

N Ó V É R

AZ ÁPOLÁS ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

A Magyar Ápolástudományi Társaság szakmai együttműködésével

2008. június, 21. évfolyam 3. szám

TARTALOMJEGYZÉK

EREDETI KÖZLEMÉNY

A női alkoholizmus ápolói megítélése

Bodnár Mária

3

Egészségügyi karrier a XXI. században?

Karriertervezés, személyzetfejlesztés egy egészségügyi intézményben

Szente Zsuzsa, Tóth Andrea

15

AZ ÁPOLÁS GYAKORLATA

Sztómaterápiás ápolók helyzete napjainkban

Hrenkóné Kovács Magdolna

24

ÁPOLÁSETIKA

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Etikai Kódexe és Etikai Eljárási Szabályzata

28

KÜLDETÉSI NYILATKOZAT

A NÓVÉR folyóirat az ápolás független orgánuma. Célja az, hogy tudományos igényvel készített írások megjelentetésével az elméleti ismeretek átadása mellett a szakemberek gyakorlati tevékenységét is elősegítse. A NÓVÉR a folyamatos önképzés támogatásával hozzá kíván járulni a helyes és hatékony betegellátáshoz, valamint a XXI. század kihívásainak és követelményeinek megfelelni képes ápolók képzéséhez, továbbképzéséhez.

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

Kiadja: a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara – MESZK. **Felelős kiadó:** Balogh Zoltán. **Terjeszti:** MESZK 1082 Budapest, Üllői út 82/E (1450 Budapest, Pf. 214.) Telefon: 323-2070 Fax: 323-2079. **Borítóterv, műszaki szerkesztés, nyomdai munka:** Komáromi Nyomda és Kiadó Kft. ISSN szám: 0864-7003

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

NŐVÉR

A HUNGARIAN JOURNAL OF NURSING THEORY AND PRACTICE

With the cooperation of the Hungarian Scientific Society of Nursing

Vol. 21. No.3. June 2008

CONTENTS

ORIGINAL CONTRIBUTION

Nurses' perception of female alcoholism
Bodnár, M. 3

A health-sector career in the 21st century?
Career planning and HR development in a healthcare institution
Szente, Zs., Tóth, A. 15

NURSING IN PRACTICE

The situation of stoma care nurses today
Hrenkóné Kovács, M. 24

ETHICS

The Hungarian Chamber of Healthcare Professionals' Code of Ethical Conduc 28

Főszerkesztő/Editor-in-Chief

Baukó Mária

Szerkesztő/Editor

Kujalek Éva

Szerkesztőbizottság/Editorial Board

Dr. Betlehem József
egyetemi docens

Kárpáti Zoltán
ápolási menedzser

Oláh András
adjunktus

Szloboda Imréné
ápolási igazgató

Tóth Ibolya
szakmai vezető főtanácsos

Dr. Zékányné Rimár Ilona
ápolási igazgató

Nővér – A Hungarian Journal of Nursing Theory and Practice. Editor-in-Chief: Mária Baukó. Editor: Éva Kujalek. Published six times annually by the Council of the Hungarian Health Care Professionals in Hungarian with English summaries. This Journal is peer-reviewed and indexed in Cumulative Index of Nursing & Allied Health CINAHL. Editorial office: POB 214., H-1450 Budapest, Hungary. Advertisements and subscription: Council of the Hungarian Health Care Professional – Attn. Mónika Horváth. Phone:/Fax (36-1) 323-2070

Tanácsadó testület/Advisory Board

Dr. Baráthné Kerekes Ágnes, *oktatási menedzser*
Markusovszky Kórház, Szombathely

Boldogné Csurik Magdolna, *osztályvezető*
Országos Tisztiorvosi Hivatal, Ápolási Szakfelügyeleti Osztály, Budapest

Dr. Helembai Kornélia, *tanszékvezető főiskolai tanár*
SZTE Főiskolai Kar Ápolási Tanszék, Szeged

Dr. Kiss István, *leendő elnök*
Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Budapest

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, *egyetemi tanár, intézetigazgató, az MTA levelező tagja*
PTE Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ
Laboratóriumi Medicina Intézet, Pécs

Dr. Kőrösi László, *főosztályvezető helyettes*
Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Finanszírozási Főosztály, Budapest

Dr. Rác Jenő, *elnök*
Magyar Egészségügyi Menedzser Klub, Budapest

Somogyvári Zoltánné
Egészségbiztosítási Felügyelet, Budapest

Sövényi Ferencné, *szaktanácsadó*
Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara,
Országos Működési Nyilvántartás, Budapest

Vízvári László *főigazgató*
Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest

Lapunkat rendszeresen szemlézi Magyarország legnagyobb médiafigyelője az



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

A női alkoholizmus ápolói megítélése

Bodnár Mária

osztályvezető főnővér, okleveles ápoló, Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház,
Pszichiátriai Osztály

Összefoglaló

A vizsgálat célja: az alkoholizmussal kapcsolatos vélekedések és az alkoholbeteg nőkkel szemben megnyilvánuló negatív előítélet feltárása az ápolók körében.

Vizsgálati módszerek és minta: az adatfelvétel kérdőíves módszerrel történt, 105 fő olyan ápolóra terjedt ki, akik munkájuk során alkoholbetegek ellátásában is részt vesznek. A párhuzamos felmérésben részt vevő ápolók megoszlása munkahely szerint: belgyógyászati osztály (sürgősségi belgyógyászat és gasztroenterológia): 21 fő, fertőző betegeket ellátó osztály: 15 fő, szülészeti-nőgyógyászat: 18 fő, sebészet (általános sebészet és traumatológia): 26 fő, pszichiátria: 25 fő.

A kutatás 2007. december 20. és 2008. január 31. közötti időszakban történt.

A kiadott 105 kérdőívből 1 nem érkezett vissza, 2 értékelhetetlen volt.

Eredmények, következtetések: a vizsgálat eredménye szerint a pszichiátriai osztályon dolgozó ápolók előítéletesebbek a női alkoholbeteggel, mint a férfiakkal szemben. Az előítéletesség kifejezettebb körökben, mint más osztályok ápolói között. Fokozottabb az előítélet annál az ápolónál, aki saját családjában/környezetében is szembesül az alkoholizmus problémájával.

Kulcsszavak: alkoholizmus, női alkoholizmus, ápolói megítélés, előítéletesség.

Bevezetés

Az alkohol, mint az emberiség által leggyakrabban használt pszichoaktív drog, az emberi civilizáció kezdete óta majd minden kultúrában megtalálható, egyes kutatók szerint már a kőkorszaki emberek is fogyasztottak alkoholtartalmú italokat. Azonban amióta az emberek alkoholt fogyasztanak, azóta az társadalmi szintű zavarokhoz is vezet. Az alkohol rendszeres fogyasztásával előforduló visszaélés sok társadalmat indított arra, hogy korlátozza vagy be is tiltsa az alkoholtartalmú italok fogyasztását.

Az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó attitűdöket minden társadalomban az adott kulturális normák határozzák meg. Természetesen ezek a normák és alkoholfogyasztási attitűdök az idők folyamán lassabban vagy gyorsabban, de változnak.

Huszonkét éve dolgozom az egészségügyben, hat éve pszichiátriai osztályon, és azt tapasztaltam, hogy az ún. lelki betegségek között az alkoholbetegség igen nagy gyakorisággal fordul elő. Nagyrészt csak visszaeső

alkoholbetegekkel találkoztam, akik közül egyre több volt a női beteg. A téma iránti érdeklődésemet az a társadalmi beidegződés is növelte, hogy amikor alkoholizmusról beszélünk, legtöbbször alkoholizáló férfiakra gondolunk annak ellenére, hogy a női alkoholisták száma növekszik.

Az alkoholizmus, mint a társadalom egészét érintő probléma súlyát jelzi (többek között) az is, hogy

- Magyarországon az alkohol okozta mortalitás 78 %-kal nagyobb az Európai Unió átlagánál,
- a morbiditási és mortalitási viszonyok rosszabbodásában az alkoholfogyasztásnak igen kiemelkedő szerepe van,
- az alkohol okozta következmények alapvetően összefüggnek a lakosság korai megrokkánásával és romló halálási esélyeivel,
- az alkoholbetegek döntő részben a 30-49 évesek közül kerülnek ki, vagyis a munkavégzés tekintetében legaktívabb korosztályból,
- a csökkent munkaképességűek (leszázárlékoltak) 20 %-ánál alkoholos májelfa-

- az elmúlt 25 évben megduplázódott hazánkban az egy főre jutó évi alkoholfogyasztás (jelenleg kb. 11 liter 100 %-os alkohol),
- az alkoholizmus egyre gyakoribb a nők és fiatalok körében,
- az alkoholfogyasztás mintegy 60 féle betegség és kóros állapot okozója,
- a májcirrhosis és a zsírmáj kórelőzményében 40-60 %-ban az alkoholizmus szerepel
- az Európai Unióban a túlzott alkoholfogyasztásnak tulajdonítható bűncselekmények finanszírozása 33 milliárd euró, és az alkohol egészségre kifejtett káros hatása miatt kezelt egyének kb. 20 milliárd euróba kerülnek.

A nőknél a szeszes ital fogyasztása, illetve az alkoholizmus további két súlyos problémát vet fel:

- a nők szervezetében az alkohol hatása fokozottabban, mint a férfiakéban, és jóval gyorsabban, hamarabb jelentkezik az egészségkárosodás (fekély, májbetegség, vérzékenység stb.)
- a női alkoholizmus társadalmi veszélyessége az utódokra gyakorolt ártalmas hatások miatt hangsúlyozottabb.

Magyarországon az alkoholizmus problémája össztársadalmi szinten az 1950-es években jelent meg, és egyes szakemberek elsősorban a radikális társadalmi változások, főként szocialista iparosítás következményének vélik.

Az alkohol általánosan elfogadott „menekülő útvonal” lett a problémák elől, az absztinensek társasági szituációkban kifejezetten nonkonformmá váltak.

A mai közvélemény végtelenül közönyös az alkoholbetegekkel szemben, pedig a népesség jelentős százaléka fogyaszt alkoholtartalmú italokat. Csupán a durva, botrányosan viselkedő, a megélhetést veszélyeztető, a családból is kikopott egyéneket minősítik alkoholistának.

Ma Magyarországon átlagosan minden negyedik férfi szenved élete folyamán leg-

alább egyszer diagnosztikai kritériumot is kimerítő alkoholizmusban. A nők aránya kisebb-nagyobb ingadozásokkal változik, azonban az alkoholisták mintegy egynegyed része nő. Egyes vélemények szerint a belgyógyászati és sebészeti betegek 25-50 %-a alkoholbeteg, az öngyilkosságok és közlekedési balesetek mintegy egyharmadában szerepe van az alkoholnak is. (5)

Elméleti háttér

Az alkoholizmus

Az alkoholizmus kifejezés Magnus Huss svéd orvostól származik 1948-ból. Mai meghatározás szerint alkoholizmus az egyén vagy a közösség, vagy mindkettő károsodását okozó alkoholfogyasztás, amely akkor válik betegséggé, ha az egyén az alkohollal függő viszonyba kerül. Napjainkban egyre inkább erősödik az a nézet, hogy szakítani kellene az „alkoholista” kifejezéssel, mert az érintett személyben visszautasítást, elhárítást keltő címke. Célszerű az „alkoholbeteg” megnevezést használni, ezzel is jelezve, hogy az érintett egyének segítségére, gyógykezelésre van szükség.

Diethelm szerint (1948): alkoholistának nevezhető az, aki olyan sokat iszik, hogy ivása megzavarja családját és önmaga boldogulását, sikeres életvitelét, ivása ezen hatását fel nem ismeri, vagy ha mégis felismerne, ivását kontrollálni, korrigálni képtelen.

Bacon szerint (1958): akkor beszélünk alkoholizmusról, ha az egyén több alkoholt fogyaszt és más módon, mint társai, amikor viselkedési vagy érzelmi zavarok, vagy fizikai betegség lép fel az alkohollal kapcsolatban, és amikor elvész a racionális kontroll az alkohol fogyasztása fölött.

Faragó szerint (1962): alkoholistának kell tekinteni mindenkit -függetlenül attól, hogy mennyit iszik napjában, és hogy mit-, akin már mutatkozik a belszervek és/vagy az idegműködés megromlása vagy megbetegedése, aki képtelen az italról lemondani, és akinek ugyanakkor egyéni, családi, kö-

zösségi életében, munkateljesítményében és képességében zavarok, kellemetlenségek, nehézségek kezdenek jelentkezni, beleértve az aránytalan anyagi megterhelés jeleit is.

A WHO meghatározása szerint (1988): alkoholistáknak tekinthetők azok az erős ivók, akik szeszfogyasztása olyan mértéket ér el, hogy az már észlelhető szellemi zavarral, károsodással, testi és szellemi egészségromlással, az interperszonális viszonyok romlásával jár, és károsítja az ivók társadalmi és anyagi helyzetét. Alkoholistáknak tekinthetők mindazok, akikben a jelenségek kezdeti tünetei már mutatkoznak. (4)

A BNO 1977-től alkoholizmus helyett alkoholfüggőséget és nem függőségi abuzust különböztet meg.

Az alkoholizmus prevalenciája a hiányos diagnosztikai kritériumok, egyes kultúrák és szubkultúrák alkohollal kapcsolatos magatartása, toleranciája miatt nehezen meghatározható. Gyakoriságára az adott társadalomban elfogyasztott alkohol mennyiségéből (Ledermann-formula) vagy a májcirrhosisban elhunytak számából következtetnek (Jellinek-féle számítás).

Az alkoholizmus a férfiak körében elterjedtebb, az utóbbi évtizedekben azonban egyre nagyobb teret hódít a nők és a tizenévesek körében is. A 2006. évben Magyarországon nyilvántartott alkoholisták számát és arányát korcsoport és nem szerint az **I. táblázat** mutatja be.

Az alkoholbetegség és a gyógyulás folyamata

Az alábbi, az alkoholbetegség kialakulását és a gyógyulás folyamatát szemléltető, összefoglaló táblázattal sokszor találkoztam munkám, illetve tanulmányaim során. Szeretném ezt megosztani másokkal is, mert ezek az információk mindenki számára hasznosak és fontosak lehetnek.

Ez a felsorolás az alkoholbeteg sikeres megküzdési karrierjét mutatja be. Sajnos ez a folyamat ritkán zajlik a felsorolás szerint, az alkoholbetegség a legtöbb esetben szociális, társadalmi lecsúszással, más testi-lelki be-

tegségek megjelenésével és akár halállal is végződhet.

I. táblázat: Nyilvántartott alkoholisták száma és aránya korcsoport és nem szerint Magyarországon, 2006

Korcsoport (év)	Férfi	Nő	Együtt
0—19	140	39	179
20—34	3 184	1 125	4 309
35—54	13 063	4 313	17 376
55—64	4 254	1 514	5 768
65— x	1 041	349	1 390
Együtt	21 682	7 340	29 022
Százezer azonos korú lakosra jutó gondozott alkoholista beteg			
0—19	12,7	3,7	8,3
20—34	274,9	100,8	189,5
35—54	956,6	304,5	624,5
55—64	751,6	220,8	460,9
65— x	177,6	34,2	86,6
Együtt	453,7	138,8	288,3

Forrás: KSH 2007

Az alkoholbetegek megnyilvánulásai és az alkoholbetegség tüneteit a különböző szakaszokban:

- ❖ alkalmi, de növekvő mértékű, könnyebbéget hozó italozás
- ❖ társaságban gyakran szórakoztató, elbűvölő
- ❖ rendszeres italozás és a mennyiség növekedése
- ❖ az ivás abbahagyására vagy erősebb kontrollálásra irányuló akarat gyakran megtörik
- ❖ szégyenérzet, amiért kudarcot vallott, a hibát másban keresi
- ❖ a mértéktelen ivás letagadása
- ❖ az első emlékezet kihagyások
- ❖ gyakori kontrollvesztés
- ❖ kiszámíthatatlan nagyvonalúság
- ❖ mentséget talál a helyzetére
- ❖ egyre megbízhatatlanabb
- ❖ elveszti érdeklődését
- ❖ a gondolatok gyakran keringenek az alkohol körül
- ❖ általános elhanyagoltság (evés, ruházkodás, higiénia)
- ❖ agresszív magatartás
- ❖ újabb ivópartnerek keresése
- ❖ menekülés az alkoholoról való beszélgetéstől

- ❖ szenilis magatartás a munkahelyen
- ❖ pénzproblémák, mégis túlzott aján-
dékok a partner vagy a gyermek szá-
mára, az agresszió ellensúlyozása cél-
jából
- ❖ egyre nagyobb változások a lényeges
dolgokban
- ❖ az alkoholfogyasztásra vonatkozó
alibik összeomlanak
- ❖ az alkohollal szembeni tehetetlenség
sejtése, felismerése, végül beismerése
- ❖ a teljes vereség beismerése
- ❖ csoport/tanácsadó felkeresése
- ❖ az absztinencia kezdete és terápiás in-
tézkedések előkészítése
- ❖ ismét jelentkezik „normális” gondol-
kodás, megnyilvánul a segítség utáni
vágy
- ❖ új remény, a deficit feldolgozása
- ❖ önszolgáltató/civil csoportokhoz való csat-
lakozás
- ❖ új életmód lehetősége
- ❖ partnerrel való közösség hiányának
veszélye
- ❖ az önbecsülés lassan visszatér
- ❖ a család / partner igényeire való re-
agálás
- ❖ pozitív testi érzés, alvás és kikapcsolódás
- ❖ felébred régi és újabb érdeklődés
- ❖ kiépül a tartós barátságok köre
- ❖ vállalja a felelősséget újból
- ❖ lépések a gazdasági stabilizáció felé

Magyarországon 2-2,5 millió ember tekinthető problémaivónak, és kb. 1 millió alkoholistának. Számos vizsgálat kutatta a hazai alkoholfogyasztási szokásokat, például az Országos Lakossági Egészségfelmérésben, melyet 2000-ben végeztek, vizsgálták az alkoholfogyasztás gyakoriságát, a nemek szerinti megoszlás alapján. (II. táblázat)

II. táblázat: Az alkoholfogyasztási szokások nem szerinti megoszlása

Fogyasztási típusok	Nők (%)	Férfiak (%)
Alkoholt nem fogyasztók	36,7	10,2
Alkoholt ritkán fogyasztók	37,2	24,9
Mérsékelt fogyasztók	20,9	45,5
Nagyivók	5,2	19,4

Forrás: OLEF 2000.

A női alkoholizmus

A szakirodalom a hatvanas évekig a férfiak gyógykezelési tapasztalataira támaszkodott. Lisansky mutatott rá 1958-ban arra, hogy a második világháború után fellendülő, tudományos igényű alkoholológiai kutatás a női alkoholizmust szinte tabu témaként kezelte, pedig a nők alkoholproblémája nem új keletű. Az ókori római törvénykezés például az asszonyok lerészegedését rendkívüli szigorral kezelte, halálbüntetéssel fenyegetve a bűnbe esőt.

A problémakerülés, elhallgatás a modern időkben tovább él, amint erre a téma első rendszeres kutatói rámutatnak (Kinsey, 1966; Curlee, 1967; Karpman, 1972). Fékeztek a női alkoholizmus kutatását még a szakemberek nézeteiben is megtalálható vélemények, előítéletek. Így „köztudott” volt, hogy a női alkoholizmus teljes erkölcsi zülléssel, kóros hazudozással, promiszkuitással jellemezhető. Éppen ezért az alkoholbeteg nők nem vagy alig gyógyíthatók, prognózisuk a meghatározó pszichológiai háttér miatt sokkal rosszabb, mint a férfi betegeké. Ezek az előítéletek fokozták a női alkoholbetegek stigmatizáltságát.

Jelentősen eltér egymástól az a mód, ahogy a férfiak és a nők szervezete lebontja az alkoholt. Testsúlyra számítva azonos mennyiségű alkohol elfogyasztása után nőknél magasabb véralkoholszint alakul ki. Az eltérést egyebek mellett a test nagyobb zsírhányadával, az alkohol felszívódásának a menstruációs ciklustól függő változásával és a gasztrikus alkohol-dehidrogenáz enzim relatív mennyiségében, aktivitásában mutatkozó különbséggel magyarázzák a szakemberek. E felsorolt különbségek vezetnek oda, hogy a nők kevesebb alkohol fogyasztása mellett is könnyebben jutnak el az alkoholbetegségig, és az alkohol egészségkárosító hatásának is jobban ki vannak téve, mint a férfiak.

Az alkoholnak a nők egészségre gyakorolt káros következményei

Májbetegség

A nőkre gyakorolt fokozott negatív hatás az alkoholos májbetegség terén a

legszembeutóbb. A cirrhosis kialakulásának kockázatát heti 28 cl ital elfogyasztása a nők esetében 16-szorosára növelte. Az alkoholt fogyasztó férfiak körében az alkoholos májbetegség kialakulásának kockázata egyharmada a nőkre jellemző értéknek.

Emlőrák

Hat prospektív kohorszvizsgálat kapcsán kapcsolatot mutattak ki az alkoholfogyasztás és az emlőrák kockázata között. Napi 2,5-5 cl italt fogyasztó nők körében a emlőrák incidenciája 40 %-kal nagyobb lehet, mint az alkoholt nem fogyasztók között.

Kardiovaszkuláris hatás

Az alkoholfogyasztás pozitív és negatív kardiovaszkuláris hatásainál jól megfigyelhető, milyen keskeny a „biztonságos alkoholfogyasztás” dózistartománya. Az alkoholfogyasztás növekedésével a hipertónia kockázata is egyre nő. Megállapították, hogy a nők nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás mellett érik el a férfiakra vonatkozó cardiomyopathias kockázati értéket.

Pszichiátriai betegségek

Alkoholbeteg nők körében az összes pszichiátriai betegség gyakoribb, mint a nem alkoholbeteg nők között, és egy betegség kivételével igaz ez az alkoholbeteg nők és férfiak összevetésében is. (Csak az antiszociális személyiségzavar gyakoribb a férfi, mint a női alkoholisták körében.)

Vizsgálati eredmények szerint az alkoholbeteg nők 30 %-a depressziós is. Az alkoholbeteg nők négyszer olyan gyakran kísérelnek meg öngyilkosságot, mint a nem alkoholbetegek. Az anorexia és a bulímia szintén többször gyakoribb az alkoholbeteg nők körében, mint a populáció egészében.

Pszichoszociális következmények

Az alkoholbeteg nőknek jelentős pszichoszociális következményekkel kell szembenézniük. A családi, házassági problémák inkább a nőkre, míg a foglalkoztatási és jogi következmények inkább a férfi alkoholbetegekre jellemzők. Női alkoholbetegek házassága gyakrabban bomlik fel a kezelés megkezdése után, mint a férfiaké. A nőbetegek gyakrabban esnek áldozatul alkohollal

kapcsolatos erőszakos cselekményeknek (pl. bántalmazás, nemi erőszak).

Az alkohol hatása az utódok egészségi állapotára

Az alkohol magzatkárosító hatása nem új felismerés, utalásokat találhatunk erre a görög-római mitológiában, a Bibliában, továbbá írásos emlékekben és a hagyományozódó népi ismeretekben is.

A várandós anyák alkoholfogyasztása következtében kialakuló magzati alkohol szindróma (MASZ) a leggyakoribb megelőzhető fejlődési rendellenesség. A MASZ több mint 30 éve ismert. A kórkép előfordulási gyakorisága azonban nem pontosan felmért, mert megállapítása függ az adott populáció társadalmi szociális adottságaitól és a problémára irányuló figyelemtől. Hazai adatok szerint — az enyhe eseteket is beszámítva — a fejlődési rendellenességek mintegy 4 százalékaért, és az értelmi fogyatékoság 7 százalékaért a magzati életben elviselt alkoholhatás tehető felelőssé!

A MASZ tünetei az anya által elfogyasztott alkohol mennyiségétől függenek. Enyhe esetekben a mérsékelt súlyos fiziológiai és neurológiai tüneteket „magzati alkoholhatások” vagy „alkoholos magzati károsodások” néven foglalhatjuk össze. Tünetei között jellemző a figyelem összpontosításának zavara, a kissé lassúbb fejlődés, a hiperaktivitás. Nagyobb mértékű anyai alkoholfogyasztás esetén progresszív dysmorphogenesis jelei észlelhetők, valamint a növekedés zavara, arcdeformitások és neurológiai eltérések.

A női alkoholizmus ápolói megítélése

A vizsgálat célja

A vizsgálat célja az alkoholizmussal és alkoholbetegekkel szemben megnyilvánuló negatív előítélet feltárása az ápolók körében, mely női alkoholbetegek esetében még inkább erőteljes.

Magyarországon kevés statisztikai adat lelhető fel ebben a témában, ezért végeztem ezt a felmérést.

Vizsgálati módszerek és minta

Az adatfelvétel kérdőíves módszerrel történt, 105 fő olyan ápolóra terjedt ki, akik munkájuk során alkoholbetegek ellátásában is részt vesznek. A párhuzamos felmérésben részt vevő ápolók megoszlása munkahely szerint: belgyógyászati osztály (sürgősségi belgyógyászat és gastroenterológia): 21 fő, fertőző betegeket ellátó osztály: 15 fő, szülészet-nőgyógyászat: 18 fő, sebészet (általános sebészet és traumatológia): 26 fő, pszichiátria 25 fő.

A kutatás 2007. december 20. és 2008. január 31. közötti időszakban történt.

A kiadott 105 kérdőívből 1 nem érkezett vissza, 2 értékelhetetlen volt.

A vizsgálat hipotézisei

1. A pszichiátriai osztályon dolgozó ápolók előítéletesebbek a női alkoholbeteggel, mint a férfiakkal szemben.
2. Más (nem pszichiátriai) osztályon dolgozó ápolók erőteljesebben fogalmazzák meg előítéleteiket a női alkoholistákról.
3. Fokozottabb az előítélet annál az ápolónál, aki családjában/közvetlen környezetében szembesül az alkoholbetegség problémájával.

zetében szembesül az alkoholbetegség problémájával.

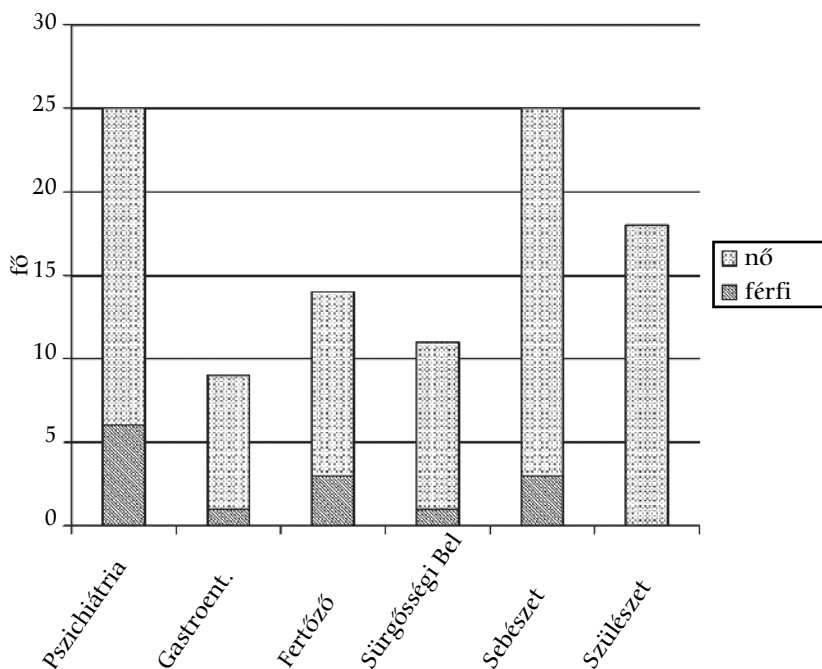
4. Az alkoholbetegek önértékelő csoportjai kevésbé ismertek az egészségügyi rendszerben.

A vizsgálat eredményei, megbeszélés

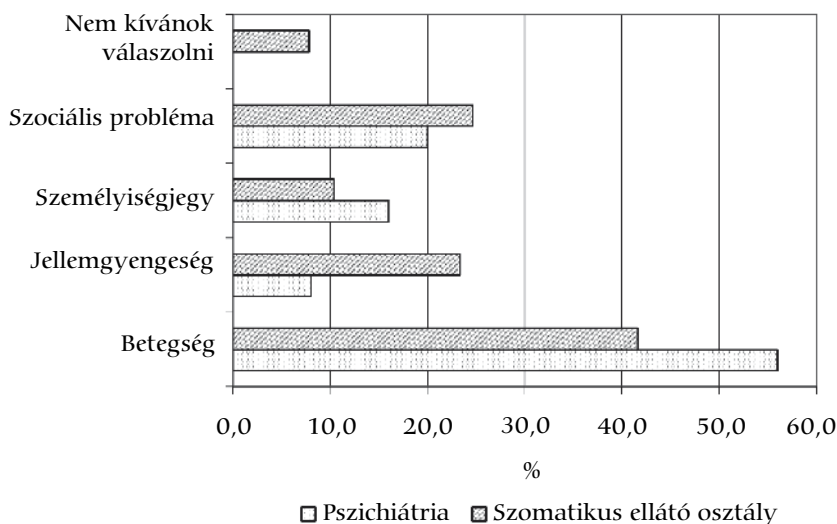
A vizsgálatban részt vevő ápolók nemek és munkahely szerinti megoszlását szemlélteti az **1. ábra**. Látható, hogy (amint az várható,) a pszichiátriai osztályon magasabb a férfi ápolók aránya, mint más osztályok munkatársai között.

Az „alkoholista” kifejezés napjainkban is megbélyegző. Az ápolók az alkoholizmussal leginkább szociológiai tananyag keretében találkozhatnak, mint deviáns viselkedési formával, bár ma már jól ismert tény az, hogy az alkoholizmus korunk egyik legsúlyosabb és a legtöbb szövődémmel járó népbetegsége. A pszichiátriai osztályon dolgozó ápolók többsége nem akarategyengének, hanem betegnek tartja az alkoholista nőket. A szomatikus osztályon dolgozó kollegák azonban igen változatos, és kissé ellentétes válaszo-

1. ábra: A vizsgálatban részt vevő ápolók nem és munkahely szerinti megoszlása, fő (N=102)



2. ábra: Az ápolók megítélésének megoszlása a női alkoholbetegekről, % (N=102)



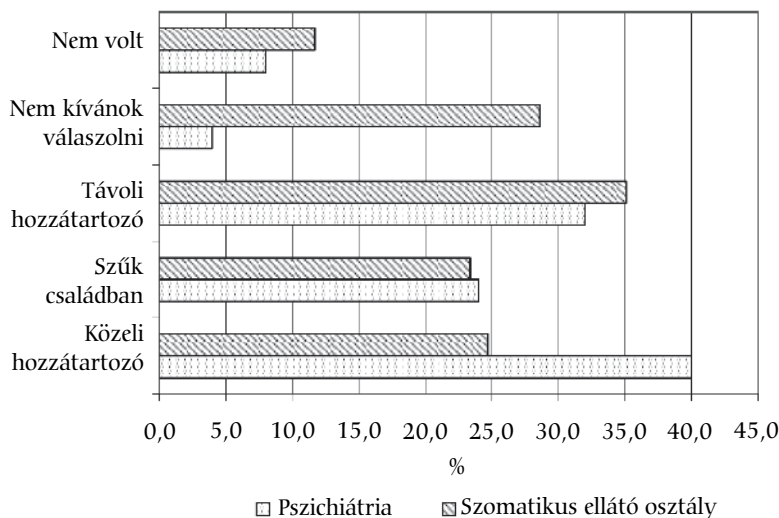
kat adtak. A válaszok megoszlását a **2. ábra** szemlélteti.

A felmérés során megállapítható volt az is, hogy az ápolók privát környezetében meglehetősen magas az alkoholizmusra hajlamos személyek aránya (**3. ábra**). A pszichiátriai osztályon dolgozók 40 %-ának közeli hozzátartozója érintett, a szomatikus ellátó osztályoknál 35 % távoli rokont jelöl meg. Ennél a kérdésnél felmerült bennem, hogy a válaszadók fel merik-e vállalni a környezetükben élő alkoholbeteget. A kérdésre nem

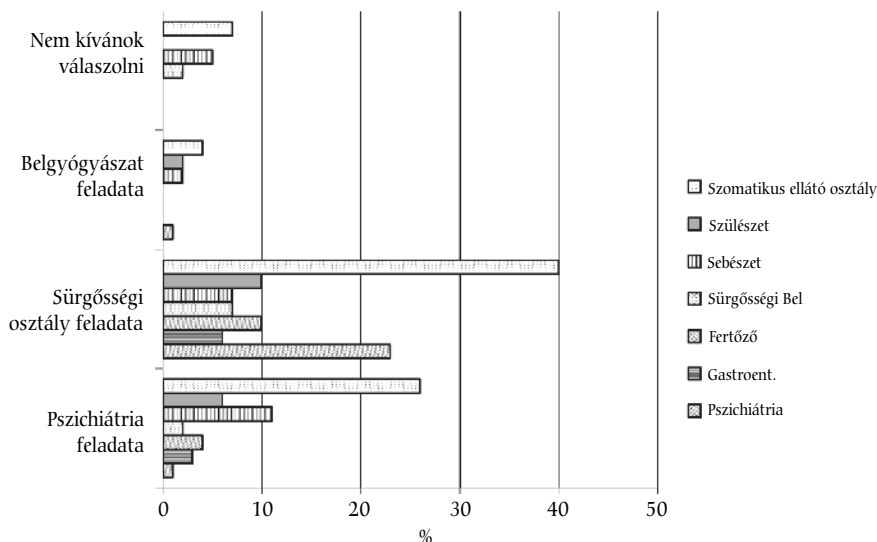
kívánt válaszolni 28,6 %. Azt gondolom, ez is egyfajta jelzés arra vonatkozóan, hogy szégyellik az emberek az alkoholista családtagot, hozzátartozót, ismerőst. Mindezek magyarázhatják az ápolókban meglévő előítéletes gondolkodást is. Az otthonról hozott tapasztalat a munkavégzés során is kihathat az alkoholista személy megítélésére.

Az orvosi szakmai protokoll szerint az akut toxikus állapotú alkoholbeteg intenzív ellátást igényelne, a gyakorlatban mégis többnyire pszichiátriai osztályon kezelik. Azt azonban

3. ábra: Alkohol fogyasztó személy az ápoló privát környezetében, % (N=102)



4. ábra: Az ápolók véleményének megoszlása arról, hogy az akut (alkoholos) toxikus állapot ellátása mely osztály feladata, % (N=102)



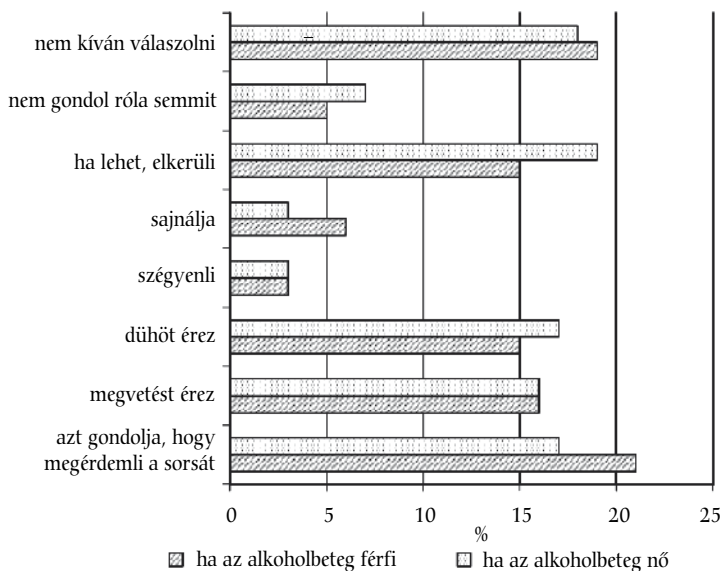
tudni kell, hogy megfelelő kezelés nélkül mintegy 20%-ban halálhoz vezethet ez a kórkép. A pszichiátriai osztályok eszköztára általában sajnos korlátozott, de jól képzett orvosokkal és ápolókkal ezen betegek ellátása megfelelő lehet.

Erre a problémára irányuló kérdésekre adott válaszokból kitűnik, hogy az ápolók szerint is sürgősségi ellátást igényelnének az akut toxikus állapotú betegek, és ebben a tekintetben csupán 7 % nem kívánt véleményt nyilvánítani. (4. ábra) Jelen vizsgálat csak egy kórházra terjedt ki, ezért szá-

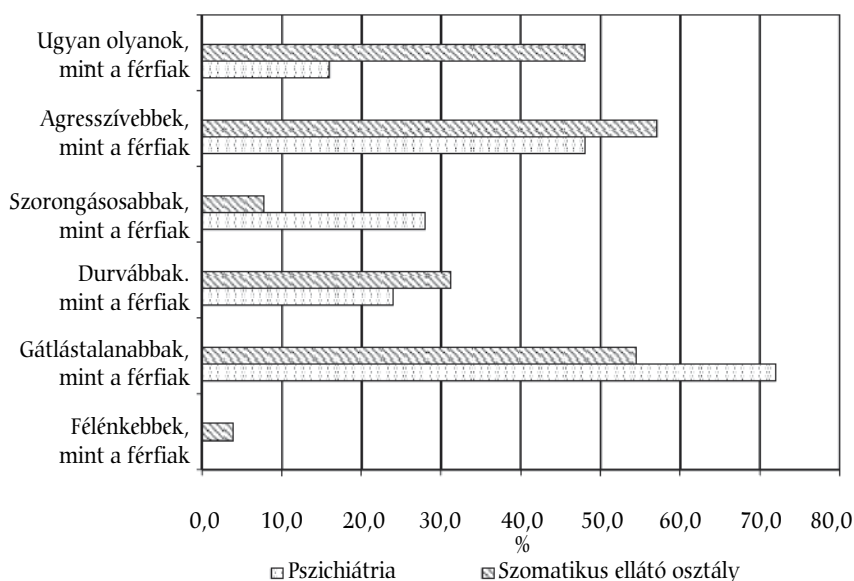
momra az nem derült ki, hogy országosan miképp látják el az ilyen betegeket. (Ennek vizsgálata nem ápolói kompetencia.) Minden esetre megállapítható, hogy intézményünkben az ápolók többnyire tudják, hogy hol és hogyan kell ellátni az alkoholbetegeket.

Az összehasonlításból kitűnik, hogy a pszichiátrián dolgozók szégyellik, ha női alkoholbeteget ápolnak, míg a szomatikus ellátó osztályokon düh a főbb jellemző, illetve megvetés kerül hangsúlyozásra (5. ábra).

5. ábra: Az ápolók ítéletének megoszlása a férfi és a női alkoholistákról, % (N=102)



6. ábra: Ápolók véleményének megoszlása az alkoholbeteg nők tulajdonságairól, % (N=102)



Ennek megítélése összefügg a társadalmi tradíciókkal. A női alkoholizmus fenyegeti a társadalom alapképletét, a család stabilitását. Sajnos a válaszokból nem tűnik ki, hogy az ápolók miért haragszanak, vagy szégyellik a női alkoholbeteget, de ez visszavezethető akár a személyes érintettségre is.

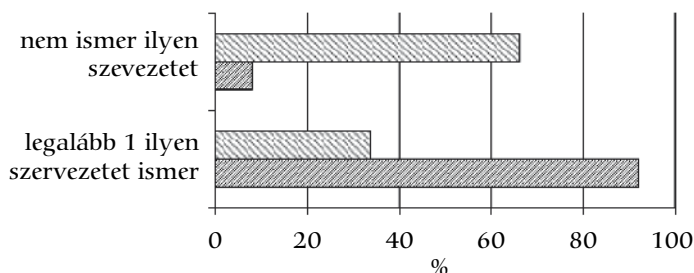
Sem a pszichiátriai osztályon dolgozók, sem pedig a szomatikus ellátó osztályon levő ápolók nem ítélik el az alkohol alkalmankénti fogyasztását. Azonban tudni kell, hogy a nem ivás, illetve alkalmankénti ivásból helytelen ivási szokás is formálható, tudatosan vagy nem tudatosan, spontán vagy a külvilágtól indíttatva.

Az alkohol már kis mennyiségben is tud zavart okozhat, csökkenti az ítélőképességet és az önkritikát. Nagyobb mennyiségű alkohol kinél-kinél más reakciót válthat ki, van, akinél aluszékonyságot, másnál ingerlékenységet, agresszivitást, stb. Mivel többnyire pszichiátriai osztályon történik a női és férfi alkoholbetegek kezelése, illetve ápolása, így viselkedésükről az itt dolgozó ápolók nagyobb tapasztalattal rendelkeznek. A vizsgálatban résztvevő pszichiátriai ápolók 72 %-a szerint gátlástalanabbak, és 48 % szerint agresszívebbek a nők, mint a férfi alkoholbetegek, a szomatikus osztályokon pe-

dig 31,2% kiemeli az agresszivitást és a durvaságot. (A válaszok százalékos megoszlást mutatja be a 6. ábra.)

Az alkoholbetegek kezelésében, gondozásában nagyon fontos szerepe van az önségítő civil szervezeteknek. Amikor a betegek bekerülnek a pszichiátriai osztályra, megkezdődik a segítés pszichiáterek, pszichológusok, és terapeuták együttműködésével, egyéni beszélgetésekkel, csoportfoglalkozásokkal. A tapasztalat az, hogy akik ez idő alatt már bekapcsolódnak valamelyik civil szervezetbe is, azok esetében előfordul, hogy 10 éve nem fogyasztanak alkoholt, tehát az absztinens időszak kitolódik. Sajnos azt is látnunk kell, hogy akik elzárkóznak, nem kapcsolódnak önségítő közösségbe, azok hamarosan visszaesnek. A pszichiátrián dolgozó ápolók 92 %-a ismeri, tudja az önségítő szervezetek fontosságát, jótékony hatását, hiányos tudással bír 8 %. A szomatikus osztályok ápolóinak ismeretei jóval szerényebbek, 66 %-a nem, 33 % pedig egy ilyen szervezetet nevezett meg, de utóbbiak közül többen (tévesen) a Drogambulanciát jelölték meg civil szervezetként. (Az ápolók ismereteit az alkoholbetegeket segítő civil szervezetekről a 7. ábra szemlélteti.) Magyarázható ez a hiányosság az alkoholizmus társadalmi megítélésével is, hiszen az alkoholizmust sokan nem tartják betegségnek, csak „alkoholistának” nevezik a

7. ábra: Az ápolók ismerete az alkoholbetegeket segítő civil szervezetekről, % (N=102)



■ pszichiátriai osztályon dolgozik ■ szomatikus ellátó osztályon dolgozik

páciens. Kevesen ismerik az alkoholbetegséget, ezáltal az erre szerveződő civil szervezeteket nehezebben fogadják el a köztudatban, mint pl. a rákbetegeket, vagy fogyatékosokat segítő civil szervezeteket. Erre jó példa, hogy az 1988-ban hazánkban is megjelenő AA (Anonim Alkoholisták Nemzetközi Szervezete) milyen nehézségek árán tudott létrejönni, mennyire nehezen kapott nyilvánosságot közösségi, vagy politikai szinten, és milyen előítéletekkel fűszerezett írások jelentek meg a szervezetről, pedig az AA *nem ivó alkoholista*ként jött létre. Ők azok, akik saját betegségüket hirdetve segítenek sorstársaikon. Ők azok, akik vállalják, kimondják, hogy alkoholista. Legfőbb segítő eszközünk, hogy személyes példát mutatnak sorstársaiknak azzal, hogy bemutatják felépülésük útját. A szervezethez való csatlakozás egyetlen feltétele az ivásról való lemondás vágya. Megyénkben egyre aktívabb a szervezet működése, egyre több „alkoholista” kapcsolódik be még a kórházi kezelés alatt.

Egy másik, hasonló elveken működő szervezet a Dömösi Kör. Ez az önszorgó szervezet a református egyház segítségével működik. A segítség fő célja, hogy „Isten segítségével” sikerüljön absztinensen maradni. A Biblián keresztül igyekeznek a betegek személyiségének torzulásán változtatni. A tapasztalatok szerint komoly személyiségváltozást tudnak elérni, csökkenteni képesek az alkoholbeteg absztinens időszakára jellemző szorongást és depressziót.

Mindkét segítő formában jelen van a közösséghez való tartozás jelentősége, hiszen ez megakadályozza az elmagányosodást. Ezek (és a hasonló) szervezetek napjainkban már egyre több fórumon kapnak nyilvános-

ságot, lényegesen javuló tendenciát mutat ismerettségük, elsősorban a kitartó aktivistáik munkája által.

Következtetések, javaslatok

A vizsgálat során arra a következtetésre jutottam, hogy

- a női alkoholizmussal szembeni negatív előítélet a pszichiátriai osztályon dolgozó ápolók körében erőteljesebb, mint a férfiakéval szembeni.
- fokozottabb az előítélet annál az ápolónál, aki családjában/közvetlen környezetében szembesül az alkoholbetegség problémájával.
- az alkoholbetegek önszorgó csoportjai kevésbé ismertek az egészségügyi rendszerben.

A pszichiátriai osztályon dolgozó ápolók erőteljesebben fogalmazták meg előítéleteiket női alkoholbetegek szemben, mint más osztályon dolgozó ápoló társaik. Ennek egyik oka az lehet, hogy munkájukat gyakran sikertelennek élik meg, mert a pszichiátriai osztályra ismételt, többször visszakérülnek a betegek, köztük a női betegek is az alkoholproblémával.

Vizsgálatomban azt találtam, hogy a pszichiátriai ápolók között nagyobb arányban vannak olyanok, akik az alkoholbetegséget illetően megemlítik közeli hozzátartozójuk érintettségét. Ezért azt feltételezem, hogy a negatív előítéletek gyökerei a családi környezetben fellelhetők. *Ez a kérdés további vizsgálandó igényel.*

A női alkoholbetegség olyan probléma, amelynek kapcsán az embereknek általában csak negatív színezetű asszociációi támadnak, sőt még a gondolata is kínos, feszítő érzést eredményez. „Hogy jutott ez a téma egyáltalán az eszedbe?”— kérdezte meg az ápolók többsége, amikor megtudták, mi a vizsgálatom tárgya.

A reakciókból kitűnt, hogy a női alkoholizmus szinte tabuként él egyes emberek gondolkodásában, nem vesznek róla tudomást, vagy elfojtják ez irányú gondolataikat. Pedig nyilvánvaló, hogy az alkoholbetegség korai felismerésével jelentősen csökkenthetők a káros következmények, és nagyobb az esély az absztinens életmód stabilizálására, a visszaesés elkerülésére. Azonban az egészségügyi ellátás nem pszichiátriai területein (az akut alkoholos állapot kivételével) általában igen kis esély van arra, hogy akár az orvosok, akár az ápolók felismerjék az alkoholbetegséget, mert ehhez egyrészt hiányoznak a konkrét ismereteik, másrészt igen csekély az erre irányuló szándék is.

Az nyilvánvaló, hogy az alkoholbetegek ápolástanát, lélektanát nem oktatják megfelelően az ápolói képzésben, vagy igen kevés gyakorlati hatékonysággal, ezért *elsődleges fontosságúnak tartom az ápolók megfelelő, célirányos képzésének/továbbképzésének kérdését.*

A női alkoholbetegség kérdéskörében fontosnak tartom az alkoholizálás utódokra gyakorolt káros hatásainak lehetséges megelőzését, illetve azok minél erőteljesebb csökkentését. Munkám során azonban azt tapasztaltam, hogy a női alkoholbetegek ápolói (és talán orvosi) ellátásában ez a probléma nem szerepel kellő súllyal. Fontosnak tartom ezért az *egészségügyi ellátó rendszer más szereplői-*

nek (családorvosok, védőnők) megfelelő szakmai felkészítését is, hogy korszerű ismeretek birtokában kiszűrjék azokat, akiknek alkoholproblémáik vannak, és a helyzetnek, illetve az ellátottak valódi szükségleteinek megfelelően folytassák szakmai tevékenységüket.

A pszichiátriai ápolók között nagyobb arányban vannak olyanok, akik az alkoholbetegséget illetően megemlítik közeli hozzátartozójuk érintettségét. Ez a tény (a többi érv mellett, azokkal együtt) felveti, hogy *az ápolók számára szükség lenne saját problémáik feldolgozásához mentálhigiénés tréningekre, továbbképzésekre.* Ezek egyúttal segítik az előítéletek levetkőzését is, így az alkoholbetegekkel szemben nagyobb empátiás-készség alakulhatna ki.

Az alkoholbetegek egészségügyi ellátásának (sajnos többnyire csak elméletileg) hangsúlyos részét képezi az utógondozás, melynek célja a pszichoszociális helyzet javítása, az absztinens életmód stabilizálása, a visszaesés elkerülése, a nagykockázatú helyzetek felismerése és kezelése, a családba, a munkahelyre történő beilleszkedés elősegítése. Az utógondozásban és a rehabilitációban a hagyományos alkoholológiai gondozók, pszichiátriai és alkoholológiai rendelések mellett alapvető szerepet töltenek be a különböző civil szervezetek, pl. a Területi Általános Megelőző Addiktológiai Szakgondozó, az AA (Anonim Alkoholisták), a Dömösi kör stb. Ezekről, ill. ezek tevékenységéről az ápolóknak a jelenleginél jóval több ismerettel kellene rendelkezni, hogy eredményesebben segíthessék az alkoholbetegek rehabilitációjának folyamatát, ezáltal saját szakmai tevékenységüket is sikeresebbnek érezhetnék/tudhatnák.

Irodalomjegyzék

1. Buda, B., Bonta, M. (1985): Viselkedés? Betegség? Társadalmi probléma? Alkoholológiai kiskönyvtár 8., Medicina Könyvkiadó, Budapest
2. Az alkoholfogyasztási szokások nem szerinti megoszlása. OLEF 2000
3. Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon 1970–99. KSH 2003/CD irattár
4. Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (2001): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
5. Huszár, I. (2001): A pszichiátria vázlata: Főiskolai jegyzet. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest

6. Irinyi, T. (2000): Pszichiátriai Szakápolástan. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
7. Fodor, M., Fadgyas, I. (2003): Az alkohol mentális következményei, Hippocrates, 2003. 5. 2., 91-94.
8. Potter, P.A., Perry, A.G. (1997): Az ápolás elméleti és gyakorlati alapjai. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
9. Tringer, L. (2001): A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest
10. Pataki K. (1994): Szenvedélybetegségek. Glaxo Zsiráf Kft., Budapest
11. Környei, E., Kassai-Farkas, Á. (1997): Az alkoholbetegségek és neuropszichiátriai szövődményei. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
12. Illei, Gy. (1995): Klinikai ápolástani ismeretek. PTE Egészségügyi Főiskola, Pécs
13. Elekes, Zs.: Devianciák, mentális betegségek, <http://www.tarki.hu/adatbank-h/nok/szerepvalt/elekes97.html>, (2007.07.29.)
14. Magyar, I. (1993): Pszichiátria. Semmelweis Kiadó, Budapest
15. Varnai, M. (2003): Az alkoholizmus gastroenterológiai vonatkozásairól. Hippocrates, 2003. 5. (2) 85-88.
16. Szalay, F. (2003): Alkohol okozta betegségek. Orvostovábbképző Szemle 2003. 10. (5) 30-37.
17. Cyr, M.G., McGarry, K.A. (2003): Nők alkoholfogyasztási rendellenességei. Orvostovábbképző Szemle 2003. 10. (5) 50-56.
18. Chopra, D. (2004): Szenvedélybetegségek, önpusztító szokásaink elengedése, Édesvíz Kiadó, Budapest
19. Kelemen, G. (2001): Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia. (In: Addiktológiai és pszichoterápiai tanulmányok) Pro Pannónia Kiadó Alapítvány, Pécs
20. Pusztai, É.: Az alkoholizmus című játszma <http://www.hazipatika.com/topics/alcohol/articles?aid=2002111310076>, (2007.10.31.)
21. Veér, A., Nádori, G., Erőss, L. (2000): Az alkoholizmus népbetegség. Animula Kiadó, Budapest
22. Rác, J. (2000): Addiktológia. SOTE EFK., Budapest
23. Szász, A. (2005): Pillantás a Szigetre. (In: Civil Világ 1997-2005.) Társadalomtudományi füzetek 2.

Nurses' perception of female alcoholism

Bodnár, M.

Aim of the study: To reveal nurses' opinions on alcoholism, and any negative prejudices they might have with regard to alcoholic women.

Methodology and sample: The data was collected using a questionnaire, distributed among 105 nurses who participate in the treatment of alcoholic patients in the course of their work. Distribution, by place of work, of the nurses participating in the parallel survey: internal medicine department (emergency internal medicine and gastroenterology): 21 persons, infectious diseases department: 15 persons, obstetrics-gynaecology department: 18 persons, operating theatre (general and trauma surgery): 26 persons, psychiatric ward: 25 persons.

The survey was conducted in the period between 20 December 2007 and 31 January 2008.

Of the 105 questionnaires distributed, one was not returned, and two were unsuitable for evaluation (N=102).

Results, conclusions: The survey revealed that nurses working on psychiatric wards were more prejudiced against female alcoholics and against male alcoholics. The prejudices are more explicit among these nurses than among those working in other departments. The prejudices are also stronger among nurses who have been confronted with the problem of alcoholism in their own family/immediate environment.

Key words: alcoholism, female alcoholism, nurses' perception, prejudice.

Egészségügyi karrier a XXI. században? Karriertervezés, személyzetfejlesztés egy egészségügyi intézményben

Szente Zsuzsa

ápolási igazgató, Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht.

Tóth Andrea

minőségirányítási koordinátor, Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht.

Összefoglaló

A vizsgálat célja: A szerzők választ kerestek arra, hogy a dolgozók miként képzelik el a jövőjüket az egészségügy területén, illetve az adott intézményben, melyek jövőbeli terveik. Kutatták a motivációs lehetőségeket, illetve a képzési igényeket is.

Vizsgálati módszer és minta: Anonim kérdőíves kutatás az Óbuda-Békásmegyer Egészségügyi Szolgáltató Kht. dolgozóinak körében. Leíró statisztikai megközelítés. 268 kérdőívet adtak ki, ebből 170 érkezett vissza.

Eredmények, következtetések: A dolgozók túlnyomó többsége a jövőben is az egészségügyben kíván munkát vállalni. A képzéseken való részvételi hajlandóság is magasnak bizonyult, ez a dolgozók újdonságok iránti érzékenységét mutatja, és feltételezhető, hogy a munkatársak szerint a szakma a jövőben is fejlődni fog. A karrier értelmezésének vizsgálatakor igen eltérő eredmények születtek, másként gondolkodnak erről a témáról az orvosok és asszisztensek, az idősebbek, és másként a vidékiek. Fontos, hogy egy intézmény ne csak jól válassza meg munkatársait, de fordítson kellő gondot a megtartásukra, motiválásukra, illetve segítse elő a fejlődésüket, támogassa őket karrier-tervük kialakításában.

Bevezetés

Az utóbbi időben lezajlott társadalmi, gazdasági, politikai változások következtében megnőtt az interakciós készségek fontossága. A munkavállalás során általában mások vonatkozásában, azok igényeihez igazodva mérjük magunkat. A munkahelyi kapcsolatokban szerzett tapasztalataink, ismereteink elengedhetetlenül fontosak bizonyos szükségleteink kielégítéséhez. Fontos számunkra, hogy biztonságban érezzük magunkat, hogy tartozzunk valahová, hogy megmutassuk képességeinket, így az önbecsülés érzése mellett kivívjuk azt, hogy mások is megbecsüljenek bennünket. Meghatározó tehát, hogy olyan munkát találjunk, melyben sikeresek lehetünk.

Napjainkban a cégek, intézmények egyre gyakrabban alkalmazzák a karriertervezést, mint erőforrás-tervezési, személyzet-

fejlesztési és ösztönzési módszert. (Norbert F. et al., 1994)

A karriertervezés hasznos a munkáltatónak, mert egyrészt képes hosszabb távon biztosítani az egyes munkakörökre az alkalmas munkaerő utánpótlását, másrészt csökkenti a toborzási költségeket és a külső fluktuációt, lerövidíti a betanulási időt, valamint növeli az alkalmazottak elkötelezettségét és javítja más humánmenedzsment funkciók határfokát is.

A karriertervezés hasznos az alkalmazott számára is, mert kiszámíthatóvá teszi a cégen belüli jövőt, perspektívát kínál, tervszerű önmegvalósítási programot ad, munkáltatói támogatást ígér ehhez, vagyis sokféle egyéni szükséglet kielégítését garantálja. (Bakacsi et al., 2000)

Tehát mind a munkáltató, mind a munkavállaló okvetlenül érdekelt a karriertervezésben, mely mindkét fél számára hosszabb távon biztonságot jelent.

A karriertervek megvalósítása mind a munkáltatótól, mind a munkavállalótól erőfeszítést követel, hiszen a karriertervezés azt jelenti, hogy a felek a kölcsönös előnyök biztosítására szerződnek, mégpedig az egyén humánpotenciáljának célzatos növelésére irányuló befektetések (pénz, energia, szabadidő-munkaidő, stb.) vállalásával, vagyis beruházást valósítanak meg a humán tőke növelésére, melyet mindkét fél együttesen a jövőben fog hasznosítani. (Roóz J., 2006)

A karrier

A karrier azoknak a fizetett vagy nem fizetett állásoknak, tisztségeknek, azaz pozícióknak időrendben meghatározott sora, melyeket az adott személy élete folyamán betölt. Ebbe beletartozik az iskolai, az otthoni és más egyéb munkavégzés is.

Egy intézményben vagy szervezetben, ha eldől, hogy kit vegyünk fel, előbb vagy utóbb értelmezzük a karriertervezés fogalmát. Általában valamilyen nagyon sikeres életpályára gondolnak e szó hallatán. Pedig egy sikeres életút nagyon sokféle lehet és a karrier is számos formában, valósulhat meg. (Farkas et al., 2006)

A karrier tervezésére, menedzselésére számos tényező befolyással van, így az egyén, a szervezet, a gazdasági, társadalmi, politikai, természeti környezet, és ez fordítva is igaz, hisz a karrier gondozása hat az egyénre, de a szervezetre, sőt még a környezetre is. (Bodrogi, Kálmán, 2001) A karriertervezési megoldások többsége a szervezetben a vertikális mozgásokat támogatja. A karrierben való előrelépés azonban a szervezet azonos szintjén való maradást is jelentheti, ha az új munkakör nagyobb döntési önállósággal rendelkezik, jobban hasznosítja a képességeket. Ennek a gondolkodásnak az élet- és pályatervezésre jelentős hatása van. Feltételezi a nem vezetői beosztások értékét, az úgynevezett funkcióközi tapasztalatokat, és ez által a személyi állomány nagyobb részének kínál karrier lehetőséget a szervezetben. (Gyökér, 1999)

A karriertervezés három átfogó célja

- biztosítani a szervezet utánpótlás iránti igényeinek kielégítését,
- gondoskodni, hogy a tehetséges munkatársak részesüljenek olyan felkészítési, képzési, tapasztalatszerzési együttesben, amelynek révén magasabbra juthatnak,
- megadni az egyéneknek mindazt az útmutatást és bátorítást, amire szüksége lehet, hogy sikeres karriert fussanak be az adott szervezetnél.

A karriertervezés, gondozás, építés egyik főszereplője az egyén, aki lehet beosztott, alkalmazott, mégis szeretné munkáját a leghatékonyabban, pályafutását ívelően végzeni, szeretne pozíciójában, rangjában előre lépni, magasabb munkakörbe jutni, specialistává vagy vezetővé válni.

Karrier utak

Az emberek keresik a számukra legmegfelelőbb munkát, pályát. Valakinek sikerül ezt hamar megtalálni, mert szerencsésebb, ügyesebb, és vannak olyanok, akik hamar belefáradnak a keresésbe, inkább elvállalnak egy számukra kevésbé előnyös, kevésbé rokonszenves munkát, és beletörődnek sorukba.

Hogy milyen pályát találunk, hogyan alakítjuk, az sok mindentől függ, elsősorban tőlünk, saját magunktól.

Akkor számíthatunk karrierre egy adott szervezetnél, ha a szervezetnek szüksége van az egyén képességére, tudására, amelyet nyújtani tud, de még ekkor sem biztos, hogy sikere lesz, hisz akadhat akár egyetlen olyan paramétere, amely nem felel meg (például: életkora), így alulmaradhat karriervetéltársával szemben.

A pályafutás, karrier dinamikáját leginkább egy képzetbeli koordináta rendszerben helyezhetjük el, aminek a függőleges tengelyén a fejlődés, haladás található, vízszintes tengelyén az életkor. Az egyes szakaszok elnevezésük és elemzésük szerint is különböznek egymástól. (Gyökér, 1999)

A karriertervezés és személyzetfejlesztés vizsgálata

A vizsgálat célja

Kutatásunk célja az volt, hogy képet kapjunk arról, dolgozóink miként képzelik el a jövőjüket intézményünkben, illetve az egészségügy területén. Választ kerestünk arra, hogy munkatársainkat milyen módon lehetne motiválni, illetve szeretnénk volna feltárni a képzési igényeiket és a képzéseken való részvételi hajlandóságukat.

Választ kerestünk arra is, hogy intézményünk dolgozói miként vélekednek a karrierépítésről, a karrier fogalmáról.

Vizsgálati módszer és minta

Kutatásunkhoz leíró statisztikai megközelítésben kérdőíves módszert választottunk, mivel ez a módszer lehetővé teszi a nehezen hozzáférhető adatok rövid idő alatti megszerzését, illetve a megállapítások elbírálásán keresztül képet kaphatunk arról, hogy dolgozóink miként képzelik el a jövőjüket intézetünkben, illetve mi a véleményük a karrierépítésről és a karrier fogalmáról.

268 db kérdőív került kiosztásra, melyből 170 db érkezett vissza.

Dolgozóink 59,5%-a asszisztensi munkakörben dolgozik, az orvosok a létszám ne-

gyedét teszik ki, míg az egyéb munkakörben dolgozók és az adminisztratív dolgozók együttes jelenléte közel 20%-os.

Az életkor szerinti megoszlást vizsgálva megállapítható, hogy munkatársaink 92,2%-a 30 év feletti, a 25-30 év közöttiek csupán a minta 6,5%-át teszik ki, míg a 18-24 év közöttiek száma elenyészően alacsony, mindössze 1,2%.

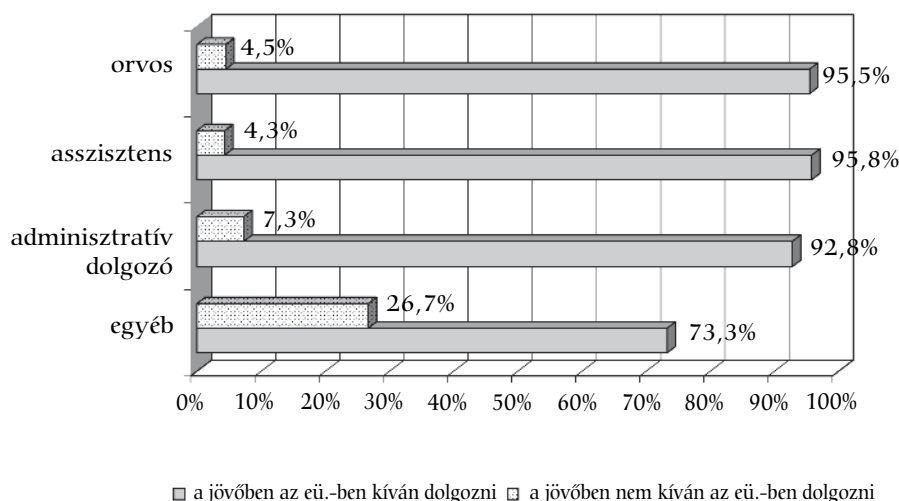
Megvizsgáltuk a 30 év felettek kor szerinti megoszlását, az orvosoknál az 51-60 év közöttiek száma, az asszisztenseknél a 41-50 évesek száma a legmagasabb. Általánosan jellemző, hogy az egészségügyi társadalom idősödik, az elégtelen anyagi források nem vonzóak a fiatalok számára.

A dolgozók közel 80%-a Budapesten él. Az agglomerációban jóval kevesebben laknak, míg vidékről csupán a válaszadók 2,9%-a jár be munkahelyére.

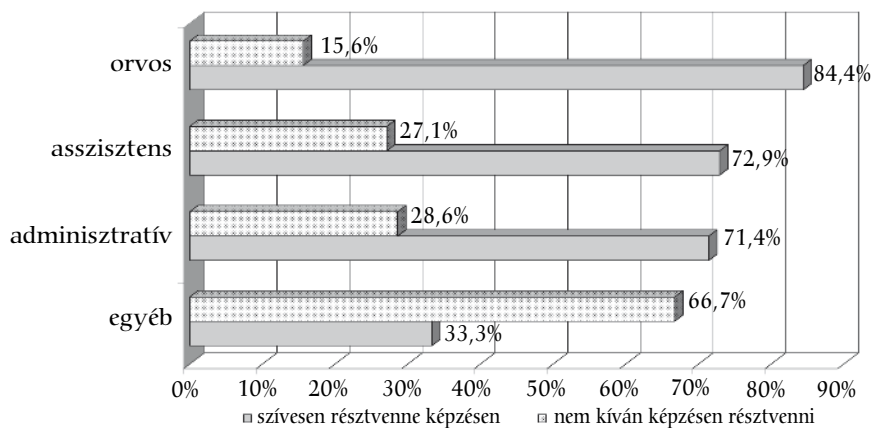
Vizsgálati eredmények

Arra kérdésünkre, hogy a jövőben az egészségügyben kíván-e dolgozni, igen pozitív válaszok születtek. Az asszisztensek és az orvosok is 95% feletti arányban válaszoltak igennel. Az adminisztratív dolgozók esetében is magasnak mondható ez a szám (92,3%), míg az egyéb munkakörben dolgozók 73,3%-a képzei el a jövőjét az egészségügyben (**1. ábra**).

1. ábra: Jövőbeli tervek a munkahelyre vonatkozóan (N=170)



2. ábra: Képzésen való részvételi hajlandóság (N=170)



Az elmúlt egy évben az orvosok vettek részt a legtöbbször valamilyen képzésen, Őket az asszisztensek követik 60%-al. Az adminisztratív dolgozók esetében ez az arány 42.8%-os, míg az egyéb munkakörben dolgozók csupán 26.6%-a válaszolt igennel erre a kérdésre.

Mind az orvosok és asszisztensek, mind az adminisztratív dolgozók körében igen magas a képzéseken való részvételi hajlandóság. Az orvosok tekintetében ez az arány 84.4%-os, az asszisztensek esetében 72,9%-os, míg az adminisztratív dolgozók esetében 71,4%-os.

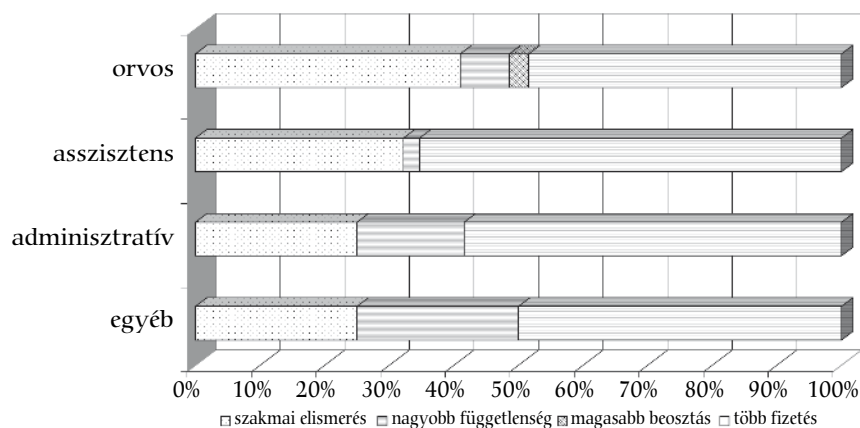
Az egyéb munkakörben dolgozók továbbképzésekhez való hozzáállása már nem ilyen pozitív, csupán egyharmaduk venne részt szívesen továbbképzésen. (2. ábra)

A munkahelyen elérni kívánt célok közül egyértelműen kimagaslik a magasabb bérezés igénye. Az orvosok 48,5%-a, az asszisztensek 65,2%-a, az adminisztratív dolgozók több mint fele, és az egyéb munkakörben dolgozók 53,2%-a szeretne hónap elején több fizetést hazavinni.

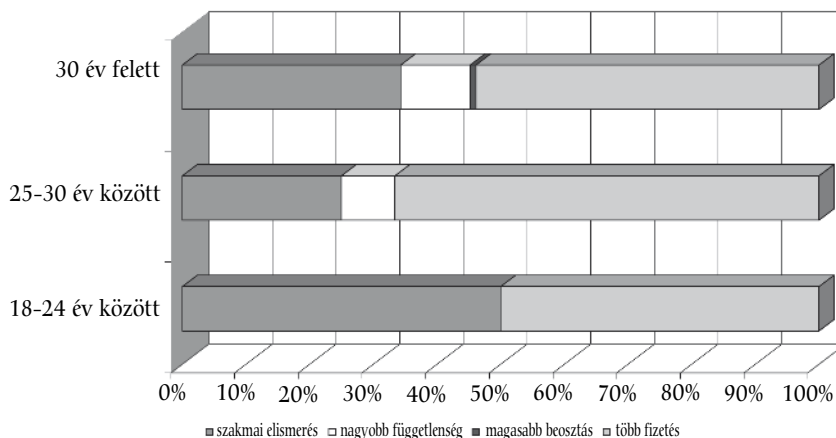
Szakmai elismerést inkább az orvosok (40,9%) és az asszisztensek (32,2%) szeretnék kivívni, az adminisztratív dolgozók és az egyéb munkakörben dolgozók csupán negyedének célja, hogy ilyen elismerésben részesüljön. (3. ábra)

Ha a célkitűzéseket életkor szerint vizsgáljuk, szembetűnik, hogy a legfiatalabb korosztály a szakmai elismerést és a magasabb bérezést egyformán fontosnak tartja. A 25-30 év közöttiek számára inkább az

3. ábra: Munkahelyi célkitűzések munkakörök szerint (N=170)



4. ábra: Munkahelyi célkitűzések életkor szerint
(N=268)



anyagi elismerés számít, de 25%-uk a szakmai elismerést is megjelölte, nagyobb függetlenségre csupán 8,4% vágyik. A 30 feletti korosztály több mint fele (54%), céljai között a magasabb bérezés elérését jelölte meg, de a szakmai elismerés is fontos számukra (34,3%). Nagyobb függetlenségre 10,8% vágyik, magasabb beosztást pedig 0,9% szeretne elérni. (4. ábra)

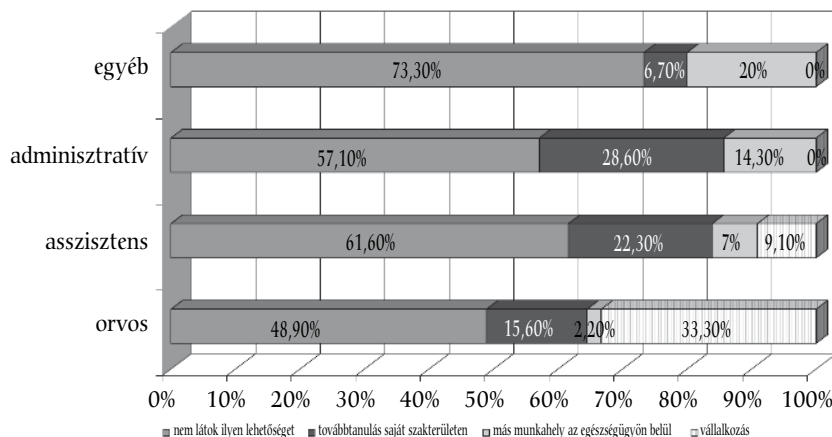
A vizsgálat során egyértelműen kiderült, hogy a dolgozók igen nagy hányada nem lát előrelépési lehetőséget az egészségügyben. Ez az arány az orvosok körében 48,9%, az asszisztenseknél 61,6%, az adminisztratív dolgozóknál 57,1% és az egyéb munkakörben dolgozók esetében 73,3%. (5. ábra)

Továbbtanulással az adminisztratív dolgozók közül 28,6% látná megoldottnak helyzetét. Az asszisztensek közel negyede (22,3%) vélekedik ugyanígy. Az orvosok 15,6%-a, az egyéb munkakörben dolgozók csupán 6,7%-a lát ebben lehetőséget.

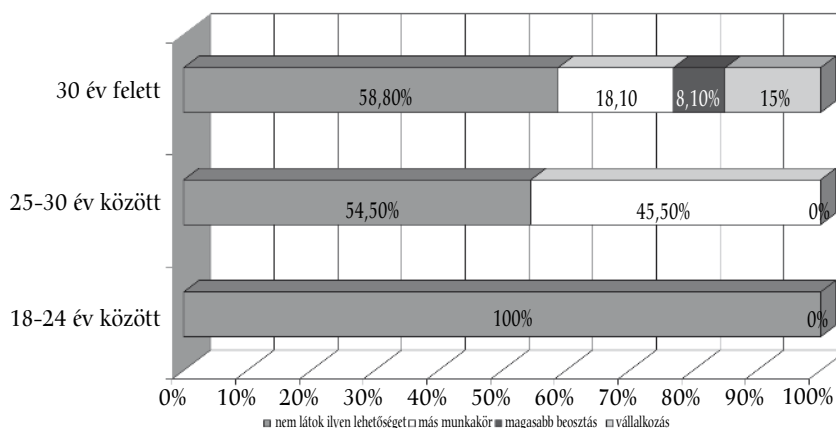
Munkahely változtatással az egyéb munkakörben dolgozók közül 20%, az adminisztratív dolgozók körében 14,3% kívánna biztosítani előrelépését. Az orvosok és asszisztensek úgy vélik, nem ez hozna számukra előrelépési lehetőséget.

Az orvosok harmada (33,3%), az asszisztensek csaknem tizede (9,1%) egy vállalkozás beindításával tudná elképzelni az előbbre jutását, az adminisztratív dolgozók és az egyéb munkakörben dolgozók számára ez nem vonzó.

5. ábra: Egészségügy területén való előrelépési lehetőség megítélése munkakörök szerint
(N=268)



6. ábra: Egészségügy területén való előrelépési lehetőség megítélése életkor szerint



Sajnálatos, hogy a legfiatalabbak nem látják lehetőséget az előrelépésre az egészségügy területén, de ez az arány a többi korosztálynál is magas. A 25-30 év közöttiek több mint fele (54,5%), a 30 felettek közel 60%-a nem lát arra módot, hogy az egészségügyben előreléphessen.

A továbbtanulásban lát lehetőséget a 25-30 év közöttiek 45,5%-a, a 30 év felettek 18,1%-a. Egyedül a 30 év felettek (15%) vélik úgy, hogy egy vállalkozás vinné őket előrébb pályájukon. (6. ábra)

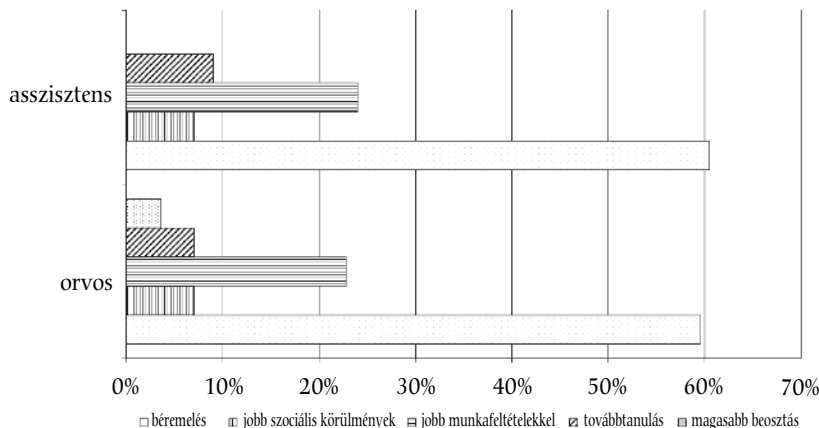
Az orvosokat leginkább béremeléssel lehetne motiválni saját munkahelyükön (59,6%). 22,8% szerint a jobb munkafeltételek ösztönöznék leginkább, kevésbé számít a

jobb szociális körülmény, a továbbtanulási lehetőség és a magasabb beosztás

Az asszisztenseknél szintén a béremelés (60,5%), és a jobb munkafeltételek (24%) játszanak döntő szerepet. A kérdőívet kitöltők 9%-át továbbtanulási lehetőséggel, 7%-át pedig jobb szociális körülményekkel lehetne motiválni saját munkahelyén. (7. ábra)

Arra a kérdésre, hogy mit jelent Önnek a karrier, az orvosok közel egyenlő arányban jelölték az összes választ, de legkevesebben a pozíciót (1,4%) választották. Az asszisztensek esetében egyértelműen az anyagi elismerés jelent karriert, az önmegvalósítás, az elismertség és a megélhetés hasonló arányban szerepel válaszként. A kapcsolatokat (9,3%)

7. ábra: Az orvosok és asszisztensek motivációs lehetőségei



és a pozíciót (6,2%) viszonylag kevesen azonosítják a karrier fogalmával.

Az adminisztratív dolgozók szerint a karrier leginkább önmegvalósítás (53,4%), legkevésbé pozíció (6,7%), az elismertség, a megélhetés és a kapcsolatok egyenlő arányban szerepelnek a válaszok között.

Az egyéb munkakörben dolgozók szerint a karrier megélhetés és anyagi elismerés. A pozíciót ők is kevesen jelölték válaszként (5,6%), míg az önmegvalósítást, az elismertséget és a kapcsolatokat egyenlő arányban jelölték meg.

A fővárosban élőknek a karrier anyagi elismerést (26%), önmegvalósítást (21,5%) elismertséget (20,5%) és megélhetést (18,8%) jelent. Kapcsolatokat csupán 7,78%, pozíciót pedig 5,5% jelölt be válaszként.

Az agglomerációban élőknek a karrier megélhetés (24,3%) anyagi elismerés (21,6%), illetve önmegvalósítás (18,9%). Az elismertséget és kapcsolatokat 16,2%, míg pozíciót csupán 2,8% azonosította a karrierrel.

A vidékieknek egyértelműen megélhetést (42,9%) jelent a karrier, ezt követi az elismertség (28,5%). Az önmegvalósítást és az anyagi elismerést 14,3%, a pozíciót pedig senki sem adta válaszul.

A legfiatalabbak egyenlő arányban választották az anyagi elismerést és az elismertséget. A 25-30 év közöttiek számára a karrier leginkább önmegvalósítás. Az anyagi elismerést, a megélhetést, az elismertséget és a kapcsolatokat azonos arányban jelölték be, míg a pozíciót senki sem azonosította a karrier fogalmával.

A 30 év feletti korosztály, mikor a karrierre gondol, egyformán fontosnak tartja az anyagi elismerést (25,3%), az önmegvalósítást (20,5%), a megélhetést (20,5%) és az elismertséget is (20,1%) A kapcsolatokat 8,4%, a pozíciót 5,4% jelölte meg válaszában. (I. táblázat)

Következtetések

A vizsgálat alapján egyértelműen pozitívnak lehet tekinteni azt, hogy az orvos, az asszisztens és az adminisztratív munkát végzők továbbra is az egészségügyben kívánának dolgozni (ők jelentik a szakmai is-

I. táblázat: A karrier fogalmának megítélése

A karrier megítélésének százalékos megoszlása az orvosok és asszisztensek körében			
	orvosok %	asszisztensek %	
Pozíció	1,4	6,2	
Önmegvalósítás	20	19,4	
Elismertség	20	18,1	
Anyagi elismerés	20	28,8	
Megélhetés	21,5	18,1	
Kapcsolatok	17,1	9,3	
A karrier megítélésének százalékos megoszlása az adminisztratív és az egyéb dolgozók körében			
	adminisztratív dolgozók %	egyéb dolgozók %	
Pozíció	6,7	5,6	
Önmegvalósítás	53,4	11,1	
Elismertség	13,3	11,1	
Anyagi elismerés	13,3	22,3	
Megélhetés	13,3	38,8	
Kapcsolatok	0	11,1	
A karrier megítélésének százalékos megoszlása életkor szerint			
	18-24 év között %	25-30 év között %	30 év felett %
Pozíció	0	0	5
Önmegvalósítás	0	33,6	20,6
Elismertség	50	16,6	20,1
Anyagi elismerés	50	16,6	25,3
Megélhetés	0	16,6	20,6
Kapcsolatok	0	16,6	8,4
A karrier megítélésének százalékos megoszlása lakhely szerint			
	Budapesti %	Bp. környéki %	Vidéki %
Pozíció	5,5	2,8	0
Önmegvalósítás	21,5	18,9	14,3
Elismertség	20,5	16,2	28,5
Anyagi elismerés	26	21,6	14,3
Megélhetés	18,8	24,3	42,9
Kapcsolatok	7,7	16,2	0

mereteket leginkább hordozó csoportjait az egészségügynek).

Ez azért fontos, mert azt mutatja, hogy a vizsgált mintában az utóbbi években jelentkező társadalmi, politikai és szakmai változások, problémák csak keveseket indítanak arra, hogy elhagyják a szakmát, és máshol keressék a megélhetésüket, a sikert. Szakmailag azt a reményt élesztheti, hogy a szakma szilárd, és akik itt dolgoznak, elkötelezettséget éreznek, és töretlenül szolgálni tudják a társadalmat.

Az egyéb munkakörben dolgozók esetében jelentős fluktuációra lehet számítani, de erre a csoportra eddig is ez volt a jellemző. A képzéseken nem szívesen vesznek részt, érdekeiket elsősorban az anyagiak határozzák meg.

A képzéseken az elmúlt év tapasztalatai szerint leginkább az orvosok vesznek részt. A részvételi arány fokozatosan csökken az asszisztensek és az adminisztrátorok körében. Ez mutatja, hogy információt – akár szakmait, akár más – elsősorban a magasabb képzettségűek igényelnek. Láthatóan a szakma is megfelel annak az általános tapasztalatnak, miszerint ahogy a képzettség szintje nő a társadalomban, úgy nő a folyamatos képzések (továbbképzések) iránti a szükséglet is.

A jövőre vonatkoztatva megállapítható, hogy az orvosi, asszisztensi és adminisztratori munkát végzők körében magas a képzéseken való részvételi hajlandóság.

Ez a munkáltató számára óriási feladatot jelent, még akkor is, ha számolunk a vágyak és a valóság között mindig jelentkező különbséggel. Ha megfelelő képzési formákat találunk, többeket lehetne a képzéseken megtalálni. A képzésen/továbbképzésen való magas részvételi szándék az egész egészségügyre nézve nyitottságot, érdeklődést, az újdonságok iránti érzékenységet mutat, és feltételezhetjük, hogy a szakmában dolgozók szándékai szerint a szakma a jövőben is fejlődni fog.

A felmérésből kiderül, hogy motivációs lehetőségként dolgozóink túlnyomó többsége a béremelést jelölte meg, és a jelenlegi motivációs trendek valóban azt mutatják, hogy egyre jobban előtérbe kerül a költség-hatékonyság, és egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az egyéni szükségletek.

A béremelés mellett a jobb munkafeltételek jelentőségét is fontosnak tartják, mely jobb teljesítményre ösztönözheti dolgozóinkat.

A „karrier” (görög) szó eredeti jelentése verseny, rohanás a kijelölt pályán. Hogy erről mit gondolnak dolgozóink, mit jelent számukra a karrier, igen változó képet kaptunk. Az orvosok számára egyaránt jelent pozíciót, önmegvalósítást, elismertséget, anyagi elismerést, megélhetést és kapcsolatokat is. Az asszisztensek inkább az anyagi elismerést, az önmegvalósítást és az elismertséget azonosítják a karrier fogalmával.

Az adminisztratív dolgozók számára egyértelműen önmegvalósítás, az egyéb munkakörben dolgozók számára pedig megélhetés.

A karriert a vidékiek másképpen ítélik meg, mint a budapestiek és az agglomerációban élők. Számukra a karrier egyértelműen megélhetés és anyagi elismerés, míg a fővárosiak és a Budapest környékén élők számára a karrier leginkább anyagi elismerést, önmegvalósítást és elismertséget jelent.

Amennyiben korosztályok szerint vizsgáljuk a karrier jelentését, kitűnik, hogy míg a fiatalabb korosztály az önmegvalósítást választotta, addig az idősebbek az anyagi elismerést, az önmegvalósítást, a megélhetést és az elismertséget is azonosítják ezzel a fogalommal.

A XXI. század egészségügyében a piacorientált szemléletmód miatt egyre nagyobb szerepet kap a humán erőforrás menedzsment, sőt meghatározóbb tényező, mint valaha, de sajnos ennek gyakorlata még –különböző okok miatt– nem működik elég hatásosan.

Vizsgálatunk következtetései megegyeznek azzal a nagyon fontos elméleti szabállyal, hogy egy intézmény az eredményessége érdekében ne csak jól válassza meg munkatársait, hanem kellő gondot fordítson megtartásukra, motiválásukra, elősegítse szakemberei fejlődését, képezze, támogassa őket karrier-tervük kialakításában, megvalósításában.

Irodalomjegyzék

1. Bakacsi, Bokor, Császár, Gelei, Kovács, Takács (2000): Stratégiai emberi erőforrás menedzsment. KJK-Kerszöv, Budapest, 289-305
2. Bodrogi Balázs, Kálmán Zsolt (2001): Diplomás ápoló hallgatók elképzelései az ápolói karrierről. Nővér, 14, 5, 16-19
3. Farkas Ferenc, Karoliny Mártonné, László Gyula, Poór József (2006): Emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Complex kiadó, Budapest, 307-313
4. Gyökér Irén (1999): Humán erőforrás menedzsment. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 158-164
5. Norbert F. Elbert, Karoliny Mártonné, Farkas Ferenc, Poór József (1994): Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 223-253
6. Dr. Roóz József (2006): Az emberi erőforrás-menedzsment alapjai. Perfekt Gazdasági Tanácsadó, Budapest, 234-241

***A health-sector career in the 21st century?
Career planning and HR development in a healthcare institution***
Szente, Zs., Tóth, A.

Aim of the study: The authors sought to understand how workers perceive their future in the health-care industry, and what their future plans are in the given institution. They conducted their research into motivational opportunities and training needs.

Methodology and sample: Anonymous questionnaire-based survey among workers at Óbuda-Békásmegyér Health Services Kht. Descriptive statistical approach. 268 questionnaires were issued, of which 170 were returned.

Results, conclusions: The majority of employees expressed a desire to continue working in the health sector in the long term. The level of willingness to participate in training was also high, which demonstrates the workers' receptiveness to new concepts, and suggests that they believe the profession will continue to develop in the future. The examination the way careers are perceived yielded highly varied results, with doctors and assistants, older workers and those in rural areas all holding a different view of this subject. It is important for an institution to not only select its employees carefully, but also to place sufficient emphasis on their retention and motivation, to assist in their development and support them in their career planning.

MUNKAJOGI TANÁCSADÁS

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara munkajogi kérdésekben tagjai részére jogsegélyt nyújt.

A megválaszolandó kérdések, valamint az ügygel kapcsolatos dokumentumok előzetes megküldése után, előzetes egyeztetés alapján, telefonon, vagy személyesen, heti gyakorisággal áll rendelkezésre munkajogász.

Időpont egyeztetés: 06-1-323-2070-es telefonszámon lehetséges Csordás Éva főtitkári ügyintézőnél **(az érvényes MESZK tagsági igazolvány szám megadásával).**

E-mail cím: meszk@meszk.hu

Sztómaterápiás ápolók helyzete napjainkban

Hrenkóné Kovács Magdolna

osztályvezető főnővér, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Sebészeti Osztály

Összefoglaló

A szerző információkat gyűjtött arról, hogy az egészségügyi ellátórendszer struktúra-átalakításával járó változások milyen módon és mértékben érinthették a sztómaterápiás ápolókat, a megváltozott körülmények között hogyan tudják ellátni feladataikat, és milyen mértékben vesznek részt az otthoni szakápolási tevékenységben.

Ehhez a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesületének 100 tagját kérdezte meg, akik szakmai képzettség, beosztás és munkahely tekintetében igen különböző helyzetben vannak.

Bevezetés

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtása kapcsán a fekvőbeteg ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók átszervezésére is sor került. Az intézményi és struktúra-átalakítások általában létszámleépítéssel is jártak, és ez érintette a sztómaterápiás ápolókat is.

Napjainkban a rosszindulatú daganatos megbetegedések száma egyre nő. Igaz ez a colorectalis daganatok esetében is. 49 adatközlő ország statisztikája szerint a colorectalis rákok gyakoriságát vizsgálva hazánk a második helyen áll, és a nőknél az első, férfiaknál ez második leggyakoribb halálok a malignus tumoros megbetegedésben szenvedők között. Az életkorral a colorectalis carcinoma kockázata nő, 60–80 éves korban a leggyakoribb. A mai modern műtétechnikai és fejlett aneszteziológiai eljárások lehetővé tesznek kiterjesztett sebészi beavatkozásokat, melyek a beteg hosszú távú túlélését, egyre gyakrabban pedig a gyógyulását eredményezik. (Gaál, 2002).

A sztóma a test bármely részén művi úton vagy spontán létrejött vendégnyílás. Sztómaképzéshez több szerv betegsége is vezethet, ezek közül leggyakoribb a colorectalis megbetegedés. Magyarországon kb. 12000 ember él a bélrendszeren kialakított sztómával. (Dubecz et al, Köves 1997).

Sztómaviselők körében néhány éve végzett felmérésem során azt találtam, hogy óriási szükség van jól képzett sztómaterápiás ápolókra. A betegek igénylik a segítséget és a szakértelmet, melyet más területen dolgozó ápoló nem tud nyújtani.

A sztómaterapeuták feladatai

Sztómaviselő betegek gondozása, ápolása során különösen előtérbe kerül az ápoló önálló tevékenysége, melyeket az ápoló saját indikáció alapján, saját felelősségre végez. Ezek a következők: megfigyelés, fizikális támasz és komfort nyújtása, pszichés támasz biztosítása, egészségnevelés, tájékoztatás, ellenőrzés, dokumentálás. E mellett gyakorolja a „nem önálló” és „együttműködő” funkciókat is, tehát orvosi utasításra, de önállóan, vagy az orvossal együttműködve tevékenykedik.

Műtét előtti teendők

Optimális esetben a sztómaterápiás ápoló már műtét előtt találkozik a beteggel. Ismerkedésre, beszélgetésre, a beteg meghallgatására időt és akár több alkalmat kell szánni.

A sztóma helyének kijelölése a kezelőorvossal történt egyeztetés után történik, nyugodt, diszkrét környezetben: ülő, álló, fekvő testhelyzetben kiválasztásra kerül egy sima, ráncmentes terület, köldöktől, korábbi hegetől, kiálló csontrészekről távol. Fon-

tos szempont, hogy leüléskor is redőmentes maradjon a terület. A kiválasztásnál további szempont az életmód (milyen ruházatot visel, sportolási szokások, jobb- vagy balkezesesség, láthatóság, stb.). (Köves, 1997)

Műtét utáni teendők

Megfigyelés: a sztóma színe, alakja, mérete, ödéma, a váladék mennyisége, minősége, a szelek megindulása, széklet megjelenése.

Edukáció: a segédeszköz cseréjének technikája, bőrvédelmi praktikák, hozzátartozók bevonása a sztóma ellátásába, egyes technikák gyakorolása. Fontos szempont, hogy lehetőleg a beteg válassza ki az alkalmazandó segédeszközt.

Kommunikáció: folyamatos, hiteles legyen a teljes tevékenység során. Cél: a megváltozott testkép mielőbbi elfogadtatása.

Életmódra vonatkozó tanácsok: kiemelt fontosságúak a diétás tanácsok, ma már kaphatók szakácskönyvek sztómaviselek részére (diétetikus segítséggel). Szexuális élettel kapcsolatos problémák megbeszélése. Cél: a lehető legteljesebb rehabilitáció! Hazabocsátás után is rendszeres a kapcsolat. (Allbaugh, 1998, Dlustus, 1994, Hárdi, 1995, Köves, 1997, Milliken, 1998).

Kiegészítő feladatok:

Krónikus sebek, sipolyok ellátása.

Kapcsolattartás: segédeszköz-gyártókkal, forgalmazókkal, a beteg közösségi ápolójával, házi orvosával és az otthoni szakápolási szolgálatokkal, a társszakmák képviselőivel. A sztómával élő betegek optimális ellátása csak team munkában valósulhat meg, melynek tagjai: maga a beteg, család, orvos, sztómaterápiás ápoló, egyéb egészségügyi szakdolgozók, pszichológus, gyógytornász, diétetikus, szociális munkás, civil szervezetek, betegsegítők, sorstársak. Ez a multidiszciplináris szemlélet és gyakorlat elengedhetetlen a sztómaterápiában, ezen a területen folyamatos fejlődés tapasztalható. Természetesen fontos a szociális környezet, munkahely, barátok elfogadó attitűdje is (Huszár et al., 2000)

Társadalombiztosítási szabályok ismerete, gyógyászati segédeszközök rendelkezésének és beszerezhetőségének naprakész ismerete.

Lehetséges szövődmények felismerése.

Hazai helyzetkép a sztómaterápiás ellátást folytató szakdolgozókról

A teljes célcsoport közvetlen vizsgálatát lehetetlenné teszi, hogy nem ismert a csoport pontos létszáma, tagjai földrajzilag szétszórtnak élnek, elérhetőségük kétséges. Ezért az általam választott minta a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesülete által tagként nyilvántartott 100 személy volt. Egészségügyi szakképzettségük, sztómaterápiás képzésük és gyakorlatuk szintje eltérő. Életkoruk, nemük, lakhelyük, munkahelyük különböző. A mintát alkotó szakemberek munkahelyük földrajzi elhelyezkedése alapján az ország különböző területét képviselik.

A leíró statisztika módszerét alkalmaztam, mert vizsgálódásom a sztómaterápiás ápolók jelen helyzetére irányult. (Öreg, 1999) 72 személy válaszolt a kérdéseimre (ezt jó aránynak tartom). A továbbiakban ezt az adatot vettem 100 %-nak.

Az adatszolgáltatás név nélkül történt, így biztosítva volt a válaszolók anonimitása.

Eredmények

A sztómaterápiás ápolók egyharmada (30,5 %) található nem kiemelt, vagy városi kórházban, kétharmaduk (69,5%) megyei és/vagy kiemelt intézményben. Legtöbben a fekvőbeteg ellátás területén dolgoznak, de 3 fő (4,1%) megjelenik az otthoni szakápolás területén is. A vizsgálatban résztvevők közül 69 nő, 3 férfi.

44 fő (61,1%) munkahelyének átszervezése után is folytatja munkáját. (Ez kedvezőbb kép az általam vártnál.) 24 főt (33,3%) nem érintett a változás, munkahelyén jelentős átszervezés nem történt. (Ez nagyobb arány az általam feltételezetttnél.) Mindössze 4 fő (5,5%) szünetelteti korábbi tevékenységét.

A függetlenített sztómaterapeuták aránya a struktúraváltás előttihez képest nem változott, 6 fő (8,8%). A sztómaterápiás ápolók között is megjelent a vállalkozói státusz, 3 fő (4,4%) lett egyéni vállalkozó. Új elem ezen

a területen az önkéntes segítői forma, amely 6 főt (8,8%) érint.

A megkérdezettek 94,4 %-a szerint szükség van sztómaterápiás tevékenységre az otthonápolási szolgálatoknál, és 56,9% véli úgy, hogy az otthoni szakápolásban nem képzett sztómaterápiás ápolók végzik ezt a feladatot.

A megkérdezettek közül ápolási asszisztens végzettséggel rendelkezik 4 fő (5,5%), általános ápolói képesítéssel 22 fő (30%), közülük 12 fő (16,6%) érettségizett, 10 fő (13,8%) nem. Szakápolói végzettsége 28 főnek van (38,8%). Diplomás ápolói végzettséget szerzett 12 fő (16,6%). Örvedetes a főiskolai és az egyetemi oklevelű ápolók magas száma: 6 fő (8,3%). A diplomások aránya 25% (!), ami igen jónak mondható. Összesítésként megállapítható, hogy a válaszadók 63,8 %-a rendelkezik minimum szakápolói végzettséggel.

A sztómaterápiás ápolók körében a magas képzettségi szint mellett is töretlen az igény az államilag elismert sztómaterápiás ápolói képzést illetően. Ilyen képzésben szívesen venne részt 46 fő (63,8%), bizonytalan még 2 fő (2, 7%). Csak OKJ képzés esetén venne részt 16 fő (22,2%). Nem elhanyagolható 16 fő (22, 2%) álláspontja, aki a már meglévő, külföldön vagy a 10 hónapos képzés során elért oklevelét szeretné hivatalosan elfogadtatni. Ezt azok közül is támogatta 8 fő (11, 1%) akik nem rendelkeznek ilyen oklevéllel.

A válaszadók 27,7%-a az 50-69 éves korosztályhoz tartozik. 20-29 év között mindössze 4 főt (5,5%) találunk. Megállapítható, hogy a sztómaterapeuták 66,6%-a 40 év feletti. Ők a hazai sztómaterápia elindulása óta, mintegy 20 éve tevékenykednek ezen a területen. Ezért ismerik egymást, sok köztük a baráti kapcsolat, kollegiális együttműködés. Szakmai tapasztalatuk óriási. Feladatuk közé tartozik saját utánpótlásuk „megtalálása” is. Mindig örömmel tölti el a csapatot, ha sikerül elhivatott, fiatal kollégát bevonnai erre a területre.

A megkérdezettek 38,8%-a (28 fő) három műszakos osztályos ápoló. Ez jelentős probléma, hiszen időben és térben behatárolt a jelenlétük, beosztásuktól függ, hogy mennyit tudnak a sztómaviselő segítségére

lenni. Fontos lenne a nappali, mindennapos jelenlét. Az éjszaka erre a tevékenységre nem kedvező időszak, ezért sokszor szabadnapjukon látogatják az osztályon fekvő beteget. Országosan mindössze 6 intézményben dolgozik függetlenített sztómaterapeuta (8,3%). Közülük 3 személy (4,1%) egyúttal coloproctológiai asszisztens. 3 fő (4,1%) otthonápolási szolgálatnál is tevékenykedik. Főnővérként 13 fő (18%), kötözös nővérként 15 fő (20,8%) tevékenykedik, közülük 2 fő (2,7%) asszisztens is. Az egyéb kategóriába műtősnők, önkéntes segítők tartoznak (7 fő, 9,7%).

A válaszadók 44,5%-a, 32 fő jelezte, hogy szerepel a sztómaterápiás tevékenység a munkaköri leírásában, de nincs megnevezve ez a feladat 40 fő esetében (55,5%). Mindhárom külföldi szakmai oklevéllel bíró kolléga ebbe a csoportba tartozik! Elvárásként azonban megjelenik ez a feladatkör, mint speciális tevékenység a munkahelyeken. Rendzetlenek az általános ápolói és a specialista ápolói kompetenciák. Amennyiben diszciplinákon átívelő, magasabb tudásszintet feltételezünk és várunk el (márpedig a sztómaterápia ilyen), azt csak kellő jogosítványokat adó szakképesítés birtokában tehetjük. Ez felveti a felelősség kérdését, és a számonkérhetőséget is.

Hazánkban államilag elismert sztómaterapeuta képzés nincs. A megkérdezettek közül 3 fő (4,1%) jutott nemzetközi oklevélhez, amelyet honosítani nem tudnak. 1994 óta a segédeszköz gyártó cégek szerveznek 40 órás tanfolyamokat, melyen elsajátíthatóak az alapok. Ezt a képzési formát 47 fő (65,2 %) vette igénybe. 2002-ben 19 fő (26,3 %) szerzett sztómaterápiás szakasszisztensi oklevelet Magyarországon. 3 fő (4,1%) nem vett részt semmilyen képzésen.

Javaslatok

- Aktualizálandó a sztómaterápiával foglalkozó szakemberek listája, elérhetősége, így országos adatbázis jelenthető meg a Magyar Sztómaterápiás Nővérek Egyesületének honlapján. (<http://sztomanovekrek.googlepages.com>) A honlap a betegek és a szakkolgozók részére is rendelkezésre áll. Interaktív fórum segítheti a kapcsot

- lattartást ápoló és ápoló, sztómaviselő és ápoló, valamint beteg és beteg között.
- Kiemelt jelentőségű annak vizsgálata, hogyan lehet a főként fekvőbeteg ellátás területén működő sztómaterápiás ápolók tapasztalatait átadni az otthoni szakápolási szolgálatok munkatársainak, és a szolgálatok területi tapasztalatai hogyan hasznosíthatók a beteg hazabocsátásának tervezésekor a sztómaterápiás ápolók számára.
 - A sztómaterápiás ápolók közreműködésével létre kell hozni a sztómaviselő betegek speciális ápolói ellátására vonatkozó ápolási protokollokat.
 - Az ápolók számára létre kell hozni a sztómaviselő betegek speciális ápolói ellátásával foglalkozó továbbképzéseket, melynek közreműködői (főleg a gyakorlati ismeretek tekintetében) a sztómaterápiás ápolók legyenek.

Irodalomjegyzék

1. Allbaugh, B. (szerk) (1998): Sebészeti ápolástan. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 216–225
2. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. Törvény
3. Dlustus, B. (1994): Sebészet. Sebészeti szakápolástan. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, pp. 318–333
4. Dubecz, S. et al (1997): A hasi stomák korszerű ellátása. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
5. Gaál, Cs. (2002): Sebészet. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
6. Hárdi, I. (1995): Pszichológia a betegágynál. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
7. Huszár, I. et al. (2000): A rehabilitáció gyakorlata. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
8. Köves, I. (szerk) (1997): Stomák és sipolyok képzése és ellátása. Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest
9. Milliken, ME, Campbell, G. (1998): Mindennapos betegápolás. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, pp. 454–458.
10. <http://sztomanoverek.googlepages.com>
11. Öreg, Zs., Drahos, Á. (1999): Biometria. Jegyzet. Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

Tájékoztató szerzőink számára

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

A Kiadó elsősorban az ápolás egyes szakterületein elméleti és/vagy gyakorlati ismeretekkel, tapasztalatokkal rendelkező szakemberek írásait várja.

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

Kérjük jelenlegi és jövőbeni szerzőinket, hogy kézírataik elkészítésekor feltétlenül vegyék figyelembe azt (az eddigiekhez képest módosult) a szempont-rendszert, amelyet a „Szerzői útmutató” tartalmaz, és amely a MESZK honlapján (www.meszk.hu) a NŐVÉR menüpont alatt található.

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara

Etikai Kódexe és Etikai Eljárási Szabályzata

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara 2008. március 27-i Országos Küldöttközgyűlése elfogadta a MESZK Etikai Kódexe és Etikai Eljárási Szabályzatának a megváltozott jogszabályoknak megfelelően módosított szövegét.

A NŐVÉR folyóirat jelen számában bemutatjuk a dokumentum szerkezetét, és közreadjuk a MESZK Etikai Kódexe és Etikai Eljárási Szabályzatának teljes szövegét.

A dokumentum szerkezete:

ELSŐ RÉSZ

Az Etikai Kódex és az etikai szabályok

- A Kódex jogi háttere*
- A Kódex hatálya*
- Az Etikai Kódex célja és feladata*
- Az Etikai Kódex szabályainak ismerete*
- Szankciók*

MÁSODIK RÉSZ

Az etikai eljárás

- Általános rendelkezések*
- Hatáskör és illetékesség*

Az első fokú eljárás

- Az eljárás megindítása*
- A kérelem érdemi vizsgálat nélküli elutasítása*
- Az eljárás megszüntetése*
- Az eljárás felfüggesztése*
- Ügyintézési határidő*
- Kérelem*
- Jegyzőkönyv és hivatalos feljegyzés*
- Képviselő*
- Kizárás*
- Idézés*
- Értesítés*
- A tényállás tisztázása*
- Az ügyfél nyilatkozata*
- Irat*
- Tanú*
- Szakértő*
- Igazolási kérelem*
- Az eljárás irataiba való betekintés*
- Határozatképesség és határozathozatal*
- Fellebbezés*
- A döntés módosítása vagy visszavonása fellebbezés alapján*

A másodfokú eljárás

HARMADIK RÉSZ

Egyéb rendelkezések

Tisztelt Olvasóink! A MESZK Etikai Kódexe és Etikai Eljárási Szabályzatának közreadásával célunk az, hogy támogassuk e fontos tárgykör minél szélesebb körben történő megismerését.

a Szerkesztőség

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Etikai Kódexe és Etikai Eljárási Szabályzata

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (továbbiakban: MESZK) által kiadott Etikai Kódex szavai mintaként szolgálnak a tisztesség elvárható mértékére nézve, és lehetővé teszik a szakma számára, hogy eljárjon mindazokkal szemben, akikkel szemben felmerül az etikai normának megsértésének gyanúja.

ELSŐ RÉSZ Az Etikai Kódex és az etikai szabályok

A Kódex jogi háttere

1. § (1) Az e Kódexben foglalt szabályokat a hatályos jogrenddel, azon belül is különösen az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. évi törvény (továbbiakban: Eütv.), az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. Törvény (továbbiakban: Szktv.), valamint a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. Törvény (továbbiakban: Ket.), az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 30/2007. (VI. 22.) EüM rendeletben foglaltak (továbbiakban: Rendtartás) előírásaival összhangban kell alkalmazni.
- (2) A MESZK tiszteletben tartja és e Kódex szövegén keresztül érvényesíti
 - a) az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát, és ezen dokumentum alapján készült nemzetközi egyezményeket,
 - b) a Magyar Köztársaság Alkotmányát,
2. § (1) az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény előírásait.

A Kódex hatálya

3. § (1) A MESZK tagjaival szemben indított etikai eljárást e Kódex szabályai szerint kell lefolytatni.

(2) Az eljárás tárgyát képező cselekményt, magatartást vagy mulasztást az annak tanúsítása idején hatályban lévő Etikai Kódex I. Részének szabályai szerint kell elbírálni.

(3) Az etikai eljárást a cselekmény, magatartás vagy mulasztás elbírálásakor hatályban lévő Etikai Kódex és Etikai Eljárási Szabályzat II. Része szabályai szerint kell lefolytatni. Ha az Szktv. eltérően nem rendelkezik, a kamarai etikai bizottság eljárására a Ket. vonatkozó szabályait kell megfelelően alkalmazni.

4. § (1) Etikai vétségnek minősül
 - a) az Eütv. 140/A. §-a alapján kibocsátott Rendtartás, illetve
 - b) a MESZK Alapszabályában, illetőleg más belső szabályzatában foglalt, illetve a választott tisztségből eredő kötelezettségnek vétkes megszegése.
- (2) Nem minősül és nem minősíthető az (1) bekezdés b) pontja szerint vétségnek az a cselekmény, amely esetében az (1) bekezdés a) pontja alapján kell az eljárást lefolytatni.

Az Etikai Kódex célja és feladata

5. § (1) Az Etikai Kódex célja, hogy az önkéntes szabálykövetéssel biztosítható legyen az egészségügyi szakdolgozó, illetve tevékenységén keresztül az egészségügyi szakdolgozói kar megbecsülése, valamint az egészségügy többi dolgozójával és az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevőkkel való együttműködés a betegek, hozzátartozóik és a magyar egészségügy érdekében.

Az Etikai Kódex szabályainak ismerete

6. § (1) A MESZK-be belépő tag számára a területi szervezet köteles lehetővé tenni az Etikai Kódex és a Rendtartás megismerését.
- (2) A MESZK honlapján mindenkor közzéteszi az Etikai Kódex és a Rendtartás hatályos szövegét.
- (3) Az Etikai Kódex és a Rendtartás szabályainak nem ismerésére a MESZK egyetlen tagja sem hivatkozhat.
- (4) Az Etikai Kódex nyilvános, azt a Magyar Egészségügyi Szakdolgozó Kamara

tagjain kívül bárki — de különösen az egészségügyben nem szakdolgozói kamarai tagként tevékenykedő, az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő és hozzátartozója — jogosult megismerni.

Szankciók

7. § (1) Kiszabható etikai büntetések a 4 § (1) bekezdésének a) szerinti etikai vétség esetén:

- a) a figyelmeztetés,
 - b) a megrovás,
 - c) a mindenkori legkisebb kötelező munkabér havi összegének tízszereséig terjedő pénzbírság.
- (2) Amennyiben elsőfokú etikai bizottságként a kamarai etikai szerv jár el, ezen etikai szerv - az (1) bekezdésben szereplő etikai büntetés alkalmazásával egyidejűleg, mellékbüntetésként - kiszabhatja a következő etikai büntetések valamelyikét:
- d) a kamarai tagsági viszony 1-6 hónapig terjedő felfüggesztése,
 - e) a kamarából történő kizárás, a kamarából történő kötelező kizárás eseteiben.
- (3) A 4 §. (1) bekezdésének b) pontja szerinti etikai vétség esetében a kiszabható etikai büntetések megegyeznek a (1) és (2) bekezdésben leírt büntetésekkel, azaz, hogy a (2) bekezdésben szereplő büntetések csak az (1) bekezdés c) pontja szerinti büntetéssel alkalmazhatók együtt.
- (4) Az etikai felelősség megállapítása esetén az etikai bizottság határozatában kötelezheti az elmarasztalt személyt az eljárás költségeinek részben vagy egészben történő megfizetésére.

MÁSODIK RÉSZ

Az etikai eljárás

Általános rendelkezések

8. § (1) A MESZK törvényben meghatározott joga és kötelessége, hogy őrködjön az egészségügyi szakdolgozói hivatás tisztasága fölött, védelmezze a hivatásuknak megfelelően élő egészségügyi szakdolgozókat, illetve elmarasztalja azokat,

akik a szakmai, illetve a hivatásukhoz kötődő erkölcsi, etikai szabályokat megszegik.

(2) A Kamara e jogát és kötelességét a területi szervezetekhez tartozó első fokú területi etikai bizottságok (továbbiakban: EB) útján, illetve az Országos Etikai Bizottság keresztül gyakorolja.

(3) Az etikai bizottságok tagjai köztiszteletben álló, szakmai, erkölcsi és etikai tekintetben feddhetetlen egészségügyi szakdolgozók lehetnek.

(4) Az etikai eljárásban érvényesülniük kell az alkotmányos alapelveknek, valamint a Ket. eljárási alapelveinek így különösen az ártatlanság vélelmének, a közvetlenségnek, a nyilvánosságnak, a bizonyítás szabadságának és a jogorvoslat lehetőségének.

(5) A Területi Etikai Bizottságok elnökeivel és tagjaival esetileg összeférhetetlen a következő tevékenységek:

- a) Munkáltatói jogkör (ápolási igazgató vagy helyettes),
- b) Kórházi etikai bizottság tagság, elnökség,
- c) Betegügyi képviselői tevékenység ugyanazon a területen,
- d) Kórházi adatvédelmi felelősi tisztség,
- e) Fegyelmi eljárás során vizsgáló biztos, vagy a kórházi fegyelmi bizottság elnöke vagy tagja,
- f) Szakszervezeti tisztségviselő, megyei, területi, helyi kórházi szinten,
- g) Tanácsadó testület tagja fegyelmi eljárások során,
- h) Kamarai szervek tagjai, akik irányítási vagy ellenőrzési viszonyban vannak egymással: MESZK helyi szervezeteinek elnöke, elnökségi tagja
- i) Szakmai szervezet Etikai Bizottságának elnöke.

9. § (1) Ügyfél az a természetes személy, akinek jogát, jogos érdekét az ügy érinti. Etikai eljárásban —és így a továbbiakban— ügyfélként kell kezelni a bejelentőt abban az esetben, ha sértettként tette a bejelentést, valamint az eljárás alá vont személyt. Amennyiben a bejelentő nem sértett, rá a tanukra vonatkozó szabályokat kell megfelelően alkalmazni.

Hatáskör és illetékesség

10. § (1) A Kamara tagja ellen indult etikai eljárásban első fokon a területi szervezeteknél működő etikai bizottságok járnak el.

(2) A Kamara tagja ellen indult etikai eljárásban másodfokon az Országos Etikai Bizottság, illetve – a jogszabályban meghatározott esetekben – az Országos Etikai Tanács jár el.

(3) Etikai vétség esetében az eljárást első fokon annak a területi szervezetnek az etikai bizottsága (a továbbiakban: első fokú etikai bizottság) folytatja le, amelyhez az eljárás alá vont személy tartozik.

(4) A bizottság a joghatóságát - ezzel összefüggésben az alkalmazandó jogot -, valamint hatáskörét és illetékességét az eljárás minden szakaszában hivatalból köteles vizsgálni.

(5) Hatáskör vagy illetékesség hiányában a bizottság a kérelmet és az ügyben keletkezett iratokat - az ügyfél egyidejű értesítése mellett - haladéktalanul, de legkésőbb a kérelem megérkezésétől, folyamatban levő ügyben a hatáskör és illetékesség hiányának megállapításától számított öt napon belül átteszi a hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bizottsághoz.

11. § (1) A közalkalmazotti, közszolgálati jogviszony keretében egészségügyi tevékenységet végzővel szemben felmerült, fegyelmi eljárás alapjául is szolgáló etikai vétség gyanúja esetén az azt észlelő kamarai szerv írásban kezdeményezi a munkáltatónál a fegyelmi eljárás lefolytatását.

(2) Ha az egészségügyi tevékenység szakmai szabályai, illetőleg a külön törvény szerint meghatározott szakmai-etikai szabályok megszegésének gyanúját a szakmai kamara valamely szerve észleli, a kamarai szerv - amennyiben az etikai eljárás lefolytatására nem rendelkezik hatáskörrel - az eljárás megindításának alapjául szolgáló tényekről tájékoztatja a külön jogszabály szerint illetékes Megyei Etikai Tanácsot, illetve további intézkedések

megtétele érdekében az egészségügyi államigazgatási szervet.

Az első fokú eljárás

Az eljárás megindítása

12. § (1) Az etikai eljárást etikai vétség gyanúja esetén meg kell indítani, és az annak megindításától számított 30 napon belül le kell folytatni. Az etikai eljárás megindításáról az érintettet - az eljárás megindításával egyidejűleg - írásban tájékoztatni kell.

(2) Az etikai eljárást az (1) bekezdésben meghatározott eset bekövetkezésén túl akkor is meg kell indítani, ha annak lefolytatását az egészségügyi dolgozó kéri maga ellen.

(3) Nem indítható meg az etikai eljárás, ha a cselekménynek az elsőfokú etikai bizottság tudomására jutásától 3 hónap, vagy a cselekmény elkövetése óta 3 év eltelt.

(4) Ha az etikai vétségnek is minősülő ügyben büntető- vagy szabálysértési eljárás indult, az eljárás jogerős befejezésétől számított 3 hónapon belül az etikai eljárás akkor is megindítható, ha a (3) bekezdésben meghatározott határidő eltelt. A 3 hónapos határidő a jogerős határozat területi szervezettel történt közlésétől számít.

13. § (1) Az etikai eljárás az ügyfél kérelmére, bejelentésére, nyilatkozatára, más bizottság kezdeményezésére, külön jogszabályban meghatározott panaszra (a továbbiakban együtt: kérelem) vagy hivatalból indul meg.

(2) A bizottság köteles a hatáskörébe tartozó ügyben illetékességi területén hivatalból megindítani az eljárást, ha ezt jogszabály előírja,

(3) Az eljárás megindításáról

(a) a hivatalból indult eljárásban az ismert ügyfelet az eljárás megindításától,

(b) a kérelemre indult eljárásban az ismert ellenérdekű, illetve érintett ügyfelet a kérelem beérkezésétől

(számított öt napon belül értesíteni kell.

- (4) Az értesítésnek tartalmaznia kell:
- (a) az ügy tárgyát, iktatási számát, az eljárás megindításának napját és az adott ügyintézési határidőt, az ügy előadójának nevét és bizottság elérhetőségét,
 - (b) az iratokba való betekintés és a nyilatkozattétel lehetőségére irányuló tájékoztatást,
 - (c) hivatalból indult eljárásban az erre történő utalást, kérelemre indult eljárásban a kérelmező ügyfél nevét,

A kérelem érdemi vizsgálat nélküli elutasítása

14. § (1) A bizottság a kérelmet érdemi vizsgálat nélkül, nyolc napon belül végzéssel elutasítja, ha

a bizottságnak nincs hatásköre vagy nem illetékes, és a kérelem áttételének nincs helye, továbbá ha a kérelem áttételéhez szükséges adatok a kérelemből hiányoznak, és azok hivatalból sem állapíthatóak meg,

- (a) a bejelentés nyilvánvalóan lehetetlen célra irányul,
- (b) a kérelem elkésett,
- (c) a bizottság az ügyet érdemben már elbírált, és változatlan tényállás és jogi szabályozás mellett ugyanazon jog érvényesítésére irányuló újabb kérelmet nyújtottak be
- (d) a kézbesítési vélelem megdöntése iránti kérelmet késedelmesen terjesztették elő,
- (e) a kérelem tartalmából megállapítható, hogy az ügy nem etikai ügy.

Az eljárás megszüntetése

15. § (1) A bizottság az eljárást végzéssel megszünteti, ha a kérelem érdemi vizsgálat nélküli elutasításának lett volna helye, az elutasítási ok azonban az eljárás megindítását követően jutott a bizottság tudomására,

- (a) az eljárás kérelemre indult és az ügyfél az érdemi határozat jogerőre emelkedése előtt kérelmét visszavonta, kivéve ha az eljárás hivatalból is megindítható, és a bizottság az eljárást hivatalból folytatja, vagy ha az eljárásban több kérelmező

- vesz részt, és nem mindegyikük vonta vissza kérelmét,
 - (b) az ügyfél halála,
 - (c) az eljárást hivatalból indították, vagy folytatták, és az eljárás folytatására okot adó körülmény már nem áll fenn,
 - (d) jogszabályváltozás miatt az ügy elbírálása a továbbiakban már nem bizottsági hatáskörbe tartozik.
- (2) A bizottság az eljárást végzéssel megszüntetheti, ha az ügyfél a kérelmére indult eljárásban a hiánypótlásra való felhívásnak nem tett eleget, és az erre megállapított határidő meghosszabbítását sem kérte, illetve nyilatkozattételének elmaradása megakadályozta a tényállás tisztázását.
- (3) Az eljárás megszüntetéséről a bizottság öt napon belül mindazokat értesíti, akiket az eljárás megindításáról értesített.

Az eljárás felfüggesztése

16. § (1) Ha az ügy érdemi eldöntése olyan kérdés előzetes elbírálásától függ, amelyben az eljárás más szerv hatáskörébe tartozik, vagy ugyanannak a bizottságnak az adott ügygel szorosan összefüggő más hatósági döntése nélkül megalapozottan nem dönthető el, továbbá ha a döntéshez külföldi hatóság vagy más szerv álláspontját is be kell szerezni, a bizottság az eljárást felfüggeszti.

(2) Az eljárás felfüggesztését indokolt esetben egy alkalommal az ügyfél is kérheti. Az eljárás az ügyfél kérelmére akkor függeszthető fel, ha

- (a) azt jogszabály nem zárja ki, és
 - (b) nincs ellenérdekű ügyfél vagy az ellenérdekű ügyfél az eljárás felfüggesztéséhez hozzájárul, vagy az ellenérdekű ügyfél érdekét az nem érinti.
- (3) Az eljárás felfüggesztéséről a bizottság végzéssel dönt.
- (4) Az eljárás felfüggesztésekor minden határidő megszakad, és az eljárás felfüggesztésének megszűnésekor az ügyintézési határidő kivételével újra kezdődik.

(5) A bizottság az eljárás felfüggesztése esetén is dönthet úgy, hogy a folyamatban lévő eljárási cselekményeket és az azok teljesítésére megállapított határidőket az eljárás felfüggesztése nem érinti.

Ügyintézési határidő

17. § (1) Az érdemi határozatot a (4) bekezdésben meghatározott időponttól számított harminc napon belül kell meghozni.

(2) Az ügyintézési határidőbe nem számít be:

- (a) a hatásköri vagy illetékességi vita egyeztetésének, illetve az eljáró bizottság kijelölésének időtartama,
- (b) a hiánypótlásra, illetve a tényállás tisztázásához szükséges adatok közlésére irányuló felhívástól az annak teljesítéséig terjedő idő,
- (c) az eljárás felfüggesztésének időtartama,
- (d) a kérelem, a határozat és egyéb irat hiteles fordításához szükséges idő.

(3) Ha a bizottság testületi szerv, a hatáskörébe tartozó ügyben az (1) bekezdésben meghatározott határidőn belül, vagy ha ez nem lehetséges, a határidő letelte utáni első testületi ülésen, legkésőbb azonban hatvan napon belül határoz.

(4) Az eljáró bizottság vezetője - ha azt törvény nem zárja ki - az ügyintézési határidőt indokolt esetben egy alkalommal, legfeljebb harminc nappal meghosszabbíthatja. Erről értesíteni kell az ügyfelet és mindazokat, akiket az eljárás megindításáról értesítettek.

Kérelem

18. § (1) A kérelmet a bizottsághoz írásban lehet benyújtani, a természetes személy ügyfél azonban kérelmét szóban is előterjesztheti.

(2) Az ügyfél az eljárás megindítására irányuló kérelmét a határozat jogerőre emelkedéséig visszavonhatja.

(3) A kérelmet tartalma szerint kell elbírálni akkor is, ha az nem egyezik az ügyfél által használt elnevezéssel.

(4) A kérelem tartalmazza az ügyfélnek és képviselőjének a nevét (megne-

vezését), lakcímét (székhelyét, telephelyét), továbbá meg lehet adni a hivatalos célokra használható elektronikus levélcímet vagy távközlési úton való elérhetőséget.

Jegyzőkönyv és hivatalos feljegyzés

19. § (1) Az ügyfél, a tanú, a szakértő meghallgatásáról és a tárgyalásról, valamint a szóban előterjesztett kérelemről jegyzőkönyvet vagy hangfelvételt, vagy kép- és hangfelvételt kell készíteni.

(2) A jegyzőkönyv tartalmazza

- (a) az eljáró bizottság megnevezését, az ügy tárgyát és az ügyiratszámot,
- (b) a jegyzőkönyv készítésének helyét és időpontját,
- (c) a meghallgatott személy természetes személyazonosító adatait, lakcímét, eljárásjogi helyzetét és elérési lehetőségét,
- (d) a meghallgatott személy jogaira és kötelességeire való figyelmeztetés megtörténtét,
- (e) az ügyre vonatkozó lényeges nyilatkozatokat és megállapításokat,
- (f) a meghallgatott személy, az eljárási képességgel nem rendelkező személy képviselője, a bizottság elnöke és a jegyzőkönyvvezető oldalankénti aláírását.

(3) A hangfelvétel a (2) bekezdés a)-f) pontjában felsoroltakat és az ügy előadójának nevét tartalmazza. A hangfelvételt tartalmazó hanghordozó eszközt az iratokhoz kell csatolni, vagy arról tizenöt napon belül a (2) bekezdésnek megfelelő tartalmú jegyzőkönyvet kell készíteni.

(4) Ha a bizottság elnöke a tanú vagy a bejelentő személyes adatainak zárt kezelését rendelte el, az ügy hozzáférhető iratai között a jegyzőkönyvnek olyan másolata helyezhető el, amely nem tartalmazza a (2) bekezdés c) pontja szerinti adatokat és a meghallgatott személy aláírását.

(5) Hivatalos feljegyzésben kell rögzíteni az olyan eljárási cselekményt, amelyről nem készül jegyzőkönyv vagy hangfelvétel, vagy kép- és hang-

felvétel. A hivatalos feljegyzés tartalmazza felvételének helyét és időpontját, az ügy tárgyát és számát, az eljárási cselekményt, az ügy előadójának nevét és aláírását.

(6) Nem kell jegyzőkönyvet, illetve hivatalos feljegyzést készíteni abban az esetben, amikor a bizottság az ügymenetre vonatkozó általános vagy az adott ügy állásáról szóló tájékoztatást nyújt az ügyfél részére.

Képviselő

20. § (1) Ha jogszabály nem írja elő az ügyfél személyes eljárását, helyette törvényes képviselője vagy meghatalmazottja, továbbá minden esetben az ügyfél és képviselője együtt is eljárhat. Az ellenérdekű ügyfél (ügyfelek) képviseletét nem láthatja el ugyanaz a személy.

(2) Ha az ügyfél nem személyesen jár el, a bizottság az eljáró személy képviseleti jogosultságát megvizsgálja, és indokolt esetben írásbeli meghatalmazást kérhet.

(3) Az iratokat az ügyfél részére, ha pedig törvényes képviselője, vagy írásban meghatalmazott képviselője van, ezek részére kell kézbesíteni. A személyes megjelenésre szóló idézés kézbesítése azonban a megidézett részére történik, képviselőjének egyidejű értesítésével.

Kizárás

21. § (1) Az első- és másodfokú etikai eljárásban nem vehet részt az, akitől az ügy elfogulatlan megítélése nem várható, a másodfokú etikai eljárásban nem vehet részt az sem, aki az elsőfokú határozat meghozatalában részt vett.

(2) Akivel szemben az (1) bekezdésben meghatározott kizárási ok áll fenn, köteles azt bejelenteni. Kizárási okot az eljárás alá vont személy, illetőleg az etikai eljárást kezdeményező is az eljárás bármely szakaszában bejelenthet. A kizárási okot az etikai bizottság elnökének, a területi etikai bizottság elnökével szembeni kizárási okot az Országos Etikai Bizottság elnökének, az Országos Etikai Bizottság elnökével

szembeni kizárási okot az Országos Elnökség elnökének kell bejelenteni, akik határoznak az eljárásból való kizárás tárgyában.

Idézés

22. § (1) Azt, akinek személyes meghallgatása az eljárás során szükséges, a bizottság határnap vagy határidő megjelölésével arra kötelezi, hogy előtte vagy a megjelölt helyen jelenjen meg.

(2) Az ügyfél a kérelmére indult eljárásban nem kötelezhető a megjelenésre, kivéve, ha a bizottság a kérelemre indult eljárást hivatalból folytatja.

(3) Az idézést - ha az ügy körülményeiből más nem következik - úgy kell közölni, hogy azt az idézett a megjelenésének megkönnyítése érdekében a meghallgatást megelőzően legalább öt nappal megkapja.

(4) Az idézésben meg kell jelölni, hogy a bizottság az idézett személyt milyen ügyben és milyen minőségben (ügyfélként, tanúként stb.) kívánja meghallgatni. Az idézett személyt figyelmeztetni kell a megjelenés elmulasztásának következményeire.

(5) Idézni írásban, távbeszélő útján vagy elektronikus úton lehet.

(6) Az írásbeli idézéssel azonos hatályú, ha az eljárás során jelen levő személyt a bizottság elnöke más időpontra való megjelenésre kötelezi, ezt az iratra feljegyzzi, és a megidézettel aláírhatja.

23. § (1) Az idézett személy köteles az idézésnek eleget tenni.

Értesítés

24. § (1) Ha a bizottság nem tartja szükségesnek az ügyfél idézését, köteles az ügyfelet a tanú és a szakértő meghallgatásáról, a szemléről és a tárgyalásról - ha az ügy körülményeiből más nem következik - legalább öt nappal korábban értesíteni azzal a tájékoztatással, hogy a meghallgatáson (szemlén, tárgyaláson) részt vehet, de megjelenése nem kötelező. Ezt a rendelkezést kell alkalmazni arra az ügyfélre is, akinek kérelmére az eljárást megindították.

Az értesítést - ha az ügy körülményeiből más nem következik - úgy kell közölni, hogy az az eljárási cselekmény időpontja előtt legalább öt nappal az ügyfélhez megérkezzen.

A tényállás tisztázása

25. § (1) Szükség esetén az első- és a másodfokú etikai eljárásban bizonyítási eljárást kell lefolytatni, amelynek során az etikai vétség elkövetésével gyanúsított személy meghallgatását lehetővé kell tenni.
- (2) A bizottság köteles a döntéshozatalhoz szükséges tényállást tisztázni. Ha ehhez nem elegendők a rendelkezésre álló adatok, hivatalból vagy kérelemre bizonyítási eljárást folytat le.
- (3) A bizottság által hivatalosan ismert és a köztudomású tényeket nem kell bizonyítani.
- (4) A bizottsági eljárásban olyan bizonyíték használható fel, amely alkalmas a tényállás tisztázásának megkönnyítésére. Bizonyíték különösen: az ügyfél nyilatkozata, az irat, a tanúvallomás, a szakértői vélemény, és a tárgyi bizonyíték.
- (5) A bizottság szabadon választja meg az alkalmazandó bizonyítási eszközt.
- (6) A bizottság a bizonyítékokat egyenként és összességükben értékeli, és az ezen alapuló meggyőződése szerint alapítja meg a tényállást.

Az ügyfél nyilatkozata

26. § (1) Az ügyfélnek joga van ahhoz, hogy az eljárás során írásban vagy szóban nyilatkozatot tegyen, vagy a nyilatkozattételt megtagadja. Ha az ügyfél a bizottság felhívására nem nyilatkozik, a bizottság a rendelkezésre álló adatok alapján dönt.
- (2) A bizottság elnöke köteles az ügyfelet meghallgatása előtt a szükséges tájékoztatással ellátni, továbbá jogaira és kötelességeire figyelmeztetni.

Irat

27. § (1) A bizottság a tényállás megállapítása céljából felhívhatja az ügyfelet okirat vagy más irat bemutatására, vagy

ezek beszerzése érdekében más szervet is megkereshet.

Tanú

28. § (1) Az ügyre vonatkozó tény tanúval is bizonyítható.
- (2) A tanúként megidézett személy köteles a meghallgatása végett megjelenni és - a (3) bekezdés b) pontjában, továbbá a (4) és (5) bekezdésben meghatározott kivétellel - tanúvallomást tenni.
- (3) Tanúként nem hallgatható meg
- (a) az, akitől nem várható bizonyíték-ként értékelhető vallomás,
- (b) védett adatnak, hivatásbeli titoknak minősülő tényről az, aki nem kapott felmentést a titoktartás alól az arra jogosított szervtől vagy személytől.
- (4) A tanúvallomás megtagadható, ha
- (a) a tanú az ügyfelek valamelyikének hozzátartozója, vagy
- (b) a tanúvallomása valójában magát vagy hozzátartozóját bűncselekmény elkövetésével vádolná.
- (5) Nem használható fel bizonyíték-ként a (3) bekezdésben foglalt rendelkezés megsértésével felvett tanúvallomás, továbbá az olyan tanúvallomás, amelynek megtétele előtt a tanút nem figyelmeztették a (4) bekezdésben meghatározott jogára.
29. § (1) A meghallgatás kezdetén meg kell állapítani a tanú személyazonosságát. A tanúnak nyilatkoznia kell arról, hogy az ügyfelekkel milyen viszonyban van, nem elfogult-e. A tanú esetleges elfogultságát megalapozó tény a nyilatkozat alapján a jegyzőkönyvben rögzíteni kell. A tanút figyelmeztetni kell jogaira, kötelességeire és a hamis tanúzás jogkövetkezményeire.
- (2) A még meg nem hallgatott tanú nem lehet jelen az ügyfél, más tanú és a szakértő meghallgatásakor.
- (3) Ha a bizottság a tanút tárgyaláson kívül hallgatja meg, a meghallgatásra a tárgyalás szabályait kell megfelelően alkalmazni.
- (4) A tanú erre irányuló indokolt kérelme alapján a bizottság elnöke elrendelheti a tanú természetes személyazonosító adatainak zárt kezelését, ha a tanú

valószínűsíti, hogy öt tanúvallomása miatt súlyosan hátrányos következmény érheti. E rendelkezés megfelelően irányadó arra a természetes személyre is, akinek bejelentése alapján a bizottság az eljárást hivatalból megindította (a továbbiakban: bejelentő).

(5) A (4) bekezdésben meghatározott esetben a tanúnak, a bejelentőnek a természetes személyazonosító adatait az ügy iratai között lezárt és lepecsételt borítékban kell elhelyezni. A boríték felnyitására csak az ügy előadója és a bizottság elnöke, az illetékes ügyész és a bírósági felülvizsgálat során eljáró bíró jogosult.

(6) A tanú meghallgatásán nem lehet jelen az ügyfél és az eljárás egyéb résztvevője, ha a tanú védett adatról tesz vallomást, továbbá ha elrendelték a tanú természetes személyazonosító adatainak zárt kezelését.

(7) A tanú, bejelentő természetes személyazonosító adatainak zártan történő kezelése nem érinti a személyes adatok védelméhez való jog érvényesítéséhez szükséges, külön törvény szerinti adatmegismerési, adatbetekintési jogosultságot.

Szakértő

30. § (1) Az elsőfokú etikai bizottság eljárásában - amennyiben az adott etikai bizottságban bizottsági tagként eljár ilyen személy - az ügy tárgya szerinti szakterületen jártas tag részt vesz. Ennek hiányában az ügy szakterület szerinti megítélésére alkalmas személy szakértőkénti meghallgatását az eljárás során biztosítani kell.

(2) Szakértőt kell meghallgatni vagy szakértői véleményt kell kérni és az ügyben jelentős tény, egyéb körülmény vagy az alkalmazandó jog megállapításához különleges szakértelem szükséges, vagy

(3) A szakértő személyére az ügyfél is tehet javaslatot.

(4) Az ügyfél kérelmére a bizottság a kirendelt szakértőn kívül - akár véleményének előterjesztése előtt, akár az után - más szakértőt is kirendelhet.

(5) Ha a szakértő nem vállalja a kirendelést, ezt a kirendelő végzés kéz-

hezvételétől számított öt napon belül indokolással ellátva közölni kell a bizottsággal.

((6) Ha a szakértő nem tudja szakvéleményét a bizottság által megállapított határidőre elkészíteni, a kirendelés kézhezvételétől számított öt napon belül az ok megjelölésével kérheti a határidő meghosszabbítását, a később felmerülő akadály esetén az akadály tudomására jutásától számított öt napon belül akadályközléssel élhet.

31. § (1) Szakértőként nem járhat el az, akivel szemben a bizottság elnökére vagy tagjára vonatkozó kizárási ok áll fenn, aki tanúként nem hallgatható meg vagy aki a tanúvallomást megtagadhatja.

((2) A bizottság a szakértővel közli mindazokat az adatokat, amelyekre feladatának teljesítéséhez szüksége van. A szakértő az ügy iratait megtekintheti, az ügyfél és a tanú meghallgatásánál, a tárgyaláson jelen lehet, az ügyfélhez, a tanúhoz kérdéseket intézhet.

((3) A szakértőt a véleményadás előtt figyelmeztetni kell a hamis véleményadás jogkövetkezményére.

((4) A szakértő köteles megőrizni a tevékenysége során tudomására jutott védett adatot és hivatásbeli titkot.

((5) Ha a bizottság a szakértőt tárgyaláson kívül hallgatja meg, a meghallgatásra a tárgyalás szabályait kell megfelelően alkalmazni.

((6) A szakértő eljárási bírsággal sújtható, ha a szakértői közreműködést vállalta, és anélkül hogy a határidő meghosszabbítása iránti igényét vagy akadályoztatását előzetesen bejelentette volna, nem teljesíti feladatait határidőre.

Igazolási kérelem

32. § (1) Aki az eljárás során valamely határnapot, határidőt önhibáján kívül elmulasztott, igazolási kérelmet tejeszthet elő.

(2) Az igazolási kérelemről az a bizottság dönt, amelynek eljárása során a mulasztás történt. A keresetindításra megállapított határidő elmulasztásával kapcsolatos igazolási kérelmet azon-

ban akkor is a közigazgatási ügyekben eljáró bíróság bírálja el, ha az ügyfél a keresetet a bizottságnál nyújtotta be.

(3) Az igazolási kérelmet az elmulasztott határnaptól, illetve az elmulasztott határidő utolsó napjától számított nyolc napon belül lehet előterjeszteni. Ha a mulasztás az érintettnek később jutott tudomására, a határidő a tudomásra jutáskor, akadályoztatás esetén az akadály megszűnésének napjától kezdődik.

(4) Az elmulasztott határnaptól, illetve az elmulasztott határidő utolsó napjától számított hat hónapon túl igazolási kérelmet nem lehet előterjeszteni.

(5) A határidő elmulasztása esetén az igazolási kérelemmel egyidejűleg pótolni kell az elmulasztott cselekményt is, amennyiben ennek feltételei fennállnak.

33. § (1) Ha a bizottság az igazolási kérelemnek helyt ad, az ügyfelet eljárásjogi szempontból olyan helyzetbe kell hozni, mintha nem mulasztott volna. Ennek érdekében a bizottság a döntését módosítja vagy visszavonja, az eljárást megszüntető döntésének visszavonása esetén az eljárást folytatja, illetve egyes eljárási cselekményeket megismétel.

(2) A igazolási kérelemnek helyt adó végzést meg kell küldeni mindazoknak, akik az eljárás megindításáról értesítést kaptak. Az igazolási kérelemnek helyt adó végzéssel szemben nincs helye fellebbezésnek.

(3) Az ügyfél a végzés ellen csak akkor jogosult önálló fellebbezésre, ha kérelme a fellebbezési határidő elmulasztásának igazolására vonatkozik, egyéb esetekben az ügy érdemében hozott határozat elleni jogorvoslati kérelmében kifogásolhatja az igazolási kérelem elutasítását is. Az eljárás egyéb résztvevője fellebbezést nyújthat be az igazolási kérelmet elutasító végzés ellen.

(4) Ha a bizottság megtartotta az ügyfelek értesítésére és a határozat közzétételére vonatkozó szabályokat, a fellebbezési határidő elmulasztása esetén nincs helye igazolási kérelemnek arra való hivatkozással, hogy az értesítés, illetve a határozat közzététele nem postai kézbesítés útján történt. E rendelkezés

megfelelően irányadó a bírósági felülvizsgálatot kezdeményező keresetindítással kapcsolatos igazolásra is.

Az eljárás irataiba való betekintés

34. § (1) Az ügyfél személyesen, illetve a törvényes vagy írásban meghatalmazott képviselője útján – a (2) és (3) bekezdésben foglalt kivétellel – betekinthez az eljárás során keletkezett iratba, arról másolatot, kivonatot készíthet vagy másolatot kérhet. Ez a jog akkor is megilleti, ha korábban nem vett részt az eljárásban.

(2) Nem tekinthet be az ügyfél

(a) a határozat (végzés) tervezetébe,

(b) a zárt tanácskozásról készült jegyzőkönyvbe,

(c) a tanú vagy a bejelentő természetes személyazonosító adatait tartalmazó jegyzőkönyvbe (iratba), ha a bizottság a tanú, illetve a bejelentő természetes személyazonosító adatait zártan kezeli,

(d) betekintési vagy megismerési engedély hiányában az államtitkot vagy szolgálati titkot tartalmazó iratba,

(e) a törvény által védett egyéb adatot tartalmazó iratba, ha azt az érintett adat védelmét szabályozó törvény kizárja, vagy ha a védett adat megismerésének hiánya nem akadályozza az e törvényben biztosított jogai gyakorlásában.

(3) Az ügyfél az adatok konkrét megjelölésével kérheti az ellenérdekű ügyfél iratbetekintési jogának kizárását személyes adatainak, valamint üzleti és más méltányolható magánérdekének védelmében. A jogi személy és a jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet ügyfél az iratbetekintési jog kizárását csak az üzleti érdekei védelmében kérheti. A bizottság a kérelemnek – a körülmények gondos mérlegelése alapján – akkor ad helyt, ha az adatok megismerésének hiánya az ellenérdekű ügyfelet nem akadályozza jogai gyakorlásában.

(4) Az iratbetekintési jog kizárása vagy korlátozása miatt önálló jogorvoslatnak csak akkor van helye, ha az ügyfél azt az eljárás jogerős lezárását követően kéri, vagy a bizottság azt, aki iratbetekintést kér, nem tekinti ügyfélnek.

35. § (1) A szakértő az eljárási feladatainak ellátásához szükséges mértékben ismerheti meg az adatokat, a tanú pedig a vallomását tartalmazó jegyzőkönyvbe tekinthet be.

Határozatképesség és határozathozatal

36. § (1) Az első- és a másodfokú etikai bizottság akkor határozatképes, ha az ülésen legalább 5 tagja jelen van. Az etikai bizottság érdemi határozatot a jelenlévő tagjainak szótöbbségével hoz

- (a) az etikai felelősség tárgyában,
- (b) a 7.§-ban szereplő etikai büntetések alkalmazása tekintetében,
- (c) bármely jogerős marasztaló határozatnak az alapszabályban meghatározott módon való közzétételéről.

(2) A 7. § (1) bekezdés b) pontja szerinti etikai büntetés alkalmazásához a bizottság tagjainak kétharmados szótöbbsége szükséges.

37. § (1) A bizottság az ügy érdemében határozatot hoz, az eljárás során eldöntendő egyéb kérdésekben pedig végzést bocsát ki (a továbbiakban együtt: döntés).

38. § (1) A határozatnak tartalmaznia kell

- (a) az eljáró bizottság megnevezését, az ügy számát és előadójának nevét,
- (b) a jogosult vagy kötelezett ügyfél nevét (megnevezését) és lakóhelyét (székhelyét vagy telephelyét) vagy tartózkodási helyét (szálláshelyét),
- (c) az ügy tárgyának megjelölését,
- (d) a rendelkező részben
- (da) a bizottság döntését, továbbá a fellebbezés (keresetindítás), illetve a fellebbezés elektronikus úton való benyújtásának lehetőségéről való tájékoztatást,
- (db) a szakbizottság megnevezését és állásfoglalását,
- (dc) az ügyfélnek, valamint az eljárás egyéb résztvevőinek járó költségtérítés, ha annak megállapítása nem külön végzésben történt,
- (dd) az eljárási költségek viseléséről szóló döntést,
- (de) a kötelezettség teljesítésének határidejét vagy határnapját és az önkéntes teljesítés elmaradásának jogkövetkezményeit,

(df) a határozatban megállapított fizetési kötelezettség és a fellebbezési illeték elektronikus úton való megfizethetőségéről szóló tájékoztatást,

- (e) az indokolásban
- (ea) a megállapított tényállást és az annak alapjául elfogadott bizonyítékokat,
- (eb) az ügyfél által felajánlott, de mellőzött bizonyítást és a mellőzés indokait,
- (ec) azokat a jogszabályhelyeket, amelyek alapján a bizottság a határozatot hozta,
- (ed) a bizottság hatáskörét és illetékességét megállapító jogszabályra történő utalást,
- (f) a döntéshozatal helyét és idejét, a döntés kiadmányozójának a nevét, bizottsági beosztását,
- (g) a bizottság elnökének aláírását és a bizottság bélyegzőlenyomatát.

(3) Az etikai felelősség megállapítása esetén az etikai bizottság határozatában kötelezheti az elmarasztalt személyt az eljárás költségeinek részben vagy egészben történő megfizetésére.

(4) A 7. §-ban megjelölt etikai büntetés jogerős kiszabásáról értesíteni kell az érintett személy egészségügyi tevékenysége szerinti működési nyilvántartást vezető szövetet.

39. § (1) A 7. § (1) bekezdés b) pontjában szereplő kizárás büntetés alkalmazásáról az etikai bizottság hivatalból - meghallgatás és tárgyalás tartása nélkül - határoz.

40. § (1) Az etikai bizottság a határozatát megküldi az eljárás alá vont személynek, illetőleg az etikai eljárás megindítását kezdeményezőnek, továbbá annak a Megyei Etikai Tanácsnak, amely az adott ügyben az eljárás alá vont személy kamarai tagságának hiányában eljárta volna.

41. § (1) A bizottság döntését közölni lehet:

- (a) postai úton,
- (b) személyesen írásban vagy szóban,

42. § (1) Postai úton történő kézbesítés esetén a döntést hivatalos iratként kell feladni és kézbesíteni.

43. § (1) Ha a postai úton történő kézbesítés azért hiúsul meg, mert a címzett vagy meghatalmazottja úgy nyilatko-

zik, hogy a küldeményt nem veszi át, az iratot a kézbesítés megkísérlésének napján kézbesítettnek kell tekinteni.

(2) Ha az irat a bizottsághoz „nem kereste” jelzéssel érkezik vissza, az iratot - az ellenkező bizonyításig - a postai kézbesítés második megkísérlésének napját követő ötödik munkanapon kézbesítettnek kell tekinteni.

Fellebbezés

44. § (1) A 4. § (1) bekezdésének b) pontja szerinti etikai vétség esetében az elsőfokú határozattal szemben az érintett, valamint az etikai eljárás megindítását kezdeményező a kézbesítéstől számított 15 napon belül fellebbezhet az országos etikai bizottsághoz.

(2) A 4. § (1) bekezdésének a) pontja szerinti etikai vétség esetében az elsőfokú határozattal szemben az érintett, valamint az etikai eljárás megindítását kezdeményező, továbbá az illetékes szerinti MET a kézbesítéstől számított 15 napon belül fellebbezhet az OET-hez.

(3) A (2) bekezdésben foglaltaktól eltérően, amennyiben a 4. § (1) bekezdésének a) pontja szerinti etikai vétség esetében az elsőfokú határozatnak kizárólag a kamarai tagsági viszonyt érintő etikai büntetést kiszabó (felfüggesztés, kizárás) rendelkezésével szemben nyújtottak be fellebbezést, a fellebbezés tárgyában a kamara országos etikai bizottsága jár el.

45. § (1) Az ügyfél az elsőfokú határozat ellen fellebbezhet. A fellebbezési jog nincs meghatározott jogcímmel kötve, fellebbezni bármely okból lehet, amelyre tekintettel az érintett a döntést sérelmesnek tartja.

(2) Végzés csak a határozat elleni fellebbezésben támadható meg.

(3) Az eljárást felfüggesztő, az eljárást megszüntető, a kérelmet érdemi vizsgálat nélkül elutasító, az eljárási bírságot kiszabó, valamint a költségösszegének megállapítása és a költségviselés tárgyában hozott elsőfokú végzés ellen önálló fellebbezésnek van helye.

46. § (1) A fellebbezést - ha törvény vagy kormányrendelet eltérően nem rendelkezik - a döntés közlésétől számított tizenöt napon belül lehet előterjeszteni.

A döntés módosítása vagy visszavonása fellebbezés alapján

47. § (1) Ha az ügyfél fellebbezési kérelme alapján a bizottság megállapítja, hogy döntése jogszabályt sért, a döntését módosítja vagy visszavonja.

(2) A bizottság az ügyfél fellebbezési kérelme esetén a nem jogszabálysértő döntést akkor is visszavonhatja, illetve a fellebbezésben foglaltaknak megfelelően módosíthatja, ha a kérelemben foglaltakkal egyetért, feltéve hogy az ügyben nincs ellenérdekű fél.

(3) A fellebbezés nyomán hozott döntést közölni kell a fellebbezővel, továbbá azokkal, akikkel a megtámadott határozatot közölték.

A másodfokú eljárás

48. § (1) Ha az első fokon eljáró bizottság nem élt a 47. §-ban biztosított jogával, a fellebbezésről az annak elbírálására jogosult szerv dönt.

(2) A határidőn túl benyújtott fellebbezést - ha az ügyfél igazolási kérelmet nem terjesztett elő -, továbbá a fellebbezésre nem jogosulttól származó fellebbezést az elbírálásra jogosult szerv érdemi vizsgálat nélkül végzéssel elutasítja.

(3) A határozat egésze ellen irányuló fellebbezés alapján a fellebbezés elbírálására jogosult szerv a sérelmezett döntést, valamint az azt megelőző eljárást megvizsgálja; ennek során nincs kötve a fellebbezésben foglaltakhoz.

49. § (1) A másodfokon eljáró bizottság a döntést helybenhagyja, megváltoztatja vagy megsemmisíti.

(2) Ha a másodfokú döntés meghozatalához nincs elég adat vagy a tényállás további tisztázása szükséges, a fellebbezés elbírálására jogosult szerv a döntés megsemmisítése mellett az ügyben első fokon eljáró bizottságot új eljárásra utasíthatja vagy a kiegészítő bizonyítási eljárás lefolytatását maga végzi el.

(3) Ha a másodfokon eljáró bizottság megállapítja, hogy az eljárásba további

ügyfél bevonása szükséges, az elsőfokú döntést megsemmisíti, és az ügyben első fokon eljárt bizottságot új eljárásra utasítja.

(4) A megismételt eljárásban az első fokon eljáró bizottságot a másodfokon hozott határozat rendelkező része és indokolása köti.

(5) A fellebbezési eljárás során hozott döntést a fellebbezővel és azokkal, akikkel az elsőfokú döntést közölték, a másodfokon eljárt bizottság az első fokon eljárt bizottság útján közli.

(6) A határozat ellen irányuló fellebbezést határozattal, a végzés ellen irányuló fellebbezést végzéssel kell elbírálni.

(7) A másodfokon eljáró bizottság a fellebbezés elbírálása érdekében megküldött iratokat a döntés meghozatalát követően három napon belül visszaküldi a döntéssel együtt az első fokon eljáró szervhez, amely haladéktalanul intézkedik a döntés kézbesítése iránt.

50. § (1) Szükség esetén a másodfokú etikai eljárásban is bizonyítási eljárást kell lefolytatni, amelynek során a Rendtartásban foglalt etikai szabályok vétkes megszegésével gyanúsított egészségügyi dolgozó meghallgatását lehetővé kell tenni. A bizonyítási eljárást tárgyalás keretében kell lefolytatni.

51. § (1) A 4. § (1) bekezdésének b) pontja szerinti etikai vétség esetében a másodfokú etikai bizottság a fellebbezés tárgyában írásbeli, indokolt határozatot hoz, és azt megküldi az eljárás alá vont személynek, az etikai eljárást kezdeményezőnek, valamint az első fokon eljáró etikai bizottságnak. E határozatot a fellebbezés benyújtásától számított 30 napon belül kell meghozni.

(2) Az (1) bekezdés szerinti másodfokú határozat ellen a kézbesítéstől számí-

tott 30 napon belül a közigazgatási perekre irányadó szabályok szerint kereket terjeszthető elő az illetékes megyei (fővárosi) bíróságon.

HARMADIK RÉSZ

Egyéb rendelkezések

52. § (1) A 7. § (1) bek. a)-c) pontja szerinti etikai büntetés jogerős kiszabásáról a megfelelő további intézkedések megtétele és eljárás megindítása érdekében - a határozat megküldésével - értesíteni kell

(a) az érintett személy munkáltatóját,
(b) az egészségügyi államigazgatási szervet.

(2) Az (1) bekezdés szerinti etikai büntetés jogerős kiszabásáról a határozat megküldésével tájékoztatni kell az egészségügyi dolgozó tevékenysége szerinti működési nyilvántartást vezető szervet is.

53. § (1) A jogerős fegyelmi határozatokat a kamarai nyilvántartásban fel kell tüntetni és a Kamara hivatalos lapjában meg kell jelentetni.

(2) A megjelentetés során a személyes adatok védelmére, illetve a személyiségi jogok védelmére vonatkozó jogszabályok előírásait be kell tartani.

(3) Az (1) bekezdésben foglaltak végrehajtásáról az Országos Etikai Bizottság elnöke gondoskodik.

54. § (1) Az etikai bizottságok iratait a területi kamarai szervezet, az Országos Etikai Bizottság iratait a Kamara Elnöksége irattárában elkülönítetten kell kezelni, illetve tárolni.

(2) Az iratok selejtezéséről a Kamara iratkezelési szabályzata rendelkezik.

The Hungarian Chamber of Healthcare Professionals' Code of Ethical Conduct

The National Delegates' Assembly of the Council of Hungarian Healthcare Professionals (MESZK) approved the amended wording of the MESZK Code of Ethical Conduct on 27 March 2008.

Our aim in publishing the document is to promote a widespread awareness of these important issues.