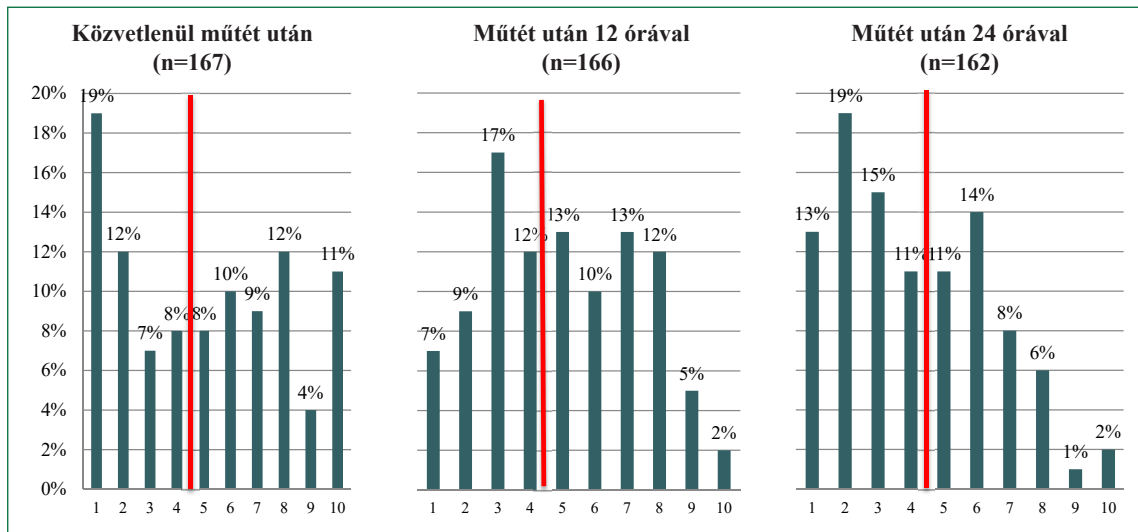
A műtétet megelőzően a betegek 78%-a járt altató orvosi kivizsgáláson. Az **1. ábrán** látható, hogy a betegek 55%-a kapott tájékoztatást a fájdalomcsillapítási módszerekről, és a tájékoztatást kapók 67%-a

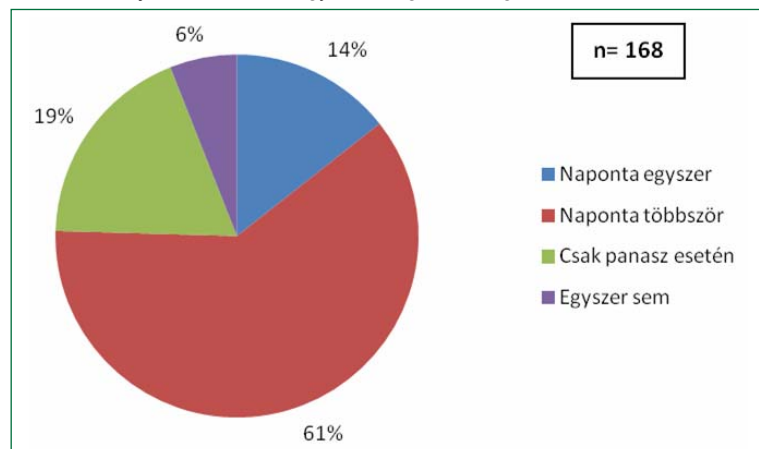
számára érthető, kielégítő volt a tájékoztatás. Arra a kérdésre, hogy a betegekkel megvitatták-e az alkalmazni kívánt módszerek előnyeit, hátrányait, 50%-uk választott igennel. A betegek műtétet követő fájdalmára is rákérdeztünk, a műtétet követő első 24 óra tekintetében. A betegek 10-es skálán értékelték fájdalmukat, melyben a 0 érték a fájdalom hiányát a 10-es érték az elviselhetetlen fájdalmat jelentette. Az első 24 órában a megkérdezett 168 beteg 91%-a jelzett fájdalmat. Ezt követően a műtét utáni első 24 óra különböző szakaszaiban (közvetlenül műtét után, 12 órával és 24 órával műtét után) a válaszoló betegek esetén azt vizsgáltuk, kinek volt legalább 5-ös vagy erősebb fájdalom. Közvetlenül a műtét után, 5-ös vagy annál erősebb fájdalmat, a válaszoló betegek 54%-a érzett, a műtétet követő 12 órával ez az arány 55%-ra változott és 24 órával a műtét után ez 42% volt (**2. ábra**).

Érdekes eredmény, hogy a fájdalom felmérésének gyakoriságát az érintett betegek és az ápolószemélyzet másképpen érzékelték.

A betegek 61%-ának elmondása szerint az ápoló naponta többször mérte a fájdalmát a műtétet követő 24 órában, 19%-uk szerint csak panasz esetén, 14% szerint legalább naponta egyszer, 6% szerint egyszer sem mérték a fájdalmát (**3. ábra**). Előző cikkünkben közölt eredmény volt, hogy a műtétet követő fájdalom felmérése az ápolók 78%-a szerint naponta több alkalommal megtörténik, 11% szerint legalább na-

**2. ábra:** A fájdalom mértékének betegek általi megítélése 10-es skálán a műtét után közvetlenül, 12 óra és 24 óra elteltével



**3. ábra:** A fájdalomfelmérés gyakorisága a betegek szerint

ponta egy alkalommal zajlik, 8% szerint, csak akkor kerül rá sor, ha a beteg fájdalomról panaszodik, 3% pedig egyéb választ adott (Lovasi, 2018).

A beteginterjúk során talákoztunk olyan beteggel, aki kinyilvánította, hogy mit tehet, el kell viselni a fájdalmat. A betegek sok esetben nem is a sebészi beavatkozástól, hanem az azt követő fájdalomtól félnek.

A fájdalomcsillapító terápia eredményességének mértékét nemcsak a betegek által jelzett fájdalom pontszámokkal ítéljük meg. A betegek ezirányú elégedettségét az első 24 órás postoperatív időszakban egy igaz-hamis állításos kérdéssor segítségével adták meg. Az eredményeket az **I. táblázat** mutatja.

A táblázatból kiemelendő, hogy a betegek 57%-ának volt fájdalma mozgásban és nyugalomban is, 17%-uk vett be otthonról hozott fájdalomcsillapítót, 49%-uk éjszakai alvását, 45%-uk kedélyállapotát és 32%-uk étvágyát is zavarta a fájdalom. A megkérdezett betegek 30%-ánál jelentkezett mellékhatás a fájdalomcsillapító terápiával összefüggésben.

pott, a nyújtott tájékoztatás az érintettek mintegy egyharmada számára nem volt kielégítő. A beteg korrekt tájékoztatása elengedhetetlen a későbbi sikeres fájdalomcsillapításhoz. Ha ismert, hogy milyen műtét elvégzése várható, akkor erre megfelelő felvilágosítással felkészíthető a beteg. Tájékoztatása arra is kitérhet, hogy várhatóan milyen fájdalomcsillapítási eljárást fogunk alkalmazni és az milyen mellékhatásokkal járhat (Horváth, 2006). A hazai szakmai ajánlás is leszögezi a beteg számára érthető módon adott és a fájdalomcsillapítási módszerek, mellékhatások, otthoni fájdalomcsillapítási lehetőségeket is magába foglaló tájékoztatás fontosságát (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015).

Ennek alapja a megfelelő orvos-beteg kapcsolat, ugyanis a beteg-tájékoztatást a páciens számára érthető nyelven kell megtenni (Telekes, 2011). A beteg-tájékoztatás lehetőségei változatosak lehetnek, írott beteg-educációs anyagok, videók, média bevoná-

## Következtetések, megbeszélés

A betegek megfelelő, műtéti fájdalomcsillapítással kapcsolatos tájékoztatásának fontosságát számos helyen leírják. A műtétet megelőzően a betegek 78%-a járt altató orvosi kivizsgáláson, ez megegyezik Bede és munkatársai által leírtakkal, miszerint az aneszteziológiai ambulancián kell megtörténni a preoperatív vizsgálatnak és a korrekt beteg-tájékoztatásnak (Bede et al., 2014). Megfelelő tájékoztatást a vizsgált betegek mintegy fele ka-

**1. táblázat:** A fájdalomcsillapító terápia hatásossága a betegek szerint a műtét utáni első 24 órában

(n=168)	Igaz	Hamis
Sem mozgásban, sem nyugalomban nem volt nagy fájdalom	43%	57%
Össességében elviselhető, kismértékű fájdalom volt	61%	39%
Saját (otthonról hozott) fájdalomcsillapítót vettem be, hogy a fájdalom elviselhetővé tudjam tenni	17%	83%
Fájdalomcsillapító hatás csökkenésekor, ha kértem, mindig kaptam fájdalom csillapítót, így nagymértékű fájdalom nem volt	89%	11%
A szükséges és engedélyezett mozgásokat a műtétet követően el tudtam végezni, a fájdalom ebben nem akadályozott	80%	20%
Az éjszakai alvásomat a fájdalom nem zavarta	51%	49%
Kedélyállapotomat, nyugalomomat a fájdalom nem zavarta	55%	45%
Az étvágyamat, étkezésemet a műtét utáni fájdalom nem korlátozta	68%	32%
A személyzettel, beteg-társakkal való kommunikációm a fájdalom nem akadályozta	86%	14%
A fájdalomcsillapító terápiának mellékhatása (hányinger, hányás, viszketés, zsibbadás, székrekedés, stb...) nem jelentkezett	70%	30%

sa mind eredményes eszköz lehet, segítheti a betegek mind jobb felkészítését a műtét utáni teendőkre.

Brian D. Philips., (2010) és munkatársai által végzett vizsgálatok során a betegek már műtétet megelőzően kaptak oktatást, majd a kórházi tartózkodásuk alatt és távozás után is ellátták őket megfelelő információkkal a fájdalom kezelésével kapcsolatban (Philips et al., 2010).

A betegek által műtét után jelzett fájdalom a kapott eredményeink alapján jelentősnek mondható. Ez megegyezik azzal az irodalmi megállapítással, miszerint *„a műtét utáni időszakban a postoperatív fájdalom a betegek leggyakoribb panasz. Dacára azonban a téma iránti látványosan megnőtt érdeklődésnek a postoperatív fájdalom csillapítása napjainkban az esetek akár 70–90%-ban is inadequát”* (A műtét utáni fájdalom csillapítása, 2016).

A fájdalom felmérés gyakorisága az ápolók és betegek érzékelése szerint eltért egymástól.

*„A fájdalom-erősség rendszeres auditjának a bevezetése, valamint a műtét típusra szabott fájdalomcsillapítási protokoll alkalmazása hatékony módszerek tűnik a fájdalom kezelésében”* (Léber, 2011).

Telekes leírja, hogy, már a *„korai adatok igazolták, hogy hosszútávon kielégítő fájdalomcsillapítást lehet elérni, ha a fájdalmat megfelelő módon értékeli”* (Telekes, 2011).

Ehhez kapcsolódik, hogy a fájdalomcsillapítás lehetséges szövődményeinek, mellékhatásainak monitorozása tekintetében az ápolók 34%-a válaszolta, hogy ezeket figyeli, leginkább műszakonkénti gyakorisággal (Lovasi, 2018). Jelen vizsgálatunkban pedig a betegek 30%-a jelzett valamilyen mellékhatást a fájdalomcsillapító terápiával összefüggésben.

A betegek által jelzett műtét utáni fájdalom csökkentése érdekében megfontolandó a nem farmakológiai stratégiák használata is, például a masszáz, műtét után az őrzőben kellemes zene használata, a beteg helyes fektetése, helyes légvétel megtanítása, figyelem elterelő technikák alkalmazása. Azon betegek esetén javasolják a nem gyógyszeres fájdalomcsillapító eljárások alkalmazását, akik szoronganak, hosszabb ideig kell fájdalmat elviselniük, vagy vonzónak találják ezeket a módszereket (Potter-Perry, 2013., Horváth, 2006.)

Eredményeink szerint a fájdalomcsillapítással kapcsolatos mellékhatásokat a vizsgálatunkba bevont ápolók 34%-a monitorozta, valamint, a betegek a fájdalomcsillapító terápia hatásosságát nem minden esetben ítélték megfelelőnek. Ennek okát a hazai szakirodalomban már leírt jelenségre vezetjük vissza, miszerint az intézményekben *„nincs megfelelő szakmai protokoll a fájdalomcsillapítás végzésére, nincsenek jól bevált standardok és az intézmények akkreditációs követelményrendszeréből hiányzik a korrekt*

*fájdalomcsillapítási igény annak ellenére, hogy a fájdalomcsillapításhoz való jog, alapvető emberi és törvényben deklarált jog.”* (Horváth, 2006).

A hazai szakmai szabályozás legitimitását növelné, ha jelen NEFMI által kiadott szakmai ajánlás – az egynapos sebészeti beavatkozásokhoz kapcsolódó perioperatív fájdalomcsillapításra érvényes szakmai irányelvhez hasonlóan – kihirdetett szakmai irányelv lenne, mely minden kétséget kizáróan meghatározná a fejlesztések irányát ezen a területen is (Lovasi, 2018). Ez jelenthetné az alapját a helyi, intézményi szabályozók kialakításának.

A korrekt fájdalomcsillapítási gyakorlat kialakítása érdekében nagy szükség lenne az egészségügyi intézményekben olyan szakmai protokollok kidolgozására, amelyben a helyi viszonyoknak megfelelően meghatározásra kerülnek az ellátásban résztvevők felelősségi szintjei, kompetenciái, a fájdalomcsillapítás során végzendő tevékenységek, az alkalmazott készítmények és módszerek leírása mellett.

A helyi szakmai protokollokban többek között tisztázni kell az ellátásban résztvevők feladatait, kompetenciáit. Le kell szögezni, hogy, ki és hogyan rendeli el a műtét utáni fájdalomcsillapítást, ki és milyen gyakorisággal illetve módszerrel méri a fájdalmat, a mellékhatásokat és a szövődmények elhárítására ki lesz kompetens (NEFMI Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, 2015). A betegelégedettségi vizsgálatoknak a műtétes osztályok vonatkozásában ki kellene terjedni a betegek postoperatív fájdalomcsillapítással való elégedettségük mérésére. A kapott visszajelzések alapján az intézményi gyakorlatok fejlesztése is lehetséges.

A betegek postoperatív fájdalmának csökkentésében nagyon jelentős szerepe lenne az intézményi helyi szabályozók létrehozásának és alkalmazásának, az orvosok és egészségügyi szakdolgozók rendszeres, megfelelő oktatásának, a betegelégedettség és a műtét utáni fájdalom rendszeres felmérésének.

A postoperatív fájdalomcsillapítási gyakorlatok áttekintésére ad lehetőséget az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztésére irányuló projekt keretében zajló betegbiztonsági joggyakorlatok gyűjtése és megosztása a hazai egészségügyi szolgáltatók körében. További jelentős előrelépés lenne, ha a cikkünkben többször hivatkozott szakmai ajánlás kihirdetett szakmai irányelv lenne, meghatározva a hazai postoperatív fájdalomcsillapítási gyakorlat legfontosabb irányvonalait. Az egységes alapokon nyugvó szabályozók kialakítása és a fájdalom menedzsmenttel kapcsolatos témák előtérbe kerülése segíthetné, hogy a hazai intézményekben ugyanazon elvek mentén szerveződjön és eredményesebbé válhasson a postoperatív fájdalomcsillapítási ellátás.

## Irodalomjegyzék

1. Bede, A., Csomós, Á., Hauser, B., Hupuczi, P., Janecsó, M., Molnár, Zs., Nagy, G., Szentirmai, Cs.,... Újhelyi, E. (2014). A preoperatív aneszteziológiai vizsgálat *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 44 (3)
2. Borsodi, M. (2006). Posztoperatív fájdalomcsillapítás *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 36 (Suppl.1)
3. Horváth, J. A. (2006). A műtét beavatkozást követő fájdalomcsillapítás- Gyakorlati Gondolatok a háziorvosi praxis számára *Háziorvos Továbbképző Szemle* 11: 501-506
4. Léber, A. (2011). A posztoperatív fájdalomcsillapító módszerek hatékonyságának vizsgálata az egynapos ortopédiai ellátáson belül *szakdolgozat* Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Pécsi Képzési Központ Ápolás és Betegellátás Intézet Ápolástudományi Tanszék Ápolás és Betegellátás szak Ápoló szakirány levelező munkarend
5. Lovasi, O., Lám, J. (2018). A Postoperatív fájdalom menedzsment helyzete napjainkban Magyarországon 1. rész *Nővér*, 31(5), 35-40..
6. A műtét utáni fájdalom csillapítása Available from: <http://www.drdiag.hu/iranyelvek.php?id=159> [accessed: November 28, 2016].
7. Philips, B.D., Liu, S., Wukovits, B. (2010). Creation of a Novel Recuperative Pain Medicine Service to Optimize Postoperative Analgesia and Enhance Patient Satisfaction Received. *HSSJ*. 6: 61-65.
8. Nefmi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium, Egészségügyi szakmai irányelv: A perioperatív fájdalomcsillapítás Available from: [https://www.doki.net/tarsasag/aneszteziologia/upload/aneszteziologia/document/A\\_perioperativ\\_fajdalomcsillapitas\\_szakmai\\_iranyelv.pdf?web\\_id=D4A7736485FE883](https://www.doki.net/tarsasag/aneszteziologia/upload/aneszteziologia/document/A_perioperativ_fajdalomcsillapitas_szakmai_iranyelv.pdf?web_id=D4A7736485FE883) [accessed: May 30, 2018]
9. Potter- Perry (szerk.) (2013). Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai, 28. fejezet. Medicina, Budapest. 755-783.
10. Telekes, A. (2011). A modern fájdalomcsillapítás alapelvei *Gyógyszerészet* 55. 259-262

## Szabadon választható elméleti továbbképzési pontszerzési lehetőség

A magyar és angol nyelvű tanulmányok, kutatási beszámoló publikációk mellett a NŐVÉR szakfolyóirat 2019. évi lapszámaiban is megtalálhatóak a továbbképző cikkek. Előfizetőink számára e friss kéziratokhoz tartozó tesztkérdések kitöltésére – a folyóirat 32. évfolyama mind a hat lapszámának megjelenését követően – 2019. decemberében a MESZK honlapján keresztül online módon nyílik lehetőség. A kéziratot őrizze meg, mert a teszt kitöltéséhez a későbbiekben még szüksége lesz rá!

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

# Az ápolók szerepe és feladatai a korai szepszis menedzsmentben

VÁRADI Annamária, FEHÉR Gábor, FÖMÖTÖR Péter

## ÖSSZEFOGLALÁS

Surviving Sepsis Guideline (SSG) egy olyan dokumentum, ami merőben új megoldásokat javasolt a szepszis diagnosztikában és az ellátásban. Ilyenek voltak az 100%-os oxigénterápia, folyadékpótlás, haemokultura és mikrobiológiai mintavétel, kombinált és empirikus intravénás antibiotikum adása, laktát, CRP és PCT vizsgálata, illetve a sebészi feltárás. Az eljárásban foglaltak használata igazoltan javítja a betegek biztonságát és a minőségi szepszis ellátást. A program elemei közül a szerzők a Szepszis-6 protokoll elemeit emelik ki, amelyek kis ráfordítással bevezethetők és egyértelműen előnyösek. Az ajánlást, különös tekintettel a nem sürgősségi osztályon dolgozó ápolóknak is ismerni kell, a szepszis korai felismerésének, preanalitikai vizsgálatának és a kompetencián belüli lehetőségeinek figyelembevételével.

**Kulcsszavak:** SSG, szepszis, szepszis-6 protokoll, kompetencia

## The role of nurses and their tasks in early sepsis management

Annamária VÁRADI, Gábor FEHÉR, Péter FÖMÖTÖR

## SUMMARY

The Surviving Sepsis Guideline (SSG) is a document that proposed new solutions in the diagnostics and treatment of sepsis. The methods identified were the 100% oxygen therapy, fluid resuscitation, blood culture and microbiological analysis, empiric combination antibiotic therapy, lactate monitoring, comparison of PCT and CRP, and surgical opening. Using the above mentioned methods has proven to improve the quality of sepsis treatment and the safety of patients. Sepsis -6 protocol has been highlighted by the authors as a process that is easy to implement in terms of cost while remaining highly beneficial. This recommendation should also be well known for nurses that do not work in emergency units. This will help recognise sepsis at an early stage, and provide guideline in the analytical examination and the possibilities within the competence.

**Keywords:** SSG, sepsis, sepsis-6 protocol, competence

VÁRADI Annamária  
Diplomás ápoló, Országos  
Gerincgyógyászati Központ,  
Gerincsebészeti és Ortopédiai  
Osztály, Budapest

FEHÉR Gábor Diplomás  
ápoló, Petz Aladár Megyei  
Oktató Kórház, Pszichiátriai,  
Mentálhigiénés és Addiktológiai  
Osztály, Győr

FÖMÖTÖR Péter  
Diplomás ápoló, vezető ápoló,  
MHEK Honvédkórház- Idegse-  
bészet, Budapest

**Levelező szerző**  
(correspondent):  
VÁRADI Annamária;  
E-mail: varadiamily@gmail.com

**Beérkezett:** 2018. június 27.  
**Elfogadva:** 2019. május 23.

## Bevezetés

Európában és hazánkban is a szepszissel összefüggő morbiditások, mortalitások és az antibiotikum rezisztencia jelentik az egyik legnagyobb betegbiztonsági kockázatot, egyben komoly népegészségügyi kihívást jelentenek. Az elsődleges fertőzések vagy a másodlagos, kórházi fertőzések (légtúti, húgyúti, savós hártályakat érintő, légyszöveti, idegrendszeri vagy véráramfertőzések) különböző módon jelennek meg, és az egyes páciensekben is nagyon eltérő tüneteket hoznak létre. Ezek között a szisztémás gyulladással válaszreakciót, a szepszist, és a septicus sokkot kell megemlítenünk. Ezek kezelési elveit az utóbbi években több nemzetközi szakmai testület egységesíteni kívánta (A súlyos szepszis, 2009). Itt szeretnénk jelezni, hogy a meghivatkozott irányelv régi, felülvizsgálata közel 10 éve

nem történt meg. A második módosítás 2008-ban történt, érvényessége lejárt. Új hazai irányelv ebben a témában azóta nem jelent meg.

A súlyos szepszisben magas a halálozási arány (25–30%). A korai és célzott kezelési elv csökkentheti a kórházi halálozást. A kezdeti kezelés része az oxigénterápia, a folyadékpótlás, az antibiotikum adása és a sebészi feltárás, amit egy órán belül kell elkezdni (Zöllei, 2009; Gauer, 2013). A betegség kimenetele szempontjából fontos a megfelelő kezelés azonnali megkezdése. A páciensek túlélési esélyét csakis az azonnali, az észlelést követő első órán belül megkezdett hatékony kezelés biztosíthatja. Ekkor ez az esély 80%, az idő múlásával már csak 20%. A statisztikai adatok igazolják, hogy a szepszist a betegbiztonság kiemelt részének tekintjük (IME, 2015., 14 (9), 19–20).

A folyamatosan fejlődő modern orvostudomány sikerei még mindig nem vezettek a fertőzést okozó problémák megoldásához, melyek gyakran szepszishez, és annak szövődményeként szeptikus sokkhoz vezetnek (Tóth, 2015). Az utóbbi évtizedekben az intenzív terápiás kutatás és érdeklődés középpontjába vitathatatlanul a szepszis került. Ha epidemiológiai adatokat elemezzük, azt látjuk, hogy drámaian megnőtt a fertőzések száma, ezen belül a szepszis előfordulása (Molnár, 2017). A szepszis egy olyan kórkép, amelynek még ma sincs egységes meghatározása, kialakulásának pontos folyamata nem tisztázott, bár sok jól megalapozott elmélet létezik. Mindezek mellett a szeptikus állapotú páciensek halálozása kirívóan magas („Szepszis ellátás 2016”, 2016).

### Történetelméleti háttér

Az antibiotikum használatának elterjedésével a világ azt gondolta, hogy megnyerte a háborút a fertőzések elleni küzdelemben. A sikeres évek után jelentkeztek az első jelek, problémák. Megjelentek a penicillináz termelő SA baktériumok (1945). Az új jelenség rezisztencia néven vált ismertté. **(1. ábra)** További vizsgálatok felismerték a fertőzések toxikus hatásait ('50-60-as évek). Egyes vélemények már elvetették a korábban alkalmazott baktérium teória elvét is. 1983-ban jelent meg a SIRS koncepciója (Dr. W. R. Nelson). 1991-ben megfogalmazták a Sepsis-1 definíciót (Bone & Knaus). A szepszis nem más, mint a szervezet válasza egy infekcióra és a SIRS tüneteinak a jelenléte (Keresztes, 2016).

A XX. század végén és a XXI. század elején megszületik a szepsziszhez kapcsolódó többszervi elégtelenség értékelési pontrendszere (SOFA score), és a szepszis osztályozási rendszere (PIRO) és a Sepsis-2

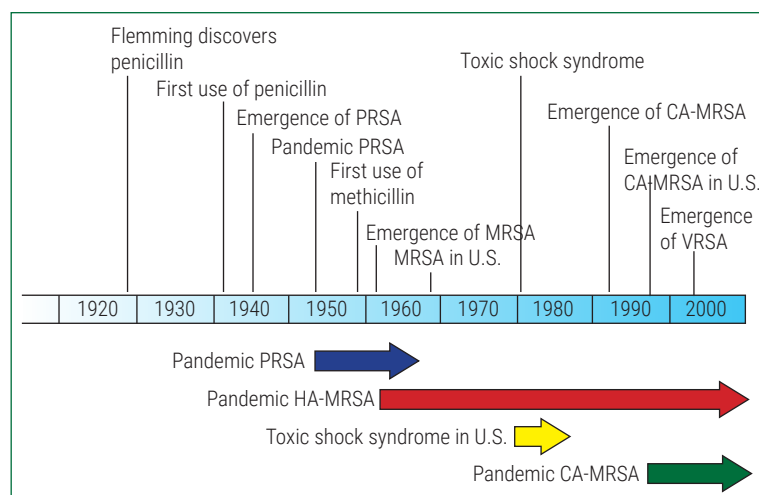
### Rövidítések jegyzéke

CRP: C-reaktív protein
ESCAVO: mobil egészségügyi alkalmazásokat és digitális egészségügyi tartalmakat fejlesztő cég
ESICM: European Society of Intensive Care Medicine
MODS: Multiple Organ Dysfunction Syndrome (többszervi diszfunkciós szindróma)
PCT: Procalcitonin
SSI: Surgical Site Infection (sebészeti ellátással összefüggő fertőzés)
SSC: Surviving Sepsis Campaign
SSG: Surviving Sepsis Guideline.
SA: Staphylococcus Aureus
SOFA: Sepsis-Related Organ Failure Assessment (szepszises szervelégtelenség-felmérés)
qSOFA: quick Sepsis-Related Organ Failure Assessment (gyors szepszises szervelégtelenség-felmérés)
SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome (szisztémás gyulladási válaszreakció)

definíció, amelyben minősítik a többszervi elégtelenséget (MODS). Ide tartoznak a respirációs, kardiovaszkuláris, renális, hepaticus és a koagulációs rendszerek eltérései (Keresztes, 2016).

2002-ben az ESICM által elfogadott „barcelonai nyilatkozatban” lefektették a SSC alapjait. A kampány célja a szepszis mortalitásának 25%-os csökkentése. Ehhez egy hét pontos programot javasoltak: a szepszis meghatározás elfogadása, megfelelő diagnózis felállítása, megfelelő kezelés alkalmazása, oktatás, ellátás javítása, irányelvek kidolgozása, megfelelő adatgyűjtő és jelentő program kidolgozása. A program által javasolt irányelvek felülvizsgálatát négyévente tervezték (Elizabeth, Pritpal & Jean-Luis, 2003).

**1. ábra:** Rezisztencia kialakulása (Forrás: J. Clin. Invest, 2009 119:2464)



Több angol és magyar nyelvű cikk is vizsgálja az ápoló szerepét a szeptikus betegek ellátása során. Megállapítják, hogy az ápolók gyorsan felismerhetik a tüneteket és azonnali ellátást tudnak biztosítani, míg az orvos elrendeli a terápiát. Ebben segítségükre lehet az egységes meghatározás ismerete, egy az ellátással kapcsolatos eljárási rend és az oktatás (Babari, 2013).

2012-ben került bevezetésre a SSG. Ez merőben új megoldásokat javasolt a diagnosztikában és az ellátásban. Ilyenek voltak a 100%-os oxigénterápia, folyadékpótlás, haemokultura és

mikrobiológiai mintavétel, kombinált és empirikus intravénás antibiotikum adása, laktát, CRP és PCT vizsgálata, illetve a sebészi feltárás. Ezeknek a feladatoknak az elvégzését egy órán belül ajánlott elvégezni (Dellinger et al., 2013; Molnár, 2017; „Szepszis ellátás 2016.”, 2016, Robert, 2013; Zöllei, 2010).

A gyors és hatékony ellátást nehezíti a nem egyetemes ápolóképzés, ami különböző kompetencia szinteket eredményez. Fontos lenne, minden ápoló számára a munkahelyi továbbképzések megtartása, ezen belül fókuszálva a sepsztikus beteg ellátásra, akár az új belépők, akár a régi dolgozók számára. Egy ápoló minél képzetesebb, annál több tudással, ismerettel rendelkezik, ezáltal hatékonyabban tudja ellátni a feladatát. Ez elsősorban az oktatáson keresztül valósulhatna meg, ami nem csak a kórházi ellátásban kapna szerepet (Tóth, 2015).

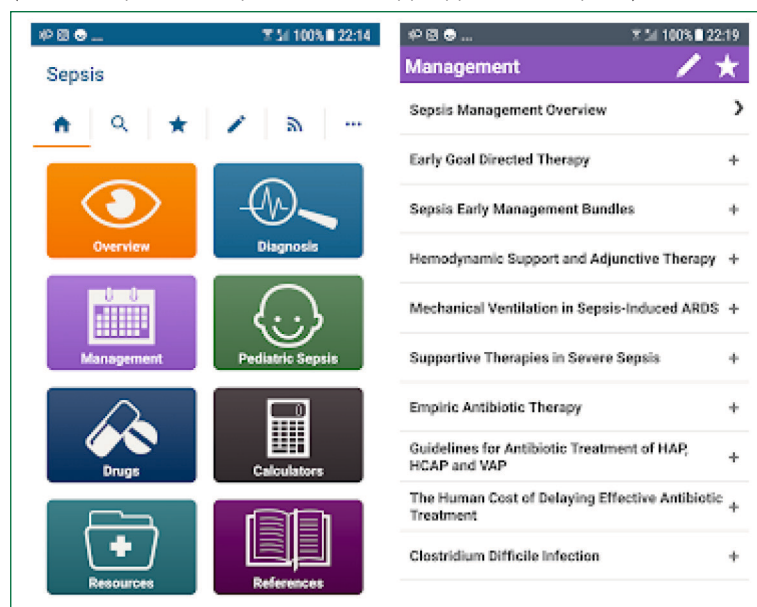
2016-ban megjelent a Sepszis-3 meghatározás, mely szerint a sepszis nem más, mint a fertőzés következtében létrejött, hibásan szabályozott válaszreakció, amely életveszélyes többszervi működészavart okoz (Rhodes et al., 2017).

## Döntéstámogatás

A sepszis sikeres kezelésének feltétele a korai felismerés és a minél korábban elkezdett terápia. A pontos és gyors diagnózisalkotást segítik a döntéstámogatás klasszikus módszerei, a protokollok, irányelvek. Kaphatók különböző zsebkönyvek, illetve gyakran találkozni az ellátó helyeken kifüggesztett segédanyagokkal, score táblázatokkal. Ezek a módszerek legtöbbször papíralapúak és használatuk időigényes,

### 2. ábra: Sepsis Clinical Guide

(Forrás: <https://www.apkmonk.com/app/app.escavo.sepsis/>)



tartalmuk nem frissül, sőt, gyakran már a megjelenéskor elavultnak számít.

Az infokommunikáció fejlődése és az okos eszközök széleskörű elterjedése lehetőséget ad gyors tájékozódásra a nagy és a folyamatosan frissülő adatbázisokból. Az egészségügy területén is egyre több program jelenik meg, ami a napi klinikai gyakorlatban is jól használható, mint például az ESCAVO Inc. által készített Sepsis Clinical Guide.

Az ESCAVO Inc. mobil egészségügyi alkalmazásokat és digitális egészségügyi tartalmakat fejlesztő cég. Az ESCAVO csapata orvosokból, szoftverfejlesztőkből és grafikusokból áll. Az alkalmazás orvosi tartalmát olyan gyakorló orvosok fejlesztik, akik teljes mértékben részt vesznek a fejlesztésben, az orvosi tartalomkészítéstől a felhasználói felület kialakításáig, biztosítva, hogy minden az egészségügyi szakemberek igényeihez igazodjon. A program célja, hogy az orvosok naprakész információkat kapjanak a SIRS, a sepszis és a sepsztikus sokk megfelelő kezelésére az akut ellátásban („About Us”, 2011).

Az alkalmazás angol és spanyol nyelven érhető el. Ingyenes, folyamatosan frissül, letölthető Android és IOS eszközökre egyaránt. A program felépítése egyszerű, nyolc fő menüpontban tartalmaz 15 féle kalkulátort, gyógyszerelési segédletet és közel 200 irodalmi hivatkozást (gyorslinkkel együtt). A felhasználói élményt növeli az egyszerűsített keresés, a könyvjelzők elhelyezése, és a saját jegyzetek hozzáadásának lehetősége. (2. ábra)

A program hátránya, hogy használata nyelvtudást igényel, illetve a gyógyszeres, kezelési ajánlások nem minden esetben egyeztethetők a hazai lehetőségekkel. Továbbá a program alapvetően orvosok számára készült, a korai felismerés, diagnózis alkotás mellett a kezelési lehetőségekre koncentrál és nem tartalmaz ajánlásokat az ápolási folyamatra, hiányzik az önálló ápolási modul.

## Definíciók

**Infekció:** Az anamnéziséből és a klinikai vizsgálatok eredményei alapján felállított diagnózis és a szervezet szisztémás válaszreakciójának jelei (SIRS). („Szepszis ellátás 2016.”, 2016)

**SIRS:** Különböző, infekciós vagy nem infekciós eredetű hatásokra (pl. trauma, égés, pancreatitis) adott szisztémás infekciós válasz. Testhőmérséklet  $<36\text{ }^{\circ}\text{C}$

**3. ábra:** Szepszis-3 definíció (Forrás: „Szepszis 2016”, 2016)



vagy  $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$ , szívfrekvencia  $>90/\text{perc}$ , légzési frekvencia  $>20/\text{perc}$ ,  $\text{PaCO}_2 <32\text{ Hgmm}$ , fehérvérséj szám  $>12.000/\mu\text{l}$  vagy  $<4.000/\mu\text{l}$ , vagy több mint 10% éretlen alak. („Szepszis ellátás 2016.”, 2016)

**Szepszis-3 meghatározás:** a szepszis nem más, mint a szervezet fertőzésre adott válaszreakciójának zavarra okozta, életet veszélyeztető szervi funkciózavarral járó állapot. („Szepszis ellátás 2016.”, 2016) **(3. ábra)**

**Szeptikus sokk:** A szepszis egy olyan megjelenési formája, mely súlyos keringési elégtelenséggel, sejt-szintű diszfunkcióval és anyagcserezavarral jellemezhető, ami az ellátásban a folyadékhiány rendezését követően is tartós hipotenzió ( $\text{MAP} < 65\text{ Hgmm}$ ) és/vagy laktát-szint emelkedésként ( $\text{laktát} > 2\text{ mM}$ ) nyilvánul meg. („Szepszis ellátás 2016.”, 2016)

**PIRO koncepció:** A szepszis diagnózisában és kezelésében komoly nehézség a betegség különbözősége, sokszínűsége. Ezen tényezők csoportokba foglalása vezetett az ún. PIRO-koncepció megalkotásához („Szepszis ellátás 2016.”, 2016).

**P (predispozíció):** életkor, előzmények, alapbetegség és a genetikai háttér.

**I (infekció):** hely, behatolási kapu, kórokozó valószínűsége.

**R (response- válasz):** a szervezet válasza a fertőzésre.

**O (organ dysfunctions):** a szervi működés zavarok mértéke.

**qSOFA score:** egy pontrendszeren alapuló, gyors vizsgáló módszer, amely segít eldönteni, hogy a páciens életveszélyben van-e, vagy nem. Nem specifikus módszer a szepszisre, de a kórfolyamat kimenetelét, mortalitását prognosztizálja. Három kritériumot

alkalmaz, és egy pontot rendel hozzá. Légzés:  $>22/\text{min}$ - 1 pont, keringés: szisztolés vérnyomás  $<100\text{ Hgmm}$ - 1 pont, központi idegrendszer: akutan kialakuló zavartság, tudatállapot változás, Glasgow kóma skála  $<13$ - 1 pont. Amennyiben a qSOFA pontja infekció gyanús betegben  $\geq 2$  vagy a qSOFA pontja  $<2$  alatt marad, de alapos gyanú van a septicus állapotra (PIRO), úgy a SEPSIS 6 protokoll végrehajtandó 1 órán belül („Szepszis ellátás 2016.”, 2016).

## Szepszis-6 protokoll ismertetése, pontról pontra

A szupportív terápia lényege hogy a kiváltó ok megszűnéséig a beteget megfelelő állapotban tartjuk, a bekövetkezett szervkárosodásokat megállítjuk, visszafordítjuk, illetve a további szervkárosodást megelőzzük. Ennek első lépése az oxigén terápia. **(I. táblázat)** Minden esetben törekedni kell a megfelelő oxigén adására. Második a folyadék terápia. Itt ballanszírozott kristalloid oldatokat kell előnyben részesíteni. A kiszámított mennyiség beadása három óra alatt ajánlott. Harmadik lépés a haemokultúra és mintavétel a fertőzés helyéről. A következő az empirikus és kombinált antibiotikum adása. Ötödik lépés a preanalitikai folyamatok, laboratóriumi mintavétel. Itt vegye figyelembe az adott intézmény eljárásrendjét. Hatodik lépés a vizeletürítés, folyadékkegyenleg megfigyelése („Szepszis ellátás”, 2016).

## Teamápolás, ápolói kompetenciák

A minőség javítása, fejlesztése szempontjából fontos a csoportműködés, a szervezeti kultúra színvonalának emelésére irányuló szándék és tevékenység. Az ápolási team egészségügyi dolgozók olyan csoportja, akik közös cél elérése érdekében dolgoznak együtt, és hajlandók az önállóságukból annyit feladni, amennyit a cél elérése feltételez. A sikeres együttműködés alapja a szerepek tisztázása, kompetencia

**I. táblázat:** Szepszis-6 protokoll (Forrás: „Szepszis ellátás”, 2016, Szedlák, 2017)

1. 100% oxigén (erős ajánlás)	Adjon oxigént (15l/perc) rezervoáros vagy venturi maszkon.
2. Folyadék reszuszitáció (erős ajánlás)	Adjon balanszírozott kristalloid oldatot (30ml/ttkg) 4-6 óra alatt. 0,9% NaCl adása TILOS!
3. Hemokultúra+ mintavétel	2x2 palack+ mintavétel a fertőzés lehetséges helyéről
4. Antibiotikum (erős ajánlás)	Kezdje meg az empirikus antibiotikum terápiát.
5. Preanalitikai folyamatok, mintavétel	Laktát szint artériás vérből. PCT, CRP, elektrolitok, vese-és májfunkció teszt, vércukor, INR, APTI és vérkép
6. Vizeletürítés monitorizálása	Figyelje óránként az ürített vizelet mennyiségét és a folyadékkegyenletet. Fontolja meg a hólyagkatétert.

**II. táblázat:** Ápolói kompetenciák jogi hátterei (Forrás: www.njt.hu)

2011. évi CXCV. törvény a köznevelésről
2011. évi CLXXXVII. törvény a szakképzésről
150/2012. (VII. 6.) Korm. rendelet az Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről
217/2012. (VIII. 9.) Korm. rendelet az állam által elismert szakképzések szakmai követelménymoduljairól
14/2013. (IV. 5.) NGM rendelete a szakképzési kerettantervek kiadásáról
37/2013. (V. 28.) EMMI rendelet a szakmai és vizsgakövetelményekről
84/2013. (II. 21.) Korm. rendelet egyes szakképzési tárgyú kormányrendeletek módosításáról
18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről
27/2016. (IX. 16.) EMMI rendelet az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképzések szakmai és vizsgakövetelményeiről
5/2018. (VII. 9.) ITM rendelet a szakképzési kerettantervekről

szintek meghatározása. Ezzel javulnak a gyógyulási eredmények, tevékenységünk és az erőforrások optimalizálhatók. A kompetencia készségek, képességek, ismeretek és viselkedési jegyek együttesét jelenti. A szakképzésnek megfelelő munkafeladatok elvégzésére való képesség, alkalmasság pedig a szakmai kompetencia. **(II. táblázat)**

Az ápolási team tagjai:

- MSc Ápoló (okleveles ápoló, kiterjesztett hatáskörű ápoló)
- BSc Ápoló (diplomás ápoló, ápoló)
- Ápoló 55 723 01
- Gyakorló ápoló 54 723 02
- Általános ápolási és egészségügyi asszisztens 52 720 01

A leírtak alapján a megfigyelés és a vitális paraméterek mérése, értékelése az ápolói teamben résztvevők számára alapvető kompetencia. A szepszis el látást a teamtagok az **I. táblázatban** leírtak szerint tehetik gyorsabbá és sikeressé (Pápai, 2011).

#### 1. Oxigénterápia

Az ellátás szintjén az oxigén adása (4–6l/min) megengedett. A sikeres kezeléshez azonban nagyobb áramlási sebesség szükséges. Ennek elrendelése orvosi vagy felsőfokú végzettségű szakdolgozói kompetencia (Pápai, 2011).

#### 2. Folyadék reszusztitáció

Figyelembe véve, hogy a szepszis egy időfaktoros kórkép, fontos a gyors és megfelelő folyadékpótlás. Szakdolgozói szinten csak a felsőfokú és az ápoló 55 végzettségűeknek van kompetenciája. A gyakorló ápolónak csak felhatalmazással van lehetősége (Pápai, 2011).

#### 3. Preanalitikai folyamatok, mintavétel

Ezeknek az ismerete szintén fontos az ellátás kapcsán. Pozitív, hogy a képzés minden szintjén nagy

hangsúlyt fektetnek az ismeretek megszerzésére. Itt egy jól megírt és oktatott eljárásrend segítene, mivel ez a folyamat kapcsolódhat a vénabiztosításhoz.

#### 4. Antimikrobás kezelés

Ez minden szinten együttműködő feladat, kivéve a kiterjesztett hatáskörű (MSc) ápolói végzettséggel rendelkező szakdolgozóknál.

#### 5. Folyadék egyenleg monitorizálása

A megfigyelés önálló feladat. Amennyiben hólyagkatéter szükséges, akkor annak bevezetése különböző kompetenciaszinteket von maga után. A gyakorló ápoló 52 csak előkészít és asszisztál, az ápoló 54 megbízás alapján végezheti, az ápoló 55 és a felsőfokú végzettségű szakdolgozó önállóan végezheti ezt a feladatot.

## Következtetések, javaslatok

A szepszis egy időfaktoros kórkép. Az időben megkezdett kezelési stratégiával csökkenthető a kórházi mortalitások aránya. A kutatási eredmények hangsúlyozták az egységes definíció elfogadását, eljárásrend kidolgozását és azok oktatását. Megállapítható, hogy az információk, adatok, eredmények és az azokból levont következtetések nagyrészt a sürgősségi centrumokra és intenzív osztályokra vonatkoznak. Az általános sebészeti, belgyógyászati és a kisklinikumi osztályokra nem vagy csak érintőlegesen. Az ápolói kompetenciák különbözőek, nem egységesek. Jelenleg a MSc, BSc és az ápoló 55 végzettség biztosítja a Szepszis-6 protokoll gyors és hatékony megvalósulását. Az ápoló 52/54 végzettség részben vagy írásos felhatalmazás mellett biztosítja a protokoll végrehajtását. Az eredményeket látva arra a következtetésre jutottunk, hogy nagy szükség van a szepszissel kapcsolatos képzésekre. Ezekben a képzéseken hangsúlyt fektetnénk a szepszissel kapcsolatos ismeretek bőví-

tésére, a szeptikus páciensek ellátására, ápolására. A XXI. század igényeihez igazodva, a tanulási folyamat jelentősen gyorsítható, a már rendelkezésre álló e-learning anyagokkal, és okos készülékekre írt applikációkkal, így a képzések anyagát érdemes kibővíteni ezek alkalmazásának oktatásával. Távlati cél lehet egy olyan fejlesztő team összeállítása, akik

a hazai viszonyokra adaptált anyagokat, programokat készítenek, a fejlesztések során, pedig pótolni lehet a hiányzó ápolási modult. A szakdolgozók számára, mint az ellátó team tagjai számára, megfelelő ismeret átadása a szepszis tüneteinek korai felismerésével, a protokoll szerinti célok elérésével kapcsolatban.

## Irodalomjegyzék

1. 5/2018. (VII. 9.) ITM rendelet a szakképzési kerettantervekről. Hozzáférhető 2018-09-17 [https://www.nive.hu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=933](https://www.nive.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=933)
2. 14/2013. (IV.5.) NGM rendelete a szakképzési kerettantervek kiadásáról. Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.njt.hu/>
3. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzésekről, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről. Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.njt.hu/>
4. 27/2016. (IX. 16.) EMMI rendelet az emberi erőforrások minisztere ágazatába tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeiről. Hozzáférhető 2018-09-17 <http://www.njt.hu/>
5. 37/2013. (V.28.) EMMI rendelet a szakmai és vizsgakövetelményekről. Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.njt.hu/>
6. 84/2013. (II.21.) Korm. rendelet egyes szakképzési tárgyú kormányrendeletek módosításáról. Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.njt.hu/>
7. 150/2012. (VII.6.) Korm. rendelet az Országos képzési jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről. Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.njt.hu/>
8. 217/2012. (VIII. 9.) Korm. rendelet az állam által elismert szakképesítések szakmai követelménymoduljairól. Hozzáférhető 2018-09-17 <http://www.njt.hu/>
9. 2011. évi CLXXXVII. törvény a szakképzésről. Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.njt.hu/>
10. 2011. évi CXCV. törvény a köznevelésről. Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.njt.hu/>
11. About Us (2011). Hozzáférhető 2018-06-18 <http://www.escavo.com/about/>
12. Andrew, R., Laura, E. E., Waleed, A., Mitchell, M. L., Massimo, A., Ricard, Ferrer, Anand, Kumar, & R. Phillip, D. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med* 43, 304-377. DOI 10.1007/s00134-017-4683-6
13. Arany óra - A szepszis napja a Semmelweis Egyetemen. (2015). *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 14(9), 19-20.
14. A súlyos szepszis és a sokk kezelésének szakmai irányelvei : 2003., 1. módosítás: 2006., 2. módosítás: 2008. (2009). *Közread.: Aneszteziológia és intenzív terápia*, 39(2), 69-101.
15. Babarci, Á. (2013). Az ápolók szerepe a szepszis korai felismerésében és kezelésében. *Nővér*, 26(4), 11-17.
16. Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. (2011). *Hatásköri listák egészségügyi szakdolgozói területen*. Budapest: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara. Hozzáférhető [http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/hataskori\\_lista.pdf](http://www.meszk.hu/upload/meszk/document/hataskori_lista.pdf)
17. Dellinger, R.P., Levy, M.M., Rhodes, A., Annane, D., Gerlach, H., & Moreno R. (2013). Intensive Care Med Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Springer* 41(2), 580-637. doi: 10.1097/CCM.0b013e31827e83af.
18. Elizabeth. S., Pritpal. S.T., Jean-Louis, V. (2003). The Surviving Sepsis Campaign: raising awareness to reduce mortality. *Critical Care*, 7(1), 1-2. doi: 10.1186/cc1876
19. Keresztes, L. (2016.) *A modern sepsis szemlélet kialakulásának története* Power Point előadás XV. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus, Siófok. Hozzáférhető 2018-07-22 [msotke.kmcongress.com/archive/2016/eloadasok](https://www.kmcongress.com/archive/2016/eloadasok)
20. Molnár, Zs. (2017). Szepszis – közös ügyünk I. rész. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 16(3), 13-17.
21. Molnár, Zs. (2017). Szepszis – közös ügyünk II. rész. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 16(4), 18-21.
22. Pápai, T. (2011). Az egészségügyi intézményekben hirtelen kialakuló keringésmegállások, állapotromlások ellátásának rendszere, annak ápolói kompetenciái. *Nővér*, 24(4), 3-10.
23. Robert, L.G. (2013). A szepszis korai felismerése és kezelése felnőttkorban: az első 6 óra. - *Orvostovábbképző szemle*, 20(10), 20-29.
24. Szedlák, M. (2017). Szeptikus beteg ellátása a sürgősségi osztályon. Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház Sürgősségi Betegellátó Centrum, Szepszis Munkacsoport. *Oktatási anyag*
25. Szepszis ellátás 2016 Online tananyag nővéreknek. (2016). Hozzáférhető 2018-07-22 <http://www.klinikaiokozpont.u-szeged.hu/sbo/index.php/hu/magyar-surgossegi-szepszis-halozat/oktatasi-anyagok.html>
26. Tóth, Z. (2015). Az ápoló gyakorlati szerepe a szepszis korai felismerésében és kezelésében. *Nővér*, 28(3), 24-34.
27. Zöllei, É., Bertalan, V., Korsós, A., Hankovszky, P., Drage, S., Lowes, S., Hall, T. & Rudas L. (2010). A súlyos szepszis, szeptikus shock ellátása az SSC/ITHI ajánlás alapján. *Aneszteziológia és intenzív terápia*, 40(1), 31-38.

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

# Ápolók kompetenciái a megelőző kardiológiai ellátásban

Ivana CHLOUBOVÁ, Valérie TÓTHOVÁ

## ÖSSZEFOGLALÁS

**Bevezetés:** A csehországi ápolóképzés az Európai Unió ajánlásain alapszik, tiszteletben tartva az általános ápolók jövőbeni ismereteit és készségeit, amelyeket az alapvető kompetencia kritériumokban fogalmaztak meg. A szív- és érrendszeri megbetegedések nemcsak számos fejlett országban, hanem a fejlődő országokban is a halálozás fő okai közé tartoznak. Hangsúlyt kell fektetni a betegségek megelőzésére, és az ápolóknak hatékony oktatást kell biztosítani az adott témában.

**Célok és módszerek:** A cikk célja a rendelkezésre álló források eredményeinek bemutatása, amelyek az ápolóképzésre és az ebből eredő kompetenciákra összpontosítanak a kardiológia területén, valamint az ápolók egészségügyi oktatási tevékenységének leírása megelőző kardiológia területein a kiválasztott Európai országokban. A kutatáshoz a strukturált interjú módszereit használtuk.

**Eredmények:** Az ápoló feladata a szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzésében, hogy a nyilvánosságot a befolyásolható kockázati tényezőkről oktassa, amelyek jelentős hatást gyakorolnak a szív- és érrendszeri betegségek előfordulására, de az emberek életminőségére is. Fontos, hogy figyelmeztessék az embereket a saját kockázati magatartásuk változásaira, és motiválják őket a jobb életstílushoz vezető tevékenységekre.

**Következtetés:** Megállapítható, hogy a megelőző kardiológiában dolgozó ápolók a korábbi tanulmányaik során szerzett kompetenciákat használják. A jelenlegi gyakorlat azonban a posztgraduális oktatásban a kompetenciák növelését igényli.

**Kulcsszavak:** ápoló, kompetencia, megelőző kardiológiai ellátás, szív- és érrendszeri betegségek

## Nurses' competences in preventive cardiology

Ivana CHLOUBOVÁ, Prof. PhDr. Valérie TÓTHOVÁ

## SUMMARY

**Introduction:** The nurse education in the Czech Republic is based on the recommendations of the European Union, respecting the outcoming knowledge and skills of general nurses, formulated in basic competence criteria. Cardiovascular diseases rank among the main causes of death not only in many developed countries, but also in developing countries. Accent should be put on prevention of these diseases and the nurses should provide for efficient education.

**Goals and methods:** The goal of the article consists in presenting the results of the analysis of the available sources focused on nurse education and the resulting competences in the field of cardiology, as well as in describing the system of health-educational activities of nurses in preventive cardiology in selected EU countries. The methods of research and structured interview were used.

**Results:** The nurse's task in prevention of cardiovascular diseases consists in educating the public on influenceable risk factors which have significant impact on the incidence of cardiovascular diseases, but also on people's quality of life. It is important to alert the people to changes in their own risk behaviours and to motivate them to activities leading to improved life style.

**Conclusion:** It can be concluded that the nurses in preventive cardiology make use of the competences acquired through pregradual studies. However, the current practice requires increasing competences within postgradual education.

**Keywords:** nurse, competence, preventive cardiology, cardiovascular diseases

Ivana CHLOUBOVÁ  
Assist. Prof., vice-dean,  
University of South Bohemia  
in České Budějovice, Faculty  
of Health and Social Sciences,  
Institute of Nursing, Midwifery  
and Urgent Care

Prof. PhDr. Valérie TÓTHOVÁ  
Professor, dean, University  
of South Bohemia in České  
Budějovice, Faculty of Health  
and Social Sciences, Institute  
of Nursing, Midwifery and  
Urgent Care

**Levelező szerző**  
(correspondent):  
Mgr. Ivana CHLOUBOVÁ;  
E-mail: chloub@zsf.jcu.cz

**Beérkezett:** 2018. szeptember 14.  
**Elfogadva:** 2019. február 16.

## Introduction

The nurse education in the Czech Republic is based on the recommendations of the European Union, respecting the outcoming knowledge and skills of general nurses, formulated in basic competence criteria. Additionally to the basic competences, future nurses acquire knowledge and skills for provision of professional activities for individual categories in selected clinical stages (Tóthová, Sedláková, 2008). Within pregradual education, the nurses acquire knowledge and skills for execution of independent, dependent and parallel activities which are important for provision of nursing care for diseases of individual organ systems (Regulation 39/2005 Coll., as amended). The diseases of cardiovascular systems rank among relevant health problems, confronted with priority not only in the Czech Republic but all over the world. Adámková (2010) states that cardiovascular diseases rank among the main causes of death not only in many developed countries, but also in developing countries. More than 50% deaths are caused by such diseases (Bulava 2017). In this context, emphasis is put on provision of efficient care by health care workers, not only by physicians but also by nurses who also play an important role; during pregradual preparation, nurses are educated for provision of holistic care, both in preventive care and in diagnostic and therapeutic procedures (Farkašová et al. 2006). The nurses' knowledge acquired in this manner are sufficient for provision of expert care, but not for provision of highly specialized nursing care. The nurses in the Czech Republic acquire the latter competences in compliance with valid legislative regulations (Government Decree 31/2010 Coll.) during postgradual specialization education, which can be implemented both within the subsequent master study at universities and within lifelong education provided by other educational institutions (e.g. the National centre of nursing and non-medical health care disciplines in Brno).

## Goals and methods

The goal of this article consists in presenting the results of the analysis of the available sources focused on education of general nurses and the resulting competences in the field of cardiology, as well as in describing the system of health-educational activities of nurses in preventive cardiology in selected EU countries. Key words were specified and research strategy was defined in order to acquire the data for the analysis of the available sources. The research aimed at identification of relevant materials was implemented from several databases. The following da-

tabases were used for the research: Medline, Scopus, CINAHL, PubMed and Medvik. The key words of the research included: pregradual education, postgradual education, preventive cardiology, primary prevention, nurse's educational activities, nurse's role in preventive cardiology. The research was limited to the period of 2004 - 2018. 132 Czech and international records were found based on the input criteria. From that number, 31 Czech and international records at which full texts related to the given matter were used for further analysis. Before the analysis, studies published in duplicate and small-scope studies were also sorted out. Then the abstracts and names of the sources were analyzed. Narrow-specific selection criteria were not applied, so that the study could include a broad spectrum of sources. The included studies were integrated in the analysis based on the following criteria: the texts were in English or in Czech; the texts had to be published in professional peer-reviewed periodicals or books.

Results of the analysis of the data obtained by e-mail communication - structured interviews with representatives of professional organizations of selected EU countries - Slovakia, Hungary, Finland, Holland - were used to describe the health-educational activities of nurses in primary and secondary prevention of cardiovascular diseases in selected EU countries. Additional information was ascertained through analysis of available literature. Emphasis was put primarily on the area of the nurses' education and competences.

## Results

### Nurses' competences in cardiology in the Czech Republic

The legislative regulation (Act 96/2004 Coll., as amended) defines the conditions under which an individual acquires professional qualification. The regulation contains firmly defined rules for qualification preparation and professional orientation for each non-medical health care worker (each non-medical health care speciality). For the purpose of analyzing the nurse competences in cardiology, we will further deal only with the speciality of the general nurse who can apply her interventions both in the preventive area of cardiology to influence the health literacy of the public and to contribute to increasing motivation to care for own health, and in the diagnostic and therapeutic area.

The general nurses who acquired their professional qualification in compliance with Act 96/2004 Coll., as amended, provide the nursing care in independent manner and at the same time are in-

involved in the diagnostic, therapeutic, rehabilitation, palliative, urgent or dispensary care in cooperation with the physician. Regulation 391/2017 Coll. is another legislative directive governing the activities of non-medical health care workers. It can serve to define the competences of general nurses describing selected activities of general nurses aimed at contributing to rise the awareness on the activities leading to support and maintain own health and to define the activities leading to restore health.

Specifically defined professional activities of general nurses are treated in the legislation regulations of the Czech Republic in compliance with the European Union directives for education of non-medical health care workers and they are uniform for all EU member countries (Directive of the European Parliament and Council 2013/55/EU). Therefore the skills and knowledge of general nurses, acquired within pregradual preparation in EU countries, are identical. The competences acquired by the nurses within qualification preparation constitute the foundation for their competences in preventive cardiology. The nurses in preventive cardiology in the Czech Republic can work independently provided they have completed the qualification education (Kordulová, 2017). The nurses can acquire the education at higher professional schools and at universities during bachelor studies. The nurses can work independently at departments of preventive cardiology or in consulting rooms of general practitioners or specialists where they implement the health-educational process upon accord with the physician. The nurses in the Czech Republic implement the health-educational interventions in outpatient departments, in hospitals and in sanatoriums - spas. They also work independently in community care. The nurses may also have their own agencies, e.g. Home care agencies, which are included in the system of provision of community care (Tóthová, Bártlová, 2010). The current legislation does not define health-educational activities, but Regulation 391/2017 Coll. states that the nurse carries out the education of patients (Šulistová, Trešlová, 2012) or of other persons involved in provision of nursing care and prepares informational materials for them. The average time of consultancy and education is not defined. Trešlová et al. (2017) state that the first educational session requires more time to establish contact and confidence, and when cooperation and habits are acquired, 45 minutes are recommended as a minimum. Špirudová (2015) even recommends 1-1.5 hours. The educational activities aimed at support and changes of life style are not provable towards the insurance companies.

The nurses' activities in the health-educational process were described within the comparative

analysis, based on the results of the research project called Intervention procedures in preventive cardiology and funded by the Health research agency of the Czech Republic. Although the pregradual education in the EU countries respects the European regulations, the nurses' competences in the selected European countries differ due to the national legislation regulations and the system of health care provision. The roles and positions of nurses in preventive cardiology in individual countries are described below.

### Nurses' competences in cardiology in the Slovak Republic

Nursing experts in the Slovak Republic have been discussing the application of nurses' competences, the use of their potential with emphasis on application of autonomous competences in community services, home nursing care and long lasting care for some time already (Hrindová, 2017). Slovak nurses in preventive cardiology have general competences in prevention and implement them most often within community care. They acquire specified general preventive competences by specialized education in the discipline of Nursing care in community. The legislation does not contain specific health-educational competences for cardiological prevention. The average duration of education and consultancy is not defined and after completing the education, the nurses can apply their health-educational competences across the health care system. In 2007, the Concept of health care in cardiology came into force in Slovakia; it is focused on the physicians' activities, including preventive and continuing interventions. The above stated competences are in compliance with the Regulation of the Ministry of Health of the Slovak Republic No. 364/2005 Coll. The care can be provided under use of the competences authorizing the nurse to carry out the activities independently or based on the physician's indication or in cooperation with the physician (Kurucová et al., 2014).

### Nurses' competences in cardiology in Hungary

The nurses' competences, classified by the level of education, are formulated in Hungary in the List of health care workers (2011). As can be seen from the List, the nurses' competences in preventive cardiology are not specified, similarly to those of the Czech Republic. Adrjanne Zdenkó (2016) emphasizes the importance of maintaining and strengthening the competences within lifelong education. The nurses working in community care can implement some

preventive activities to which they acquired competences according to their education level achieved. The activities are based on the cooperation between the physician and the nurse; the physician specifies which activities the nurse can carry out within her competences to educate the public. The job content defines and specifies the competences. The consulting time depends on the patient's condition. The insurance company does not pay for the educational interventions carried out by the nurse.

### Nurses' competences in cardiology in the Netherlands

Nurses working in preventive care in the Netherlands have passed postgradual education. Such nurses can work across the whole health care system. Some nurses can establish agencies to provide services for healthy life style and to carry out education in further areas of prevention. They assess the health condition, including health risks, make diagnoses and decide on planning of further care (Dierick-van Daele, 2010). The nurses are registered in the professional register. The average duration of patient's consultancy and education in cardiological prevention is not defined. Nurses can provide consultancy in an independent manner or under the physicians' supervision; the consultancy sessions may be provided for a fee. The competences for education on healthy life style or on patient's compliance are included in the education within pregradual preparation for general nursing (Robinson & Griffiths, 2007). Although some nurses' intervention are paid by the health insurance companies already, others are still not paid, probably due to difficult verification of their efficiency.

### Nurses' competences in cardiology in Finland

In 2002, the Finnish Ministry of Health and Ministry of Social Affairs suggested a reorganization of health care provision (Fagerström, 2009). The goal of the transformation consisted, among other things, in strengthening the nurses' competences in the areas of primary, secondary and tertiary prevention. Finland has the Finnish Cardiological Association (Suomen kardiologinen seura) which associates health care workers active in the area of cardiology. Additionally to their education, it also focuses on education of patients with cardiological diseases. The patient education usually takes place in health centres under the guidance

of trained nurses. The nurses do not have private practices in this area; their interventions are community-oriented, according to the public health areas. The nurses devote about 20-40 minutes to the patient's education in order to ensure an adequate level. Nurses provide their services across the whole health care system (Heikkilä, Paananen, 2007). The most hospitals offer educational programs for nurses, which are partially paid.

The results show that the nurse's task in prevention of cardiovascular diseases consists in educating the public on influenceable risk factors of the life-endangering conditions in question with a serious impact not only on the incidence of cardiovascular diseases (Labarthe, 2011) but also on people's quality of life (King, Hind, 2012). It is important to alert the people to changes in their own risk behaviours and to motivate them to activities leading to improved life style (Glanville, 2000, Vilánková et al., 2010). As the European Federation of Nurses (2015) states, the competences result from the combination of knowledge, skills and attitudes leading to provision in high quality nursing care in activities of all types. The ICN documents (2009) define also the nurse with advanced practice, who focuses, among other things, on the assessment of life-endangering risks and plans steps to solve problems. The competences acquired in education of all types lead the nurses to develop a professional environment, which is important to actively involve the care recipient in the decision-making processes (Papastavrou et al., 2012).

### Conclusion

The analysis of selected sources and the findings acquired within the comparative analysis shows that the nurses in preventive cardiology make use of the competences acquired through the pregradual education. However, the current practice requires increasing competences in compliance with the university education of nurses to be able to develop an adequate professional environment motivating the patient to be active in the care of own health. The European Society of Cardiology and the Council on Cardiovascular Nursing (2015) adopt the same attitude.

### Acknowledgement

Supported by Ministry of Health of the Czech Republic, Grant No. 15-31000A. All rights reserved.

## References

- Adámková, V. (2010). *Civilizační choroby – žijeme spolu (Life style diseases – we live together)*. Praha: Triton.
- Adriján Zdenko E. (2016). Gondolatok az ápolói kompetenciáról. In: Nővér 29(2) 22-32
- Astin, F., Carroll, D L., Ruppá, T., Uchmanowicz, I., Hinterbuchner, L., Kletsou, E., Serafin, A., Aketchell, A. on behalf of the Education Committee of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, 2015. A core curriculum for the continuing professional development of nurses: Developed on behalf of the Council. On Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(3), 190-197.
- Balogh, Z., (2011). Hatásköri listák egézségügyi szakkolgozói területen. Budapest: MESZK
- Bulava, A., (2017). *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory (Cardiology for non-medical health care disciplines)*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0468-0.
- Dierick-van Daele, A. (2010). *The Introduction of the Nurse Practitioner in General Practice* [electronic publication]. Schering-Plough. Retrieved from: <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=20140>.
- EFN Rámcet kompetenci přijatých na Valném shromáždění EFN, duben (2015). Brusel.
- Fagerström, L., (2009). Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. In: *International Nursing Review*. 56. pp. 269-272.
- Farkašová, D. a kol., (2006). *Ošetrovatelství – teorie (Nursing – theory)*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-3.
- Glanville IK. (2000). Moving towards health oriented patient education (HOPE). *Holist Nurs Pract*. 2000;14(2):57-66.
- Heikkilä, J., Paananen, M., (2007). Cardiovascular Nursing in Finland. *Progress in Cardiovascular Nursing*. Volume 20: 33- 37.
- Hrindová, T. (2017). Kompetence sestier (Nurses' competences). In: *Ošetrovatelstvo 2020 – trendy, zmeny a budúcnosť*. Bratislava: Vysoká škola sv. Alžbety.
- ICN, 2009. *Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Defenition and Characteristics*. Dostupné na: [www.icn.ch/networks/icn-networks](http://www.icn.ch/networks/icn-networks)
- King, c r., Hinds, p S., (2012). Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice. Sudbury, MA: Jones Bartlett Learning.
- Kordulová, p., (2017). Vzdelávaní sestier v akútnej kardiológii (Nurse education in acute cardiology). In: *Intervenční a akútnej kardiologie*. 16(1), s. 32-34.
- Kurucová, R., Gurková, E., Žiaková, K., Gumanová, I., Kliková, I. (2014). Uplatnenie kompetencií sestier v praxi (Practical application of nurses' competences). In: *Ošetrovatelstvo teorie-výskum- vzdelávanie*. Ročník 4, č. 2. pp. 58-64.
- Labarthe, DR, (2011). *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones Bartlett Publishers.
- Nařízení vlády 31/2010 Sb., v platném znění o oborech specializačního vzdelávání a označení odborností zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (Government Decree 31/2010 Coll., as amended, on disciplines of specialization education and definition of speciality of health care workers with specialized qualification). In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2010, pp. 338-348.
- Papastavrou, E., Efsthathiou, G., Acaroglu, R., Da Luz M.d.a., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Kanan, N., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., Lemonidou, C., Sendir, M., Sousa V.d., & Suhonen, R., (2012). A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment. *Journal of Nursing Management*. 20, 236-248.
- Robinson, S. & Griffiths, P. (2007). Nursing education and regulation: International profiles and perspectives [online publication]. Retrieved from: <http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduProfiles.pdf>.
- Směrnice Evropského parlamentu a rady 2013/55/EU, kterou se mění Směrnice 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací č. 1024/2012 o správní spolupráci prostřednictvím systému pro výměnu informací o vnitřním trhu (Directive of the European Parliament and Council 2013/55/EU, amending the Regulation 2005/36/EC on acknowledgement of professional qualifications No. 1024/2012 on administrative cooperation through the system of exchange of information on internal market). In: *Úřední věstník EU*, L354/132- 170.
- Suomen kardiologinen seura dostupné na: <https://www.fincardio.fi/in-english/facts-about-finnish-cardiac-society/> [online][cit. 2018-09-16].
- Špirudová L. Doprovázení v ošetrovatelství I: Pomáhající profese, doprovázení a systém podpory pro pacienty (Helping professions, accompanying and support system for patients). Praha: Grada Publishing; 2015.
- Šulistová, R., Trešlová, M., (2012). *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči (Pedagogy and educational activities in nursing care)*. Č. Budějovice: Jihočeská univerzita v Č. Budějovicích, ZSF JU.
- Tóthová, V., Sedláková, G., (2008). Nursing education in the Czech republic. In: *Nursing education Today*. Volume 2008, issue 1, pp. 33-38. ISSN 0260-6917.
- Tóthová, V., Bártlová, S., (2010). Uplatnění komunitní sestry v péči o seniory (Employment of community nurse in care for seniors). In: *Kontakt*, 3/2010. s 272-280. ISSN 1212-4117 (Print), ISSN 1804-7122 (Online).
- Trešlová, M., Šedová, L., Bártlová, S., Tóthová, V., Chloubová, I. (2017). Selected aspects of education process realization in preventive cardiology. *Kontakt* 2017; 19(2): e86-e92; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.04.002>
- Vilánková, A., Prusíková, M., Vrblík, M., Česka, R., (2010). Úloha sestry v prevenci kardiovaskulárních onemocnění (Nurse's role in prevention of cardiovascular diseases). In: *Medicína pro praxi*. 7(12): 501-503.
- Vyhláška 39/2005 Sb., v platném znění, kterou stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (Regulation 39/2005 Coll., as amended, stipulating the minimum requirements on study programs for acquisition of qualification for practice of non-medical health care profession). In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2005, pp. 189-212.
- Vyhláška 391/2017 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Regulation 391/2017 on activities of health-care workers and other professional workers). Sb. In: *Sbírka zákonů ČR, ročník 2017*.
- Zákon 96/2004 Sb., v platném znění O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Act 96/2004 Coll., as amended, on conditions of acquisition and acknowledgement of qualification for practice of non-medical health-care professions and for execution of activities related to health care provision), pp. 1452-1438.

KÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

# Az ápolók hatáskörének és jogkörének szabályozása a szlovákiai egészségügyben

Mária KILÍKOVÁ PhD, Tatiana HRINDOVÁ PhD, Martin ČERVENÝ

## ÖSSZEFOGLALÁS

Szlovákiában az ápolói kompetenciák a 2018-as év folyamán változtak. A jelenlegi ápoló képzés egyik főbb célja, hogy a mai ápolók teljes mértékben kielégítsék a társadalom igényeit. Az új rendelet Szlovákiában három ápolói kategóriára osztotta az ápolókat. A kézirat célja, hogy ismertesse, milyen változások történtek a szlovákiai ápolók hatáskörét illetően az elmúlt év során.

**Kulcsszavak:** hatáskör, ápolók, betegellátás, Szlovákia

## Regulation of the Legal and Extent Competence for Nurse's at Healthcare in Slovakia

Prof. PhD. Mária KILÍKOVÁ PhD, Tatiana HRINDOVÁ PhD, Martin ČERVENÝ

### SUMMARY

The nursing competencies changed in Slovakia during 2018. One of the main goals of today's nursing training is to ensure that nurses fully meet the needs of today's society. According to the new regulation in Slovakia, it divided nurses into three categories. The aim of this article is, to explain what changes occurred in the competencies over the past year.

**Keywords:** competence, nurses, patient care, Slovakia

prof. PhD. Mária KILÍKOVÁ, PhD.  
Egyetemi professzor,  
Department of Health Sciences,  
St. Elizabeth University of  
Health and Social Sciences,  
Bratislava, Slovak Republic

PhDr. Tatiana HRINDOVÁ, PhD.  
Egyetemi tanár, Department of  
Health Sciences, St. Elizabeth  
University of Health and Social  
Sciences, Bratislava, Slovak  
Republic

Bc. Martin ČERVENÝ MSc.  
egyetemi hallgató,  
Department of Health Sciences,  
St. Elizabeth University of  
Health and Social Sciences,  
Bratislava, Slovak Republic

FMC-DS, Dialysis center,  
Rožňava, Slovak Republic

### Levelező szerző

(correspondent):  
prof. PhD. Mária KILÍKOVÁ  
PhD, E-mail cím:  
m.kilikova@gmail.com

**Beérkezett:** 2019. május 27.

**Elfogadva:** 2019. június 11.

## Bevezetés

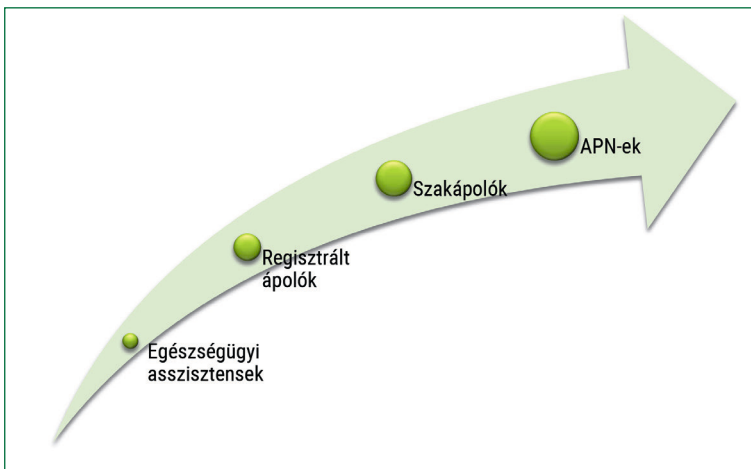
A kompetencia szó jelentése az idegenszavak szótárában a következőképpen került meghatározásra: „*adott hivatalos szerv szakirányú vagy tárgyi hozzáértése, hivatali vagy egyéb hatáskörben*” (Kožuchová, 2011). A betegápolás tükrében a kompetencia többet jelent, mint szaktudást és jártasságot. Ezen a területen mérvadó az a képesség is, mellyel az ápolók kezelik az összetett kéréseket, kihasználva és mozgósítva pszichoszociális erőforrásaikat, ideértve készségüket és hozzáállásukat konkrét helyzetekben. Ahogy azt az Ápolási Egyesületek Európai Szövetsége (European Federation of Nurses Associations, EFN)

kimondja, **a kompetencia egy határvonal a tudás, a jártasság, a hozzáállás és értékelés között**, hasonlóképp, mint a speciális eszközök átvitele adott kontextusba, valós szituációkban történő alkalmazásához, ezáltal a legjobb adottsággá válik (EFN, 2015). Az Európai Képesítési Keretrendszer meghatározásában a kompetenciát **kellő mértékű felelősségtudatként** és önállóságként fogalmazzák meg. A kompetencia tehát bizonyítja a megszerzett tudás, jártasság alkalmazásának képességét, továbbá a személyes és szociális tulajdonságok meglétét, a szakmai és egyéni fejlődés igényére. A kézirat célja, hogy bemutassa, milyen kompetenciai változások történtek az ápolói szakmában.

A multidiszciplináris egészségügyi ellátás biztosításának szükségessége fejlődést vont maga után, melyet a kompetencia olyan formájú felosztása jellemez az egészségügyi csapat tagjai között, mely hangsúlyt fektet az egyes egészségügyi dolgozók tudásának és képességeinek kihasználtságára. Az egészségügyi ellátásban történt változások szükségessé teszik, hogy Szlovákia is ártértkelje az egyes egészségügyi területek kompetenciájának határvonalait úgy, hogy azok összhangban legyenek a megszerzett végzettség mértékével. Az EFN az egészségügyi ellátásban dolgozók munkáját négy (3+1) kategóriába javasolja felosztani, melyek magukba foglalják a komplett betegellátás biztosítását. (1. ábra) A négy kategória definiálásának legfőbb feltételei, a megszerzett végzettség és a hozzá tartozó kompetencia. Az EFN által javasolt kategóriák egészségügyi dolgozók besorolására:

1. Kategória – egészségügyi asszisztens (Healthcare Assistants),
2. Kategória – általános ápoló, regisztrált ápoló (General Care Nurse),
3. Kategória – szakápoló, (specializálódott ápoló) (Specialist Nurse),
4. Kategória – kiterjesztett hatáskörű ápolók (Advanced Nurse Practitioner).

1. ábra: Az EFN ajánlása szerinti besorolás (Szerkesztette: Szerzők)



Az EU 2013/55/ES irányelve kimondja, hogy az általános ellátást biztosító ápolók szakirányú képzése minimum három év képzést jelent, melyet 12 évnyi általános képzés előz meg. Ezen irányelv 31. pontja ezeket a kompetenciákat határozza meg:

#### Regisztrált ápoló kompetenciái:

- önállóan határozza meg a szükséges ápolási ellátás mértékét, felhasználja az aktuális elméleti és klinikai ismereteket; aktuális tudása és képessége alapján, megtervezi, megszervezi és kivitelez

a páciens gyógyulásával kapcsolatos ápolási feladatokat, hogy így bővítse szakirányú tapasztalatát;

- hatékonyan együttműködik az egészségügyi szektor szereplőivel, beleértve az egészségügyi gyakorlati képzéseken való részvételt, alapul véve az eddig megszerzett tudását és képességeit;

- önállóan, kezdeményezve támogatja az életmentő intézkedéseket, továbbá krízis- és vészhelyzetekben is helytáll;

- független tanácsadást, útmutatást és támogatást nyújt azoknak, akiknek szükségük van arra, saját egészségük megóvása érdekében;

- önállóan megtervezi és elvégzi az életminőség megőrzésével kapcsolatos feladatokat, és kiértékeli az ápolási teendőket;

- hatékonyan kommunikál csapata tagjaival, és együttműködik más egészségügyi területek dolgozóival;

- elemzi az ellátás minőségét a saját szakmai gyakorlata és az általános gondozás javítása érdekében.

A Szlovák Köztársaság feltételei szerint, az az ápoló felel meg a regisztrált ápoló munkakör követelményeinek, aki egészségügyi középiskola általános, vagy gyermek szakon, a posztsekundáris szakápolói szakirányon, illetve főiskolán ápolás szakon első fokon fejezte be tanulmányait.

## A szakápoló kompetenciái

Az EU tagállamaiban különböző karakterű és hosszúságú szakápolói képzések léteznek. Egy valami azonban közös, hogy a szakosodás csak a regisztrált ápoló képzés után kezdődik, azaz posztgraduális formában valósul meg. Az egyes államokban a legtöbb speciális képzés az ápolók tapasztalatának növelésére irányul, például konkrét betegségek kezelésében (pszichiátriai, onkológiai), vagy életszakaszokra vetítve (gyermek, időskori), illetve

ágazatokra bontva (közösségi, intenzív ápolás). Az EU tagállamaiban a leggyakoribb speciális képzések ápolók részére a következők: érzéstelenítés és intenzív ápolás, közösségi ápolás, ápolási menedzsment, perioperatív ellátás, mentális egészség gondozás, műszerek kezelése a műtőben, hosszútávú gondoskodás. A Permanent Committee of Nurses of the European Council (PCN) ajánlása alapján, a szakosító képzés az akkreditációs bizottság jóváhagyásával kell, hogy megvalósuljon, a képzésnek olyan akkreditált felső-

oktatási intézményben vagy egyetemen kell történnie, ahol saját tanári személyzettel rendelkeznek és ezek között vannak szakápolók is. A képzés megválasztása a felvételi eljárás része, a képzésen résztvevőknek legalább egy év gyakorlattal kell rendelkezniük, a képzés ideje legalább 12 hónap legyen, a képzésnek minimum 720 tanórából kell állnia ennek 50%-ának gyakorlati órának kell lennie adott szakirányban, a képzés vége diploma megszerzésével zárul (Zoubková, Zvoníčková, Vylíčilová, 2016). A Szlovák Köztársaságban a regisztrált szakápoló gyakorlati idő terjedelmének feltételeit az az ápoló teljesíti, aki egészségügyi középiskola általános, vagy gyermek szakon végzett, a posztsekundáris szakápolói szakirányon végzett, illetve főiskolán ápolás szakon első fokon befejezte tanulmányait, továbbá erre épülő szakirányú ápolói képzésen vett részt.

## APN ápoló

A kiterjesztett hatáskör az egészségügyben egy új ápolói szerepkört mutat be. ICN a kiterjesztett hatáskörrel rendelkező ápolóra úgy tekint, mint szakirányú tapasztalattal rendelkező regisztrált ápolóra, aki komplex döntéshozói képességekkel rendelkezik, továbbá a hosszabb gyakorlati idő okán olyan klinikai kompetenciával rendelkezik, melynek karakterjegyei az adott országra jellemzőek, melyben jogszerűen végzi munkáját. A kiterjesztett hatáskörű ápolók ajánlott képzettségi foka a magiszteri fokozat. A felmérések eredményei azokban az országokban, melyekben elterjedtebb a kiterjesztett hatáskör megléte, kimutatták azt, hogy az pozitív hatással van a páciensekre, magukra az ápolókra, az egészségügyi egységek menedzsmentjére, továbbá a teljes egészségügyi rendszerre egyaránt. Az ICN a kiterjesztett hatáskör meglétét ezeken a területeken tartja fontosnak:

- a kutatás, az oktatás és a gyakorlat irányításának integrálása,
  - magas szintű szakmai önállóság,
  - ügykezelés,
  - az egészségügyi kockázatok megítélése,
  - elismert fejlett kompetenciák,
  - tanácsadás nyújtása szolgáltatók számára,
  - a programok végrehajtásának és értékelésének tervezése,
  - első kapcsolat az ügyfelekkel.

Az ICN a kiterjesztett hatáskör mértékének meghatározását javasolja az egyes országok érvényben lévő törvényhozási specifikumainak függvényében.

- szabad jog a diagnosztizálásra,
- engedély gyógyszerek felírására,
- engedély gyógymódok felírására,
- engedély a betegek más szakemberhez történő átirányítására,

- engedély a kórházakban a betegfelvételre,
- jog az „*kiterjesztett hatáskörű ápoló*” kifejezés használatára,
- a feltételek törvényi szabályozása magasabb gyakorlattal rendelkező ápolók eredményeinek esetén (Greš-Halás, Tkáčová, 2017).

A Szlovák Köztársaságban a megfelelő gyakorlati idő letöltése feltételeinek az a kiterjesztett hatáskörrel rendelkező ápoló felel meg, aki elvégezte az egészségügyi főiskola első, illetve második fokát ápolói szakon, továbbá szakirányú képesítést szerzett valamelyik ápolók részére fenntartott speciális intézményben. Az az ápoló is kiterjesztett hatáskörrel rendelkezik, aki az ápolás szakirányon másod fokozatú főiskolai végzettséget szerzett, és minimum nyolc év szakirányú gyakorlati idővel rendelkezik. A kompetencia megteremtése és megtervezése az ápolók egyes képzettségi szintjén fordulópont lett az ápolói gyakorlat mértékének alkalmazásában. A karrierlehetőségek megteremtése, az ápolók önállóságának támogatása jelentősen befolyásolhatja az ápolói szakma vonzerejét. Az ápolók és a szülészeti asszisztensek szakmai felkészítése biztosítja, hogy az ápolók megfeleljenek a közösség elvárásainak, úgyszintén képesek legyenek saját készségeiket fejleszteni, és a jövőben is megfelelni a velük szemben támasztott elvárásoknak. A kutatási eredmények területe és az egészségmegőrzés, illetve a beteggondozás területének komplexitása folyton fejlődik, növekszik. Ezért elengedhetetlen reagálni ezekre a változásokra annak érdekében, hogy az ápolók megfelelő ápolási ellátást biztosíthassanak a betegek jogainak betartása mellett, és hogy lehetőséget biztosítsanak a betegek számára, betegellátásuk menetének megválasztására.

2018.04.01-én a Szlovák Köztársaságban életbe lépett a Szlovák Egészségügyi Minisztérium 2018/95 számú rendelete, mely alapján meghatározható az ápolási tapasztalat mértéke önállóan dolgozó ápoló, orvos utasításait követő önállóan, illetve az orvossal együtt dolgozó ápoló esetében, továbbá önállóan dolgozó szülészeti asszisztens, az orvos utasításait követő önállóan dolgozó, vagy az orvossal együttműködő szülészeti asszisztens esetében. E rendelet alapján oszlik fel az ápolók gyakorlati idejének meghatározása az elért képzettségi szint függvényében, bevezeti a kiterjesztett hatáskörrel rendelkező ápoló kifejezést, és meghatározza az egyes ápolói kategóriák kompetenciáit. Az említett rendelet 1.§-ban meghatározásra került az ápolási tapasztalat mértéke önállóan dolgozó ápoló, az orvos utasításait betartva egyedül vagy az orvossal együtt dolgozó ápoló esetében.

Az (1) bekezdésben meghatározásra került a **regisztrált ápoló** hatásköre, aki a megszerzett szakirányú tapasztalata alapján egymaga tudja ellátni az alábbi feladatokat:

- a) felméri az egyén, vagy család igényeit, illetve személyek csoportjának igényeit, melyeket geográfiai terület vagy közös érdeklődési kör köt össze (továbbiakban csak „közösség“),
- b) diagnózist állít fel, megtervezi, biztosítja, illetve megvalósítja az egyén egészséggel, betegséggel, halállal kapcsolatos félelmeinek elhárítását, és értékeli az azonosított szükségletek kielégítését,
- c) biztosítja az egyén biztonságos környezetének megóvását, továbbá az intimitás védelmét a vizsgálatok, és az ápolás során,
- d) biztosítja és elvégzi az egyén felvételével, hazabocsátásával, áthelyezésével, haldokolásával és halálával kapcsolatos teendőket,
- e) az egészségügyi ellátási terv alapján együttműködik a többi egészségügyi dolgozóval,
- f) felvilágosítja az egyént, családot vagy közösséget az egészséges életvitel módjáról, a rendszeresen végzendő ápolási, gondozási intézkedésekről, szem előtt tartva az egyén önállóságát,
- g) az egészségügyi gondozás keretein belül ajánlja a nem vényköteles gyógyszerek, diabetikus ételek, és egészségügyi eszközök használatát,
- h) részt vesz a közegészség egészségének megtartásában, védelmében és fejlesztésében,
- i) koordinálja az egészségügyi asszisztensek és mentősök munkáját, és feladatokat oszt rájuk azok szaktudásának megfelelően,
- j) adminisztrációs és dokumentációs feladatokat lát el, a betegellátással kapcsolatban igazolásokat és más dokumentumokat állít ki,
- k) használja a személy elérhető egészségügyi nyilvántartásait, beleértve az ápolási ellátás megvalósításához és dokumentálásához szükséges elektronikus nyilvántartásokat,
- l) felméri az egyén egészségi állapotát vagy az egyén egészségi állapotának változását, az egészségügyi állapot mérésére vagy az egészség megváltoztatására szolgáló értékelési eszközök és mérőeszközök használatával,
- m) részt vesz az érintett betegség állapotának felmérésében az adott betegsége vagy klinikai állapotról vonatkozó ellenőrzési jegyzőkönyv vagy kérdőív segítségével, és tájékoztatja az orvost a talált eltérésekről,
- n) felméri az egyén hosszútávú betegellátásának szükségességét,
- o) méri, figyelemmel kíséri és értelmezi a számadatokat, klinikai adatokat az egyén életjelei tekintetében, melyek elengedhetetlenek az egészségügyi ellátás biztosításához,
- p) gondoskodik az ápolási ellátás folyamatosságának meglétéről az egészségügyi intézményből történő elbocsátás utáni természetes otthoni környezetben történő lábadozás során,
- q) biztosítja a környezet higiénijának megtartását, továbbá ellátja a betegellátás során felhasznált egészségügyi eszközök, gépek és berendezések sterilizálását és dezinficiálását, illetve részt vesz azok sterilizálásában és dezinficiálásában,
- r) további ápolási eljárásokat javasol a gyógykezelés keretén belül,
- s) látásélességet felmérő orientációs vizsgálatot végez optikai segédeszközök használatával, továbbá iránymutató színérzékelési és hallásvizsgálatot végez,
- t) eldönti a feladatok szükségességét, és véghez is viszi azokat, a beteggondozás keretein belül felmerülő egyéni, családi vagy közösségi igények kielégítése érdekében,
- u) a betegellátás ideje alatt biztosítja az egyén mobilitását, részt vesz az immobilitás megelőzésében,
- v) értékeli és kezeli a bőr és a nyálkahártya rendellenességeit,
- w) biztosítja a kötözések és borogatások alkalmazását,
- x) leszívja az felső légutak váladékát, biztosítja azok átjárhatóságát, az alsólégutak átjárhatóságának biztosítása mellett leszívja az egyén felgyülemllett váladékát,
- y) kezeli az invazív bemenetek helyeit, mint pl a drain, a perifériás és a központi vénás csövek, az epidurális katéterek esetében, illetve biztosítja és ellenőrzi azok helyes működését,
- z) ellátja a sztóma minden típusát,
- aa) előkészíti és elvégzi a húgyhólyag katéterezését, állandó vizelet katétert vezet be a női páciensekbe, biztosítja annak funkcionálását, végbélsövet helyez be,
- ab) vért vizsgál egyszerű diagnosztikai eszközök segítségével,
- ac) oxigénterápiát, inhalációs terápiát, enterális táplálást, beöntést és gyógyító fürdőket alkalmaz,
- ad) figyelemmel kíséri és értékeli az egyén folyadékháztartását,
- ae) elvégzi az egyén újraélesztését testfelületi defibrilátor használatával és lélegeztető maszk segítségével a sürgősségi betegellátás keretén belül,
- af) megelőző intézkedéseket hajt végre a krónikus betegségben szenvedő, fizikai vagy szellemi fogyatékossgal élő személyek számára azzal a céllal, hogy csökkentse az egyén egészség-destabilizációjának kockázatát,
- ag) együttműködik az egészségügyi szakos diákok oktatásában és gyakorlati oktatásában (95/2018 Z. z.).
- A (2) szakaszban meghatározásra kerültek a regisztrált ápolók azon feladatkörei, melyeket **az ápoló egyedül, vagy orvos utasításai alapján egyedül**

**végez.** Kiegészítve azzal, hogy az 1 szakaszban leírt kompetenciák felett, az orvos utasításai alapján az alábbi tevékenységeket végzi:

a) felkészíti az egyént az egyes terápiás, diagnosztikai kezelésekre, biztosítja a megfelelő betegellátást a vizsgálatok során, és azt követően is,

b) begyűjti, leveszi a biológiai anyagokat, például a kapilláris vért, a perifériás vénából származó vért, a központi vénás katéterből származó vért, a vizeletet, a székletet, a köpetet, kenetmintát vesz bőrről, a nyálkahártyákról, a testüregekből és sebekből származó nedvekből,

c) újrakötözi és ellátja a sérüléseket,

d) eltávolítja a varratokat a már gyógyulóban lévő sebből,

e) gyomorszondákat és duodenális szondákat helyez be az együttműködő egyéneknél, biztosítja azok működését, enterális táplálást alkalmaz, eltávolítja a gyomor és duodenális szondákat,

f) bevezeti, illetve eltávolítja a kanült a perifériás vénából,

g) parenterális táplálást biztosít,

h) szublingvális, orális, rektális, inhalációs, helyi bőr- és nyálkahártya-gyógyszereket, hüvelyi, epidurális, intrakután, szubkután, intramuszkuláris, intravénás gyógyszereket biztosít, kivéve a vér, vérszármarék és kontrasztanyagok készítményeket,

i) biztosítja a vizsgálatok lefolytatásához kapcsolódó adminisztratív tevékenységek irányítását (95/2018 Z. z.).

Az 1. és 2. bekezdések alapján megvalósítja a betegellátáshoz szükséges műveleteket, melyek összefüggenek a diagnosztikai és gyógyító eljárásokkal, az orvos által invazív és nem-invazív sebészeti és nem sebészeti tulajdonságú eljárásokkal kapcsolatos műveleteket, továbbá a kontrasztanyagok, intravénás, vagy transzfúziós gyógyszerek, illetve transzfúziós termékek beadását.

A tevékenységi körök meghatározásával biztosítottá vált az ápolók önálló tevékenysége a betegellátás során, biztosítottá vált a betegápolás folyamatának megfelelő módszere. Az ápolók teljesítményének autonóm előmozdítása megköveteli, hogy az ápolók ne csak formális képesítéssel, hanem az elvégzett beavatkozások tényleges szakértelmével is biztosítsák a betegek szakértelmükről. (Bártlová, 2005) Az önállóan végzett ápolási beavatkozások révén, az ápolók jelentősen befolyásolhatják az ápolói szakmáról kialakult képet azzal, hogy szakértelmükről tesznek tanúbizonyságot a beteg állapotának stabilizálásához elengedhetetlen beavatkozások során, és a betegápolás területén. Az ápolók köteles felmérni a személy és a közösség egészségi állapotát, ápolói diagnózist felállítani, és az egyén szükségleteit szem előtt tartva megtervezni az egészségügyi ellátás menetét.

A Szlovák Egészségügyi Minisztérium (MZ SR) 2018/95 számú rendelet 2.§-a meghatározza a **szakápolók tevékenységi körének mértékét.**

A Szlovák Köztársaság területén tevékenykedő szakápoló olyan ápoló, aki szakirányú tevékenységek elvégzéséhez szükséges szakirányú végzettséggel rendelkezik. A 2.§ kimondja, hogy a szakápoló az 1§-ban leírtak alapján speciális, szakirányú betegellátást biztosít, továbbá a speciális szaktudást igénylő feladatokat **önállóan** látja el

a) előírja és elvégzi a perifériás vénás kanül cseréjét és eltávolítását,

b) adott dózistartományban és farmakológiai összetételben gyógyszeres kezelést alkalmaz, az orvos utasításai alapján, az egyén szükségleteinek felmérése után, illetve kiértékeli a kezelés hatékonyságát.

Elmondhatjuk tehát, hogy az NV SR 2010/296 rendelet mellékletében felsorolt speciális képzések bármelyikén, speciális oktatásban részesülő ápoló, szakirányú végzettséget szerez a speciális feladatok elvégzésére, összefüggésben a klinikai irányvonalú szakképesítéssel. A klinikai ápolás területén végzett egyéni szakosodási tanulmányok részeként, meg kell határozni az egyének végső szakmai kompetenciájának mértékét, melyek a szakirányú képzés elvégzése után mérvadóak maradnak.

Az MZ SR 2018/95 rendelet 3.§-ban meghatározásra került a **kiterjesztett hatáskörű ápoló (APN)** tevékenységi körének mértéke. A Szlovák Köztársaság területén magasabb fokú tapasztalattal rendelkező ápolónak számít az az ápoló, aki első és második fokozatú egyetemi diplomát szerzett az adott szakterületen ápolás és szakirányú mesterképzéseken, és aki legalább ötéves szakmai tapasztalattal rendelkezik adott szakterületen. Az az ápoló is ebbe a kategóriába tartozik, aki első és második fokozatú egyetemi diplomát szerzett az adott szakterületen, és minimum nyolc év szakirányú gyakorlattal rendelkezik.

Az (1) bekezdésben felsorolásra kerültek azok a tevékenységek, melyeket a kiterjesztett hatáskörű ápoló az 1. és 2. §-ban leírtak alapján **önállóan** véggez.

a) felméri az egyén, család, illetve közösség felmerülő igényeit a megelőző és betegápolási eljárás során,

b) felel az egyén ápolásával/ellátásával kapcsolatos tervek meghatározásáért és realizálásáért,

c) javasol, és megelőző intézkedéseket tesz a személy egészségének biztosítása és stabilizálása érdekében,

d) javaslatot tesz a beavatkozások menetét illetően, és meg is valósítja azokat az egyén, család, vagy közösség tagjainak betegellátása kapcsán,

e) elvégzi a laboratóriumi vizsgálatokhoz szükséges biológiai anyaggyűjtést egy meghatározott indikációs tartományban az orvossal folytatott konzultációt követően,

f) döntéseket hoz, és felelősséget vállal a beavatkozások elvégzéséért, továbbá az előírt gyógyszeres kezelés betartásáért, az egyén igényeit és az orvos utasításait szem előtt tartva,

g) javasolja és felírja az egészségügyi segédeszközök használatát, melyek összefüggenek a nyújtott betegápolási terápiával,

h) elvégzi az elsődleges sebkezelést,

i) gondoskodik a vonatkozó higiéniai-epidemiológiai eljárások betartásáról, irányítja és felügyeli az egyének részére nyújtott akadálymentes ellátás biztosítását,

j) dönt a betegek ágykiosztásáról a higiéniai-epidemiológiai irányelvek betartása mellett,

k) koordinálja a betegápolói csapat munkáját,

l) analizálja és ellenőrzi a betegápolási dokumentáció bejegyzéseit,

m) létrehozza, felülvizsgálja és értékeli az ápolási normákat és tervezeteket, az oktatási terveket és alkalmazza azokat a gyakorlatban is,

n) figyelemmel kíséri a betegápolás hiányosságait, kísérleteket hajt végre a betegápolás minőségének javítására, és azok pozitív eredményeit alkalmazza a gyakorlatban is,

o) ismeri és értékeli a betegellátás rendszerének minőségét,

p) részt vesz a diákok és tanulók szakirányú felkészítésében (95/2018 Z. z.).

A szlovák betegápolás történetében először történt meg, hogy a kiterjesztett hatáskörű ápolók tevékenységei közé bekerült az a lehetőség is, hogy a **beteggondozás részeként orvosi segédeszközöket ajánljanak és írjanak fel azoknak, akiknek arra szükségük van.** A kiterjesztett hatáskörrel rendelkező ápolói kategória létrehozásának célja az ápolók szakmai tudásának kiaknázása az önálló tevékenységi kör kiterjesztésével, figyelembe véve az eddig megszerzett szakmai tapasztalatukat.

Az MZ SR 2018/95 rendelet részeként meghatározásra került a vezető ápolók beteggondozási tapasztalatának mértéke is. A 4.§ meghatározásra került a **vezető ápoló** szakmai hozzáértésének mértéke és annak feladatkörei (95/2018 Z. z.).

A vezető ápoló alatt az az ápoló értendő, akinek egészségügyi főiskolán szerzett mester (MSc) fokozatú képesítése van általános beteggondozás szakon, továbbá szakirányú továbbképzésen vett részt, és szakirányú gyakorlattal rendelkezik. Ez az ápoló az 1. és 2. § felsoroltakon kívül **önállóan**

a) irányítja, megtervezi, megszervezi és ellenőrzi a betegellátással kapcsolatos stratégiai és operatív célokat,

b) együttműködik a szükséges személyzeti ellátottság biztosításában, a technikai és eszköz ellátottságban, és biztosítja a betegellátás hatékony működését,

c) figyelemmel kíséri, irányítja és ellenőrzi a rendkívüli események lebonyolítását, korrekciós és megelőző intézkedéseket eszközöl, megoldja az osztályán felmerülő krízishelyzeteket,

d) alkalmazza és megújítja az egészségügyben használatos mérőeszközöket és skálákat, biztosítja az egészségügyi ellátás minőségének mérhetőségét és figyelemmel kísérhetőségét,

e) ellenőrzi és irányítja az egészségügyi dokumentáció megfelelő vezetését,

f) figyelemmel kíséri a betegellátással kapcsolatban a betegek elégedettségét, elfogadja az újító ötleteket,

g) jóváhagyja a képzési terveket, az osztályon lévő betegápolási előírásokat és tervezeteket, ellenőrzi azok betartását,

h) részt vesz az ápolási kutatások eredményeinek használatában, és felügyeli azok gyakorlatban történő használatát,

i) együttműködik a diákok és tanulók szakmai felkészítésében (95/2018 Z. z.).

## Összegzés

Az ápolók szakképzettségi szintjeinek megfelelő kompetenciahatárok megteremtése és megtervezése fordulópontot hozott az ápolói gyakorlat alkalmazásában. A karrierlehetőségek létrehozása, az ápolók önálló tevékenységének támogatása jelentősen befolyásolhatja az ápolószakma vonzerejét. Az ápolók szakmai felkészítésének célja, hogy megfeleljenek a mai kor társadalmi követelményeinek, és az is, hogy képesek legyenek saját tudásukat fejleszteni, hogy a jövőben is ki tudják elégíteni a betegellátásban felmerülő igényeket. A kutatási eredmények, a betegek egészségének és gondozásának komplexitása folyamatosan fejlődik, bővül. Ezért elengedhetetlen reagálni ezekre a változásokra, hogy az ápolók hatékonyan tudjanak tevékenykedni a betegellátás területén, szem előtt tartva a betegek jogait és a kezelésekhez való hozzájárulásukat.

## Irodalomjegyzék

1. 95/2018 Z. z. VYHLÁŠKA Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 12. marca 2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom Retrieved from [https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/95/vyhlasene\\_znenie.html](https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/95/vyhlasene_znenie.html)
2. 296/2010 NARIADENIE VLÁDY Slovenskej republiky z 9. júna 2010, o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností Retrieved from <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2010-296>
3. Zoubková, R., Zvoníčková, M., Vylíčilová, A., (2016). Aktuální problematika vzdělávání sester v anesteziologii a intenzivní péči ve vztahu k potřebě navýšování jejich kompetencí. Retrieved From <https://zdravi.euro.cz/clanek/post-gradualni-medicina/aktualni-problematika-vzdelavani-sester-v-anesteziologii-a-intenzivni-peci-ve-vztahu-k-potrebe-navysovani-jejich-kompetenci-483658> Szövegben Hivatkozásként: (Zoubková, Zvoníčková, Vylíčilová, 2016)
4. EFN. (2017). EFN Position Paper on EU Nursing Workforce Matrix 3+1. Retrieved From <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Position-Paper-on-EU-Nursing-Workforce-Matrix-3-11.pdf> Szövegben Hivatkozásként: (EFN, 2017)
5. EFN. (2015). EFN Competency Framework. EFN Guideline to implement Article 31 into national nurses' education programmes (EFN Guideline k implementácii Článku 31 Smernice 2005/36/EC o vzájomnom uznávaní odborných kvalifikácií v znení Smernice 2013/55/EU EFN Rámc Kompetencií Prijatých Na Valnom Zhromaždení Efn.) Retrieved From [http://www.efnweb.be/?page\\_id=6897](http://www.efnweb.be/?page_id=6897) <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Competency-Framework-19-05-2015-SK.pdf> Szövegben Hivatkozásként: (EFN, 2015)
6. Grešš Halász, B., Tkáčová, L. (2017). Kompetencie sestier s pokročilou praxou, In *Sestra* Č.1-2/2017, ISSN 1335-9444. Szövegben Hivatkozásként: (Grešš Halász & Tkačová, 2017)
7. Bártlová, S. (2005). *Sociológia medicíny a zdravotníctva*. 6. Vyd. Praha: Grada Publishing A.S., 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4. Szövegben Hivatkozásként: (Bártlová, 2005)
8. Kožuchová, M., (2011). Elektronická učebnica didaktika technickej výchovy. Retrieved from: [http://utv.ki.ku.sk/33\\_3.1-Pojem-kompetencia-%E2%80%93vymedzenie-pojmu](http://utv.ki.ku.sk/33_3.1-Pojem-kompetencia-%E2%80%93vymedzenie-pojmu). Szövegben Hivatkozásként: (Kožuchová, 2011)

## A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara pályaválasztási kampánya 2019

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK), mint szakmai köztestület országos vezetősége, a területi szervezetek, valamint szakmai tagozataik vezetőségeivel karöltve úgy határozott, hogy tevőleges szerepet kíván vállalni a szakdolgozói hivatás népszerűsítésében. A MESZK az egészségügyi hivatást népszerűsítő országos kampányt indított el, melynek eredményeként született meg a YouTube-on és a facebookon is szeptember óta látható „Veled Másokért” című 15 perces kampányfilm. A filmben szereplő egészségügyi szakdolgozók valódi hivatásukat játsszák el valós munkakörnyezetükben egy olyan beteg történetét bemutatva, aki életét, életkedvét és életminőségét ezeknek a szakemberek heroikus és lelkiismeretes munkájának köszönheti. A film készítése során döntöttünk úgy, hogy az egyes szakmaterületeken dolgozó fiatalok személyes vallomásán keresztül szólítsuk meg a jövő generációit. Ők mutassák be hitelesen az egészségügyet és népszerűsítsék saját szakmájukat, az egészségügyi szakképzést és az egészségtudományi felsőoktatást.



BŐVEBB INFÓÉRT KATTINTSON A QR KÓDRA  
VAGY [WWW.MESZK.HU](http://WWW.MESZK.HU) HONLAPRA!



KITEKINTÉS

## Egészségügyi alapellátási szakemberek tanácskoztak Pécsen – Beszámoló a III. Országos Alapellátási Konferenciáról

DR. HIRDI Henriett Éva, LUKÁCS Miklós, SZEKERESNÉ IZSÁK Margit,  
DR. BALOGH Zoltán

Idén tavasszal, a MESZK Országos Szervezete és a MESZK Baranya Megyei Területi Szervezete közös szervezésében 2019. május 24-25-én Pécsen került sor az Egészségügyi Szakdolgozók Harmadik Alapellátási Konferenciájára. A rendezvénynek a Baranya Megyei Közgyűlés patinás díszterme adott otthont.

A rendezvénnyel a szervezők a négy évvel ezelőtt megkezdett hagyományt kívánták folytatni. A korábban már két alkalommal – a 2015-ben Szegeden és 2017-ben Nyíregyházán – sikeresen megszervezett rendezvényhez hasonlóan a harmadik konferencia célja is az volt, hogy találkozási és továbbképzési lehetőséget biztosítson az alapellátás területén dolgozó szakemberek, vállalkozások, oktató intézmények, érdekképviseltek, valamint az egészségpolitikai döntéshozók számára. A Konferencia fő célkitűzése az alapellátást jellemző kihívások közös feltárása és a megfelelő megoldási alternatívák közös átgondolása volt.

A résztvevők a rendezvény fővédnökének, Prof. Dr. Horváth Ildikó egészségügyért felelős államtitkár Asszonynak köszöntő szavait Dr. Balogh Zoltán a MESZK elnökének tolmácsolásában hallhatták. Köszöntőt mondott még Dr. Rinfel József a PTE ÁOK Alapellátási Intézet igazgató helyettese, Dr. Óri László Pécs alpolgármestere, Szekeresné Izsák Margit a MESZK Baranya Megyei TSZ elnöke, valamint Dr. Balogh Zoltán a MESZK OSZ elnöke.

A konferencia szakmai rangját emelte, hogy a plenáris előadásokat kiváló, országosan ismert szakemberek tartották, mint például Dr. Kőrösi László a NEAK Általános Finanszírozási Főosztály főosztályvezető-helyettese, Dr. Vajer Péter az ÁEEK Alap és Lakóhelyközeli Ellátások Igazgatóság megbízott igazgatója, Dr. Princz János a Pécs-Ormánsági Prevenció Praxisközösség szakmai vezetője, Dr. Oláh András a PTE ETK dékánja.

A programban hangsúlyosan szerepelt az egyetemi végzettséggel rendelkező kiterjesztett hatáskörű ápolók képzés bevezetésének tapasztalata, a frissen végzett szakemberek jövőbeni alkalmazási lehetősége, továbbá az egészségügyi alapellátás egyes szereplőinek együttműködési lehetőségei a közös célok elérése érdekében. A „Svájci-Magyar Együttműködési Program”, a „Három generációval az egészségért program”, továbbá az „EFOP 1.8.0 VEKOP Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” projekt bemutatása kapcsán a hazai fejlesztési tapasztalatok, a szakdolgozói team-mel megerősített praxisok is az összehangolt tevékenységek szükségességét jelentették meg. Ezzel összhangban a konferencia előadások között megtalálhatóak voltak a háziorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, a védőnői ellátásról, az iskolaegészségügyi ellátásról, továbbá az otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátásról szóló témakörök is.

A preventív szemléletű és tevékenységű praxis-közösségi együttműködés lehetőségeinek és eddigi gyakorlati tapasztalatainak ismertetése kapcsán szintén előtérbe került az egészségügyi szakdolgozók (ápolók, védőnők, dietetikusok, gyógytornászok, népegészségügyi szakemberek) szerepvállalásának fontossága. Ugyanakkor számos előadás arra is kitért, hogy milyen nehézségeket okozhat a közeljövőben a szakdolgozói társadalom előregedése és az utánpótlás hiánya, illetve ezzel összefüggésben eddig milyen intézkedések történtek. A NEAK adatsorából kiderült, hogy jelenleg hazánkban a háziorvosi ellátásban az egy szolgálatra jutó szakdolgozók és további szakdolgozók átlaga országosan 1,33 (min: 0,98 – Budapest; max: 1,92 – Somogy megye), azonban az átlagéletkort vizsgálva az arányok még kedvezőtlenebbek. A háziorvosi ellátásban lévő szakdolgozók 67%-a 46 év feletti, közülük 16% már betöltötte a 60. életévét, csaknem 1%-uk 75 év feletti. Az otthoni szakápolásban lévő szakdolgozók életkori megoszlása hasonló tendenciákat mutat, e területen 54% a 46 év feletiek aránya, közülük 11% 60 év feletti. A védőnők korcsoportos megoszlása csak részben kedvezőbb, a 46 év felettek aránya összesen 42%, közülük 5,3% a 60 évesnél idősebb (Kőrösi, 2019). Ugyanezt a humánerőforrás problémát mutatta ki a MESZK is a szakdolgozói nyilvántartási adatok életkor szerinti megoszlásának elemzésekor (Balogh & Hirdi, 2019). Nem kérdés tehát, hogy az alapellátásban dolgozók egzisztenciáját is vonzóvá kell tenni annak érdekében, hogy legyen megfelelő utánpótlás.

A konferencia két napja alatt a két plenáris és három szekciós ülésen összesen több mint 30 előadó osztotta meg gondolatait. A rendezvényre benyújtott tanulmányok előadáskivonatai bírálat után egy konferenciakötetben kerültek megjelentetésre, melyet a helyszínen kézhez kaphattak a résztvevők.

A visszajelzések alapján az országos eseményre látogatók közérdeklődésre számot tartó előadásokat hallgathattak meg és nagyon jól érezték magukat, feltöltődtek, egyrészt a pécsi városnéző kisvonattal a város nevezetességeinek megtekintése során, másrészt a zenés-táncos gálavacsora alatt. A rendezvény sikeres megszervezéséhez a két szervezet munkáján

**1. kép:** Az alapellátási konferencia új jelképe, a kerámia életfa



kívül természetesen több támogató, kiállító is hozzájárult, segítségüket ezúton is köszönjük.

A konferencia jelképeként elkészítésre került egy kerámia életfa (1. kép), mely mostantól kíséri a két évente más-más kamarai területi szervezetenél rendezendő ESZAK-ot. Új hagyományt teremtve a szervezők a konferencia zárásakor adták át a rendezés jogát jelképező stafétát, mely a jövőben megyéről megyére vándorol. Az Egészségügyi Szakdolgozók IV. Alapellátási Konferenciája 2021. évben történő megszervezését a MESZK Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Területi Szervezete vállalta fel.

## Irodalomjegyzék

- Balogh, Z., Hirdi, H. (2019). Szakmai érdekképviselő alapellátási nézőpontból. Egészségügyi Szakdolgozók III. Alapellátási Konferenciája. Pécs, 2019. május 24. előadás
- Kőrösi, L. (2019). A szakdolgozók szerepe az alapellátásban. Egészségügyi Szakdolgozók III. Alapellátási Konferenciája. Pécs, 2019. május 24. előadás

# KIK LEGYENEK AZ IDEI ÉV NYERTESEI?

Ha ismersz olyan szakdolgozót, illetve  
szakdolgozói közösséget, akit munkája,  
tudása, betegekhez való  
hozzaállása miatt  
kiemelkedőnek  
tartasz, akkor  
add le rá  
jelölésedet!

Ádám Anett  
a 2018. év Kiváló  
Szakdolgozója  
és Guczogi Gábor  
a 2018. év  
Elhivatott  
Fiatal  
Szakdolgozója  
ajánlásával!

részletek és ajánlólap:  
[www.meszk.hu](http://www.meszk.hu)  
[www.hivatasunk.hu](http://www.hivatasunk.hu)  
jelölési határidő:  
2019. október 15.

