



KELLŐ LÉTSZÁM, VALAMINT MEGFELELŐ

ARÁNYÚ ÉS HATÁSKÖRŰ MSC/BSC ÁPOLÓ ESETÉN

AKÁR **30%-KAL CSÖKKENTENI** AZ INTÉZMÉNYI

HALÁLOZÁST / CSÖKKENTENI A NOSOCOMIALIS

FERTŐZÉSEK - 70%-KAL A VÉRÁRAM-, 29%-KAL A HÚGYUTI FERTŐZÉS, 4,2%-KAL A PNEUMONIA,

74%-KAL A POSZTOPERATÍV SEBFERTŐZÉS - ELŐFORDULÁSÁT / AZ MSC

ÁPOLÓ KÉPES MEGHATÁROZOTT TERÜLETEKEN ORVOSI SZUPERVÍZIÓVAL ÉS PROTOKOLLABAN SZABÁLYOZOTT MÓDON ORVOSALL EGYENÉRTÉKŰ ELLÁTÁST NYÚJTVA TÖBBEK KÖZÖTT

AKÁR **70%-KAL CSÖKKENTENI** AZ IDŐ ELŐTTI, **ELLÁTÁS NÉLKÜLI TÁVOZÁST, 48,8%-KAL A VÁRAKOZÁSI IDŐT** ÉS **5%-KAL A HALÁLOZÁST** A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYOKON / **56%-KAL CSÖKKENTENI** A KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSI IDŐT / **CSÖKKENTENI A SZÖVŐDMÉNYEK - PL. 83%-KAL A DECUBITUS - ELŐFORDULÁSÁT / 48%-KAL CSÖKKENTENI** A REHOSPITALIZÁCIÓT / **93%-KAL CSÖKKENTENI** A MŰTÉRE KERÜLESGIG TARTÓ **VÁRAKOZÁSI IDŐT, 64%-KAL CSÖKKENTENI** A MŰTÉTEK **ELHALASZTÁSÁT, 79%-KAL NÖVELNI** A PÁCIENSEK **MŰTÉRE KERÜLESGIG / NÖVELNI** A **BETEGELÉGEDETTSÉGET,**

NÖVELNI AZ ELLÁTÁS **MI-**

NŐSÉGÉT / CSÖKKENTENI A

MŰHIBA PEREK SZÁMÁT / **GERIÁTRIAI ELLÁTÁSBAN**

CSÖKKENTENI AZ **INKONTINENCIA, DECUBITUS**

DEPRESSZIÓ, AGRESSZÍV VISELKEDÉS **ELŐFORDULÁ-**

SÁT / CSÖKKENTENI AZ **ELLÁTÁS KÖLTSÉGEIT** (PL. **24%-KAL** A **LABORVIZSGÁLATOKNÁL, 22%-KAL TUMOROS**

PÁCIENSEK ELLÁTÁSÁNÁL, 83%-KAL KRÓNIKUS BETEGSÉGEK EGYÜTTES

KEZELÉSÉNél, 23%-KAL AZ **ALAPELLÁTÁSBAN** / **MEGERŐSITENI** AZ

ALAPELLÁTÁST: 67%-KAL NÖVELNI A **HOZZÁFÉRÉST, NÖVELNI** A PÁCIENSEK **EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT** ÉS **EGÉSZSÉGMAGATARTÁ-**

SÁT - CSÖKKENTVE A **BETEGSÉGEK** ELŐFORDULÁSÁT, **NÖVELNI** A **SZŰRŐ-**

VIZSGÁLATOK (PL. **40%-KAL** A **MÉHNYAKRÁK** ÉS **20%-KAL** A **MAM-**

MOGRÁFIÁS SZŰRÉSI RÉSZVÉTEL) **HATÉKONYSÁGÁT, MAGAS SZINTEN ELLÁT-**

NI A **KRÓNIKUS** PÁCIENSEK **GONDOZÁSÁT** / **IDŐSKORÚ** BETEGEK **HOSSZÚ IDEJE**

FELÜL NEM VIZSGÁLT **GYÓGYSZERELÉSÉNél 50%-BAN** **INDOKOLTAN ÚJ**

TERÁPIÁS JAVASLATOT TENNI / **JAVÍTANI** A PÁCIENSEK **EGÉSZSÉGI ÁLLAPO-**

TÁT / NÖVELNI A SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ **ÁTLAGÉLETTARTAMOT**

A KÖZÉPFOKÚ, BSC ÉS MSC VÉGZETTSÉGŰ ÁPOLÓK ÖSSZEFOGVA KÉPESEK

NÖVELNI AZ **EGÉSZSÉGBEN** ELTÖLTÖTT **ÉVEK SZÁMÁT.** AZ **MSC/BSC** KITERJESZTETT **HATÁSKÖR** **NÖVELI** AZ **ÁPOLÓI** PÁLYÁT VÁLASZTÓK **SZÁMÁT, CSÖKKENTENI** A **PÁLYAELHAGYÁST** ÉS A **MIGRÁCIÓT.**



SEGÍTHETÜNK?



JAVASLAT

NEMZETI ÁPOLÁSFEJLESZTÉSI

STRATÉGIA ELEMEIRE

- VITAIRAT -



GA EGÉSZSÉG-**AKADÉMIA**

Supplementum

10. évfolyam

2019

Alapító főszerkesztő:

Prof. Dr. Bódis József MTA doktora

Felelős szerkesztő:

Prof. Dr. Betlehem József

Szerkesztő:

Dr. habil. Oláh András

Olvasószerkesztő:

Prof. Dr. Széll Kálmán

Szerkesztőbizottság:

Prof. Dr. Bogner Péter

Prof. Dr. Boncz Imre

Prof. Dr. Figler Mária

Dr. habil. Lampek Kinga

Tudományos Tanácsadó Testület:

Elnök: Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Tagok:

Irini Antoniadou MSc. (Svédország)

Dr. Martina Baskova (Szlovákia)

Dr. Sonia Bentling (Svédország)

Dr. Buda József

Prof. Dr. Gulácsi László

Prof. Dr. Vlastimil Kozon (Ausztria)

Dr. Lukácskó Zsolt

Dr. Pogány Magdolna

Prof. Dr. Sulyok Endre

Prof. Dr. Hans-Rudolf Tinneberg (Németország)

Prof. Dr. Valerie Tothova (Csehország)

Szerkesztőség címe:

PTE ETK 7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.

Tel./Fax: (72) 513-671

E-mail: egeszsegakademia@etk.pte.hu

Kéziratok beküldése:

E-mail: egeszsegakademia@etk.pte.hu

Felelős Kiadó:

Prof. Dr. Bódis József MTA doktora

Tipográfia, tördelés:

Emődyné Ollmann Ágnes

Nyomás:

SZ.K.Stúdió Kft.

A lapban megjelent cikkek, fotók újraközléséhez a kiadó írásbeli engedélye szükséges. A hirdetések tartalmáért a hirdető vállalja a felelősséget. A szerkesztőség nem feltétlenül ért egyet a szerzők által megfogalmazott gondolatokkal.

HU ISSN 2061 2850

EFOP-3.6.1-16-2016-00004

„Átfogó fejlesztések a Pécsi Tudományegyetemen az intelligens szakosodás megvalósítása érdekében”

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

JAVASLAT NEMZETI ÁPOLÁSFEJLESZTÉSI STRATÉGIA ELEMEIRE

- VITAIRAT -

KELLŐ LÉTSZÁM, VALAMINT MEGFELELŐ

ARÁNYÚ ÉS HATÁSKÖRŰ MSC/BSC ÁPOLÓ ESETÉN

AKÁR **30%-KAL CSÖKKENTENI** AZ INTÉZMÉNYI

HALÁLOZÁST / CSÖKKENTENI A NOSOCOMI-

ALIS FERTŐZÉSEK - 70%-KAL A VÉRÁRAM-, 29%-KAL A

HÚGYUTI FERTŐZÉS, 4,2%-KAL A PNEUMONIA,

74%-KAL A POSZTOPERATÍV SEBFERTŐZÉS - ELŐFORDULÁSÁT / AZ MSC

ÁPOLÓ KÉPES MEGHATÁROZOTT TERÜLETEKEN ORVOSI SZUPERVÍZIÓVAL ÉS PROTOKOLL-

BAN SZABÁLYOZOTT MÓDON ORVOSSAL EGYENÉRTÉKŰ ELLÁTÁST NYÚJTVA TÖBBEK KÖZÖTT

AKÁR 70%-KAL CSÖKKENTENI AZ IDŐ ELŐTTI, ELLÁTÁS NÉLKÜLI TÁ-

VOZÁST, 48,8%-KAL A VÁRAKOZÁSI IDŐT ÉS 5%-KAL A HALÁLO-

ZÁST A SÜRGŐSSÉGI OSZTÁLYOKON / 56%-KAL CSÖKKENTENI A

KÓRHÁZI TARTÓZKODÁSI IDŐT / CSÖKKENTENI A SZÖVŐDMÉ-

NYEK - PL. 83%-KAL A DECUBITUS - ELŐFORDULÁSÁT / 48%-KAL CSÖK-

KENTENI A REHOSPITALIZÁCIÓT / 93%-KAL CSÖKKENTENI A

MŰTÉTRE KERÜLESG TARTÓ VÁRAKOZÁSI IDŐT, 64%-KAL CSÖKKENTE-

NI A MŰTÉTEK ELHALASZTÁSÁT, 79%-KAL NÖVELNI A PÁCIENSEK

MŰTÉTRE KERÜLÉSÉT / NÖVELNI A BETEGELÉGEDETTSÉGET,

NÖVELNI AZ ELLÁTÁS MI-
NŐSÉGÉT / CSÖKKENTENI A

MŰHIBA PEREK SZÁMÁT / GERIÁTRIAI ELLÁTÁSBAN

CSÖKKENTENI AZ INKONTINENCIA, DECUBITUS,

DEPRESSZIÓ, AGRESSZÍV VISELKEDÉS ELŐFORDULÁ-

SÁT / CSÖKKENTENI AZ ELLÁTÁS KÖLTSÉGEIT (PL.

24%-KAL A LABORVIZSGÁLATOKNÁL, 22%-KAL TUMOROS

PÁCIENSEK ELLÁTÁSÁNÁL, 83%-KAL KRÓNIKUS BETEGSÉGEK EGYÜTTES

KEZELÉSÉNÉL, 23%-KAL AZ ALAPELLÁTÁSBAN) / MEGERŐSÍTENI AZ

ALAPELLÁTÁST: 67%-KAL NÖVELNI A HOZZÁFÉRÉST, NÖVEL-

NI A PÁCIENSEK EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁ-

SÁT - CSÖKKENTVE A BETEGSÉGEK ELŐFORDULÁSÁT, NÖVELNI A SZŰRŐ-

VIZSGÁLATOK (PL. 40%-KAL A MÉHNYAKRÁK ÉS 20%-KAL A MAM-

MOGRÁFIÁS SZŰRÉSI RÉSZVÉTEL) HATÉKONYSÁGÁT, MAGAS SZINTEN ELLÁ-

NI A KRÓNIKUS PÁCIENSEK GONDOZÁSÁT / IDŐSKORÚ BETEGEK HOSSZÚ IDEJE

FELÜL NEM VIZSGÁLT GYÓGYSZERELÉSÉNÉL 50%-BAN INDOKOLTAN ÚJ

TERÁPIÁS JAVASLATOT TENNI / JAVÍTANI A PÁCIENSEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPO-

TÁT / NÖVELNI A SZÜLETÉSKOR VÁRHATÓ ÁTLAGÉLETTARTAMOT

A KÖZÉPFOKÚ, BSC ÉS MSC VÉGZETTSÉGŰ ÁPOLÓK ÖSSZEFOGVA KÉPESEK

**NÖVELNI AZ EGÉSZSÉGBEN ELTÖLTÖTT ÉVEK SZÁMÁT. AZ MSC/BSC KITERJESZTETT HATÁSKÖR
NÖVELI AZ ÁPOLÓI PÁLYÁT VÁLASZTÓK SZÁMÁT, CSÖKKENTENI A PÁLYAEHLAGYÁST ÉS A MIGRÁCIÓT.**

 **SEGÍTHETÜNK?**

Ezen, társadalmunk számára oly fontos eredmények elérése érdekében kérjük a „Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire” című vitairatban megfogalmazott fejlesztések megvalósítását 2030-ig az alábbi fő elemek mentén: az ápolói létszám közelítése az EU átlagértékéhez; a BSc ápolók létszámának/arányának megduplázása; a nemzetközileg javasolt érték közelítése a beteg/ápoló arány és a képzett ápolók arányának vonatkozásában; ápolói életpálya modell bevezetésével többek közt az MSc/BSc

ápolók kiterjesztett hatáskörének és minden szint megfelelő bérezésének biztosítása; OKJ ápoló képzés EU direktívának megfelelő átalakítása az egészségtudományi felsőoktatási intézmények által koordinált FOKSz képzésként és így az OKJ ápolók 2,5 év alatt BSc ápolóvá képzésének lehetővé tétele; az ápolók atipikus foglalkoztatásának támogatása. Mindezek elősegítése érdekében kérjük, hogy az Ápolásfejlesztési Stratégia témakörében az Emberi Erőforrások Minisztériuma az alábbi aláíró és további szervezetek bevonásával hozzon létre munkabizottságot és annak eredményeként készítsen elő kormányhatározati javaslatot.

MINYA Tünde RN, BNS, MSc
Magyar Ápolási Egyesület
elnök

Dr. habil. OLÁH András RN, MNS, PhD
Magyar Ápolástudományi Társaság
elnök, a stratégia elkészítésének
kezdőmunkatársa és koordinátora
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
dékán, intézetigazgató

MURAI László
Hallgatói Önkormányzatok
Országos Konferenciája
elnök

Dr. MARGITAI Barnabás MD, MBA, MSc
Forgalmazók az Egészségért Szövetség
elnök

MAJERNÉ HORVÁTH Anita BSc
Magyarországi Otthonápolási és
Hospice Egyesület
elnök

Dr. NAGY András Péter MD
Magyar ILCO Szövetség
elnök

Dr. NAGY Sándor MD, PhD
Széchenyi István Egyetem
Egészség- és Sporttudományi Kar
dékán, tanszékvezető

Prof. Dr. BETLEHEM József RN, MNS, PhD
Magyar Rektori Konferencia
Orvos- és Egészségtudományi Bizottság
társelnök
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
intézetigazgató

Prof. Dr. NAGY Zoltán Zsolt MD, DSc
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar
dékán

Dr. KISS-TÓTH Emőke MA, PhD
Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar
dékán

HÉDERNÉ DR. BERTA Edina MA, PhD
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
dékán

Prof. Dr. SEMSEI Imre PhD, DSc
Debreceni Egyetem
Egészségügyi Kar - Nyíregyháza
dékán

Dr. BALOGH Zoltán RN, MNS, PhD
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar
tanszékvezető

Dr. HOMOKI Andrea MA, PhD
Gál Ferenc Főiskola - Gyula
Egészség- és Szociális Tudományi Kar
mb. dékán

Dr. SÁRVÁRY Attila MD, PhD
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
tanszékvezető

Dr. PAPP László RN, MNS, PhD
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi
és Szociális Képzési Kar
mesterképzés szakirányfelelős

Dr. TULKÁN Ibolya MSc, PhD
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
tanszékvezető

**UJVÁRINÉ Dr. SIKET Adrienn
RN, BNS, MA, PhD**
Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
ápolás mesterszak felelős

A „Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire” című vitairat kiterjesztett hatáskörű ápolás mesterképzés szakterületünkre vonatkozó alapelveit, értékeit és céljait, valamint azok megvalósítását támogatjuk:

Dr. VARGA Csaba MD
Egészségügyi Szakmai Kollégium
Oxyológia – Sürgősségi orvostan, Toxikológia,
Honvéd és Katasztrófa orvostan Tagozat
tagozatvezető

Prof. Dr. BAKÓ Gyula MD, DSc
Egészségügyi Szakmai Kollégium
Geriatéria és Krónikus ellátás Tagozat
tagozatvezető

Dr. SZABÓ János MD
Egészségügyi Szakmai Kollégium
Háziorvostan Tagozat
tagozatvezető

Prof. Dr. SZÉKÁCS Béla MD, DSc
Magyar Gerontológiai
és Geriátriai Társaság
elnök

Prof. Dr. OLÁH Attila MD, DSc
Egészségügyi Szakmai Kollégium
Sebészeti Tagozat
tagozatvezető

Szerzők:

Dr. habil. OLÁH András RN, MNS, PhD¹, FULLÉR Noémi RN, MNS², Dr. MÁTÉ Orsolya MA, PhD³, Dr. ZRÍNYI Miklós RN, MNS, PhD⁴, Dr. VAJER Péter MD, PhD⁵, KARAMÁNNÉ Dr. habil. PAKAI Annamária RN, MNS, PhD⁶, KIS Tünde⁷, PUSZTAI Dorina RN, MNS⁸, Dr. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes MSc⁹, MÁRTON Mártonné BSc¹⁰, PAP-SZEKERES Anita RN, MNS¹¹, ARADÁN Attiláné RN, MNS¹², Dr. RADNAI Balázs MD, PhD¹³, BUGARSZKI Miklós RN, BNS, MSc¹⁴, MINYA Tünde RN, BNS, MSc¹⁵, Prof. Dr. BONCZ Imre MD, MSc, PhD¹⁶, SÖVÉNYI Ferencné BSc¹⁷, Dr. Thomas Arpad SHARON DNP, MPH, ARNP-BC¹⁸, UJVÁRINÉ Dr. SIKET Adrienn RN, BNS, MA, PhD¹⁹, Dr. SÁRVÁRY Attila MD, PhD²⁰, Dr. TULKÁN Ibolya MSc, PhD²¹, Dr. PAPP László RN, MNS, PhD²², Dr. habil. VERZÁR Zsófia MD, PhD²³, Prof. Dr. VERECZKEI András MD, PhD²⁴, Dr. habil. SEBESTYÉN Andor MD, MBA, PhD²⁵, Dr. ZEMPLÉNYI Antal MSc, PhD²⁶, FERENCZY Mónika RN, MNS²⁷, TÓTH Andrea RN, BNS, MSc²⁸, SERES Judit Erzsébet RN, MNS, MSc²⁹, ALTMAJER Beáta RN, MNS³⁰, Dr. LUKÁCS Miklós MD, FEBG³¹, Dr. SCHMIDT Béla MD, PhD³², Prof. Dr. VATTAY Péter MD, PhD³³, VARGA Judit RN, MNS³⁴, Dr. ÁGOSTON István JD, PhD³⁵, Dr. GOMBÁR Angéla JD, RN, BNS³⁶, Dr. BALOGH Zoltán RN, MNS, PhD³⁷, KUNGL Anikó BSc³⁸, VASS Dezső MSc³⁹, ROZMANN Nóra RN, MNS⁴⁰, LÓTH Erika RN, MNS, MSc⁴¹, SZUNOMÁR Szilvia RN, MNS⁴², Dr. FEHÉR Rózsa MD⁴³, SZEBENI-KOVÁCS Gyula RN, MNS⁴⁴, VARGA Gábor⁴⁵, GÁL Mária RN, BNS, MSc⁴⁶ Dr. HÉRA Eszter JD, RN, MNS⁴⁷, JANKOVICS Antal MSc⁴⁸, Prof. Dr. Valérie TÓTHOVÁ RN, MSc, PhD⁴⁹, CSORDÁS Adrienn RN, MNS⁵⁰ KOVÁCS Gábor⁵¹, KELEMENNÉ BÁKONYI Gabriella RN, MNS⁵², ILLÉS Ilona MSc⁵³, SZABÓ László RN, MNS⁵⁴, Dr. HIRDI Henriett Éva RN, MNS, PhD⁵⁵, KÁRPÁTI Zsuzsanna MSc⁵⁶, GALVÁCS Henrietta RN, MNS, PhD⁵⁷, KOZMA Anita RN, BNS, MSc⁵⁸, MAJERNÉ HORVÁTH Anita BSc⁵⁹, CSIKÓS Péter MSc⁶⁰, RÓKA László MSc⁶¹, Dr. MOIZS Mariann MD, PhD⁶², Dr. DÓZSA Katalin MD⁶³, Dr. SCHMIDT László MD⁶⁴, Prof. Dr. BETLEHEM József RN, MNS, PhD⁶⁵

Szerkesztő:

Dr. habil. OLÁH András RN, MNS, PhD, a Magyar Ápolástudományi Társaság elnöke, a PTE Egészségtudományi Kar dékánja

Szakmai koordináció:

A „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire*” című vitairat összeállításának folyamatát, egyeztetését a Magyar Ápolástudományi Társaság kezdeményezte és koordinálta. A vitairat online is megtekinthető (www.apolasfejlesztisstrategia.hu), a tanulmánnyal kapcsolatos észrevételeket a mat@etk.pte.hu e-mail címre várjuk.

A szerzők részletes bemutatása:

Dr. habil. OLÁH András RN, MNS, PhD¹ Elnök – Magyar Ápolástudományi Társaság. Egyetemi docens, intézetigazgató, dékán – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

FULLÉR Noémi RN, MNS² Tanársegéd, intézetigazgató-helyettes – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Dr. MÁTÉ Orsolya MA, PhD³ Adjunktus, külügyi igazgató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Dr. ZRÍNYI Miklós RN, MNS, PhD⁴ Stratégiai tanácsadó és üzletfejlesztési vezető – Debreceni Egyetem, Gyógyszerfejlesztési Koordinációs Központ.

Dr. VAJER Péter MD, PhD⁵ Adjunktus – Semmelweis Egyetem.

KARAMÁNNÉ Dr. habil. PAKAI Annamária RN, MNS, PhD⁶ Egyetemi docens, tanszékvezető, képzési igazgató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

KIS Tünde⁷ Oktató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

PUSZTAI Dorina RN, MNS⁸ Szakoktató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Dr. VÁRADYNÉ HORVÁTH Ágnes MSc⁹ Címzetes egyetemi docens – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

MÁRTON Mártonné BSc¹⁰ – Felnőttképzési program szakértő.

PAP-SZEKERES Anita RN, MNS¹¹ Ápolási igazgató – Bács-Kiskun Megyei Kórház Ápolási Igazgatás.

ARADÁN Attiláné RN, MNS¹² Ápolási igazgatóhelyettes – Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet.

Dr. RADNAI Balázs MD, PhD¹³ Adjunktus, dékáni megbízott – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

BUGARSZKI Miklós RN, BNS, MSc¹⁴ Alelnök – Magyar Ápolási Egyesület. Ápolási igazgató – Albert Schweitzer Kórház–Rendelőintézet.

MINYA Tünde RN, BNS, MSc¹⁵ Elnök – Magyar Ápolási Egyesület.

Prof. Dr. BONCZ Imre MD, MSc, PhD¹⁶ Stratégiai elnökhelyettes – Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ. Egyetemi tanár, intézetigazgató, kapcsolati dékánhelyettes – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

SÖVÉNYI Ferencné BSc¹⁷ Nyugalmazott országos vezető ápoló.

Dr. Thomas Arpad SHARON DNP, MPH, ARNP-BC¹⁸ Clinical Nurse Practitioner – Mind Body Solutions Las Vegas, Nevada, U.S.A.

UJVÁRINÉ Dr. SIKET Adrienn RN, BNS, MA, PhD¹⁹ Főiskolai docens, ápolás mesterszak felelős – Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar.

Dr. SÁRVÁRY Attila MD, PhD²⁰ Főiskolai tanár, tanszékvezető – Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar.

Dr. TULKÁN Ibolya MSc, PhD²¹ Főiskolai docens, tanszékvezető – Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar.

Dr. PAPP László RN, MNS, PhD²² Főiskolai docens, oktatási tanszékvezető-helyettes, stratégiai dékánhelyettes, mesterképzés szakirányfelelős – Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar.

Dr. habil. VERZÁR Zsófia MD, PhD²³ Egyetemi docens – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Prof. Dr. VERECZKEI András MD, PhD²⁴ Egyetemi tanár, klinikaigazgató – Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Sebészeti Klinika. Ápolás mesterképzés perioperatív specializációjának koordinátora – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Dr. habil. SEBESTYÉN Andor MD, MBA, PhD²⁵ Elnök – Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ.

Dr. ZEMPLÉNYI Antal MSc, PhD²⁶ Egészségügyi gazdálkodási igazgató – Pécsi Tudományegyetem Kancellária.

FERENCZY Mónika RN, MNS²⁷ Tanársegéd – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

TÓTH Andrea RN, BNS, MSc²⁸ Minőségfejlesztési igazgatási irodavezető – Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház

SERES Judit Erzsébet RN, MNS, MSc²⁹ Ápolási igazgató – Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet.

ALTMAJER Beáta RN, MNS³⁰ Ápolási igazgató, osztályvezető ápoló – Markusovszky Egyetemi Oktatókórház.

Dr. LUKÁCS Miklós MD, FEBG³¹ Geriáter, gasztroenterológus, intézeti orvos – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Dr. SCHMIDT Béla MD, PhD³² Osztályvezető főorvos – Zala Megyei Szent Rafael Kórház, Ortopédiai osztály. Főiskolai tanár, tanszékvezető – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Prof. Dr. VATTAY Péter MD, PhD³³ Főiskolai tanár – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

VARGA Judit RN, MNS³⁴ Osztályvezető – Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház.

Dr. ÁGOSTON István JD, PhD³⁵ Adjunktus, dékáni megbízott – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Dr. GOMBÁR Angéla JD, RN, BNS³⁶ Szakoktató – Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ.

Dr. BALOGH Zoltán RN, MNS, PhD³⁷ Főiskolai tanár, tanszékvezető – Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar.

KUNGL Anikó BSc³⁸ – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

VASS Dezső MSc³⁹ Vezető kutató, klinikai mérnök – Bay Zoltán Alkalmazott Kutatási Közhasznú Nonprofit Kft.

ROZMANN Nóra RN, MNS⁴⁰ Szakoktató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

LÓTH Erika RN, MNS, MSc⁴¹ Ápolási igazgató – Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Ápolásszakmai Igazgatóság.

SZUNOMAR Szilvia RN, MNS⁴² Szakoktató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Dr. FEHÉR Rózsa MD⁴³ Adjunktus, dékánhelyettes – Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar.

SZEBENI-KOVÁCS Gyula RN, MNS⁴⁴ Szakoktató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

VARGA Gábor⁴⁵ – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

GÁL Mária RN, BNS MSc⁴⁶ Ápolási és szakdolgozói alelnök – Debreceni Egyetem Klinikai Központ.

Dr. HÉRA Eszter JD, RN, MNS⁴⁷ Ápolási igazgató – Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház.
 JANKOVICS Antal MSc⁴⁸ – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
 Prof. Dr. Valérie TÓTHOVÁ RN, MSc, PhD⁴⁹ Dékánhelyettes, intézetigazgató – University of South Bohemia in České Budějovice.
 CSORDÁS Adrienn RN, MNS⁵⁰ Ápolási igazgató – Petz Aladár Megyei Oktató Kórház.
 KOVÁCS Gábor⁵¹ – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
 KELEMENNÉ BÁKONYI Gabriella RN, MNS⁵² Pedagógus, egészségügyi tanár, köznevelési szakértő, közoktatásvezető – Nyíregyházi Szakképzési Centrum Zay Anna Egészségügyi, Informatikai Szakközépiskola és Kollégiuma.
 ILLES Ilona MSc⁵³ Egészségtan tanár, egészségügyi szakoktató – Nyíregyházi Szakképzési Centrum Zay Anna Egészségügyi, Informatikai Szakgimnáziuma és Kollégiuma.
 SZABÓ László RN, MNS⁵⁴ Szakoktató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
 Dr. HIRDI Henriett Éva RN, MNS, PhD⁵⁵ Mesteroktató – Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar.
 KÁRPÁTI Zsuzsanna MSc⁵⁶ Szakmai vezető - EFOP-1.8.0.-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” projekt B.V. képzési munkacsoport
 GALVÁCS Henrietta RN, MNS, PhD⁵⁷ hallgató – Semmelweis Egyetem Patológiai Tudományok Doktori Iskola.
 KOZMA Anita RN, BNS, MSc⁵⁸ Megyei vezető ápoló – Baranya Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály Népegészségügyi és Járványügyi Osztály.
 MAJERNÉ HORVÁTH Anita BSc⁵⁹ Elnök – Magyarországi Otthonápolási és Hospice Egyesület.
 CSIKÓS Péter MSc⁶⁰ Igazgató – Nyíregyháza Egészségügyi Alapellátási Igazgatóság.
 RÓKA László MSc⁶¹ Főtitkár – Forgalmazók az Egészségért Szövetség.
 Dr. MOIZS Mariann MD, PhD⁶² Főigazgató – Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház.
 Dr. DÓZSA Katalin MD⁶³ Tudományos munkatárs – Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar. Mb. alapellátási alprojektvezető – EFOP-1.8.0.-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” projekt.
 Dr. SCHMIDT László MD⁶⁴ Osztályvezető főorvos – Dombóvári Szent Lukács Kórház.
 Prof. Dr. BETLEHEM József RN, MNS, PhD⁶⁵ Stratégiai és kapcsolati rektorhelyettes – Pécsi Tudományegyetem. Egyetemi tanár, intézetigazgató – Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.

Kedves Olvasó!

Az egészségügy egyre **komolyabb és összetettebb problémák** elé állítja az európai országokat és közöttük hazánkat is. Az elmúlt évtizedekben **sokan és sokat fáradoztak** azon, hogy a betegségek megelőzése, az egészség helyreállítása, a károsító hatások kiküszöbölése és az ártalomcsökkentés szempontjából legkedvezőbb, **fenntartható megoldást** találják meg, felhasználva a rendszerben lévő aktuális erőforrásokat és lehetőségeket.

A Nővér folyóiratban **1994-ben jelent meg** egy előremutató, inspiratív vitaanyag „Az Ápolásfejlesztés koncepcionális elemei” címmel, melynek szerzője Sövényi Ferencné akkori országos vezető ápoló. **Az eltelt időszakban nem került közreadásra átfogó, a hazai ápolásügy fejlesztésére vonatkozó javaslat**, ugyanakkor hosszú ideje meggyőződésem, hogy a **hazai ápolásügy helyzetére tekintettel nélkülözhetetlen** egy objektív **helyzetfelmérésen** és a lehető legszélesebb körű **összefogáson** alapuló, **komplex fejlesztési javaslat kidolgozása** az ápolásügy szakmai képviselői részéről. Nem

várhatjuk azt, hogy mások ismerjék fel és oldják meg a területünket érintő problémákat, illetve nagyon **fontos**, hogy időről időre **jelenhessenek meg írásban olyan szakmai fejlesztési javaslatok**, amelyeket – egymás álláspontját, érveit megismerve – **meg lehet vitatni**, és amelyek vonatkozásában azután **széleskörű konszenzust lehet kialakítani**. Mindez nemcsak az **ápolásügy területét** érintő **fejlesztések kezdeményezését** segítheti elő, hanem megfelelő **háttérrel biztosíthat** az általában meglehetősen rövid határidővel kért **szakmai állásfoglalások, véleményezések** megalapozott, következetes és **megfelelő minőségű elkészítéséhez** is.

A fentiek megvalósításához nélkülözhetetlenek az **álláspontok nyílt felvállalásán** (közösen elért nagy értéknek tartom, hogy ezen anyag kapcsán végre megvalósulhatott az előkészítés során, és megvalósulhat az írott szöveg közzétételét követően) alapuló **konstruktív szakmai viták**, egyeztetések, szemben a tényeket, hivatásunk érdekeit olykor **figyelman kívül hagyó, háttérben folyó lobbitevékenységgel**.

Ebből adódóan 2018 májusában **kezdeményeztem**, hogy szakmai és egyéb releváns szervezetek **konszenzusos ápolásfejlesztési koncepciót dolgozzanak ki**, és azt **közösen képviselve** szolgálhassuk az **ápolásügy és a betegellátás fejlődését**. **Javaslatot tettem** arra is, hogy az elkészülő dokumentumot, mint **vitairatot a Nővér szakmai folyóiratban vagy más szaklapban jelentessük meg 2019-ben**. Mindez nemcsak elősegíti a koncepció széleskörű vitára bocsátását, hanem **egyben tisztelgés is** az 1994-ben vitaanyagként megjelent ápolásfejlesztési koncepció és szerzője előtt, annak **25 éves évfordulója alkalmából**. **Megtisztelőnek tartom**, hogy Sövényi Ferencné, Klári, korábbi országos vezető ápoló asszony **szerzőként is tagja** a jelen vitairatot megalkotó értékközösségnek, valamint egy előszó keretében is **vállalta gondolatai összefoglalását**.

Az elmúlt időszakban áttekintettük a **hazai ápolásügy helyzetét**, összevetve a **nemzetközi tendenciákkal**. A folyamat során törekedtünk a területet érintő főbb **problémák beazonosítására**, és hiánypótló módon az azokra adott releváns **nemzetközi válaszok figyelembevételével** a hazánkban is sikerrel alkalmazható konkrét **megoldási javaslatok megfogalmazására**. Örömteli tény, hogy ezen fejlesztőmunka **eredményeként** elkészült a **65 szerző által jegyzett**, valamint **27 ápolási és orvosi szakmai szervezet / egyetemi kar / tanszék / szakfelelős / egészségügyi intézményvezető által véleményezett és támogatott**, „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire*” című átfogó szakmai tanulmány. Elmondható, hogy hazánkban **mindezidáig nem készült ilyen széleskörű összefogással szakmai előterjesztés az ápolásügy területén**, mint ahogy a javaslat **komplexitása, nemzetközi jó gyakorlatok bemutatására irányuló szemlélete** miatt is **hiánypótlónak** tekinthető. Véleményünk szerint már önmagában a **vitairat elkészültének folyamata is fontos érték**, hiszen a tanulmány **fejlesztésének logisztikája, a szervezetek egymásra találása, a közös gondolkodás** nagy eredménynek számít.

Mindezen örömteli eredmények jelentőségét nem csorbítja, de érdemes megemlíteni azt a tényt is, hogy a 2018 májusától 2019 márciusáig tartó időszak **nem volt elegendő a konszenzus kialakítására néhány, a részvételre felkért szervezettel.** A tanulmány szerzői és támogató szervezetei teljes nyitottságot mutattak az érvek mentén történő egyeztetésre, a közösen képviselhető szakmai minimum kompromisszumos meghatározására, sőt, az eltérő álláspontok – és a mögöttük álló indoklás – alternatívaként történő megjelenítésére is a vitairatban. Meggyőződésem, hogy az elkészült tanulmány egyaránt szolgálja a középfokú ápolók, a BSc/MSc ápolók, a társadalom és a munkáltatók érdekeit. Ebből adódóan is **fontos eredménynek tartom, hogy ezen szervezetek alárendelt testületei több esetben támogatták a koncepciót, és vezetőségi tagjaik, tagjaik közül is sokan vállalták fel, hogy szervezeteik távolmaradása ellenére is részt vesznek szakemberként jelen tanulmány megírásában és képviselésében.** Az ápolásügy iránt érzett felelősségüket, szakmai álláspontjuk felvállalását ezúton is szeretném megköszönni!

A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarával is számos egyeztetést bonyolítottunk le – a MESZK Országos Elnöksége által tett javaslatok figyelembevételével történt a tanulmány fejlesztése –, melynek során a Kamara Országos Oktatási, Továbbképzési és Tudományos Bizottsága két alkalommal, majd a Kamara Országos Elnöksége is egyhangúlag támogatta az elkészült tanulmány aktuális verzióját. Később a Kamara elnöksége a vitairat hosszú fejlesztési és egyeztetési időszaka alatt a megvalósítási fázisba érkezett egyes elemekre hivatkozva azt kérte, hogy a korábban a MESZK által is javasolt rövid, közép- és hosszú távú célkitűzések szerinti tagozódás helyett csupán a rövid távú célkitűzéseket jelenítsük meg, és mindössze a humánerőforrás krízis megoldását enyhítő, akut intézkedésekre szorítkozzunk. A tanulmány fejlesztői azt az álláspontot képviselték, hogy a humánerőforrás krízis megoldását csak az szolgálhatja sikerrel, ha – a képzés minden szintjére kiterjedően – megalapozott módon határozunk meg rövid távú célkitűzéseket úgy, hogy azok illeszkedjenek egy közép- és hosszú távon indokolt fejlesztési koncepcióba is. Végül a Kamara elnöksége a kézirat lezárásakor arra tett javaslatot, hogy csupán a tanulmány „I. A fejlesztési javaslatok rövid összefoglalása” című része kerüljön a Főhatóság részére megküldésre, amit szakmailag nem tartottunk megalapozottnak (fontosnak tartjuk a tanulmány fejlesztési javaslataink megalapozottságát alátámasztó indoklás és irodalomjegyzék részét is), valamint ezt a javaslatot a közel egy éves egyeztetési folyamatra, a tanulmány szerzőire és támogató szervezeteire tekintettel sem tudtuk támogatni.

A vitairat ezen hosszú elkészítési folyamata során számunkra mindössze az ápolási igazgatókat képviselő vezetők egy része fogalmazott meg – meggyőződésünk szerint félreértelmezésből adódó és ezért reményeink szerint a későbbiekben a konszenzus érdekében tisztázható – aggályokat a jelen tanulmányban megfogalmazottak egy részével kapcsolatban, azonban alternatív megoldási javaslataik és az azokat megalapozó indoklásuk megismerésére nem nyílt lehetőségünk. Ugyanakkor a tanulmány egyik kifejezett erőssége a szerzői kör sokszínűsége, hiszen hazai és nemzetközi szakemberek, többek közt ápoláskutatók, középfokú és felsőfokú ápolói képzésben tevékenykedő szakemberek, ápolók, egészségügyi finanszírozási szakemberek, orvosok, szakmai szervezetek vezetői, és természetesen számos ápolásvezető is részt vett a vitairat elkészítésében.

Két felkért szervezet esetében nem nyílt lehetőség még a tanulmányról történő szóbeli egyeztetésre sem. Az egyik szervezet vezetője arról adott tájékoztatást, hogy a szervezet saját – részünkre be nem mutatott – stratégiáját kívánja képviselni, a másik szervezet vezetője pedig azt nyilatkozta, hogy az ápolásügy érdekében történő összefogást nagyon fontosnak és elengedhetetlennek tartja, ugyanakkor csak olyan közös, konszenzuson alapuló fejlesztési koncepciót támogat, amelyben egy bizonyos ápolási szervezet nem vesz részt. Természetesen el kellett határolódnunk egy szakmai szervezetre és annak tagságára irányuló ezen kirekesztő magatartástól. Ezen szervezetek részéről felmerült az a kérdés is, hogy felkérés hiányában milyen jogon készül jelen tanulmányunk, azaz megkérdőjelezésre került a szerzők tudományos munkájának szabadsága, az egyetemek/szakmai szervezetek önálló szakmai és együttműködés kezdeményezési lehetősége.

Ugyanakkor az elmúlt években nem ismerhettük meg ezen két, a jelen ápolásfejlesztési stratégiai javaslat kidolgozásában részt venni nem kívánó szervezet álláspontját, megalapozott fejlesztési javaslatait, pl.: a vonatkozó EU direktívának meg nem felelő középfokú ápolóképzés

kialakításakor, illetve a probléma általunk történő felvetését követően; **az alapápolási feladatok ellátása kapcsán felállított túlzott, versenyképességet akadályozó követelmények megalkotásakor** (hazánkban 1912 órás képzésben, 4 év alatt, 18 éves korhoz és érettségihez kötötten érhető el az a hatáskör, amelyet nemzetközi viszonylatban 150-200 órás képzésben, 1-2 hónap alatt, 16 éves kortól kaphatnak meg az ápolási asszisztensek); a hosszú ideig egyoldalúan a középfokú képzés fejlesztésére fókuszáló modell ellenére **a középfokú és a BSc ápolóképzést egyaránt érintő hallgatói létszámcsökkenést**, valamint **a középfokú képzés felsőoktatásba történő beszámíthatóságának akadályozottságát érintően**. Az is megállapítható, hogy ezen szervezetek **olyan fejlesztést is vitatnak**, amely **bevezetéséről időközben a Kormányzat támogatólag döntött**, illetve amelynek **nincs jogilag kivitelezhető alternatívája** (pl. köznevelési keretek között egyéni felkészülési óraszám és kredit hiányában a képzési idő jelentős növelése nélkül nem biztosítható az EU direktívának történő megfelelés). Mint ahogy **akkor sem jelen tanulmány szerzőivel és a tanulmányt támogató szervezetekkel állnak vitában** ezen ápolási szervezetek vezetői, **amikor** – eltérve az azonos területen nemzetközi viszonylatban tevékenykedő ápolási szervezetek álláspontjától – **vitatják pl. a BSc ápolói arány emelésének jótékony hatását és fontosságát, hanem a területen nemzetközi viszonylatban meglévő tudományos evidenciákkal**.

Mindeközben sajnálatos tény, hogy az **elmúlt évtizedek** – nem kellően megalapozott és nem átfogó, a képzés nem minden szintjét figyelembe vevő – képzési változtatásai **nem hozták meg a várt eredményeket**. A magyarországi **középfokú ápolóképzés** jelenlegi rendszere számos ponton **nem teljesíti** a vonatkozó 2005/36 EU **direktívában** megfogalmazott és hazánkra is kötelező érvényű **feltételeket**, és **nem teremti meg a BSc képzésbe történő érdemi beszámítás és képzési idő rövidítés kereteit**. Emellett az elmúlt években több mint **8000 főről 4000 fő alá csökkent** az egészségügyi szakmacsoportban iskolarendszerű képzésben tanulók száma, és sajnálatos módon olyan végzettségek kerültek előtérbe, amelyek nem a hiányterületek – különösen az ápolóhiány – problémáit enyhítik. Hazánkban az alapnyilvántartásba 2016-ban **újonnan felvett ápolók száma 45%-os mértékben csökkent**, és a helyzetet tovább súlyosbítja, hogy a **működési nyilvántartásban (azaz a betegellátásban) mindössze kb. a végzettek 50%-a jelenik meg**. A felsőfokú ápolóképzés is válságos helyzetbe került, hiszen míg korábban több mint 800 fő szerzett évente diplomás ápolói végzettséget, addig mára ez a szám alig haladja meg a 300 főt évente, azaz **közel 60%-kal csökkent az oklevelet szerző diplomás ápolók száma**. Utóbbi azért is nagyon sajnálatos, mert a BSc ápolók minél nagyobb számú alkalmazásának fontosságát tudományos kutatási eredmények sora támasztja alá, köztük a **Lancet-ben** megjelent azon közlemény, mely szerint a BSc **ápolói létszám 10%-os növelése 7%-kal csökkentheti a halálozást meghatározott ellátási feltételek mellett**.

Ehelyütt is fontos kiemelni, hogy az elmúlt években számos, az **egészségügyi szakdolgozók támogatása érdekében bevezetett hasznos program indult el**, illetve valósult meg. Ezek közé tartozik többek közt a **duális szakképzés bevezetése**, az egyetemi, valamint az oktatókórházi **skill laborok fejlesztése**; a régi típusú, általános ápoló és általános asszisztens szakképesítéssel rendelkező **szakdolgozók felzárkóztató képzése**; az egészségügyi szakellátók **szállóinak fejlesztése**; **ápolási eszközpark fejlesztés**; a betöltetlen álláshelyek számának csökkentésére, valamint a **munkakörülmények és feltételek javítására vonatkozó intézkedések**; **pályaválasztást támogató ösztöndíj biztosítása** az egészségügyi szakképesítések iskolarendszerű nappali képzéseibe járó **tanulók** – köztük az ápoló tanulók – részére; a **Michalicza-ösztöndíj** program keretében az **Ápolás MSc képzésben résztvevő hallgatók ösztöndíj támogatása**; **Szakmai Tankönyv Bizottság** létrehozása és a terület szabályozása; a **szakképzés ágazati irányítás** alá helyezése; **több lépcsős bérfejlesztés**.

Jelen ápolásfejlesztési **stratégiai javaslat munkaanyagát** a fejlesztés egyes fázisaiban **2018 májusa óta több alkalommal eljuttattuk az EMMI-hez is**. Az anyagról alkalmunk nyílt **miniszteri és államtitkári szintű személyes egyeztetést is lefolytatni**. Örömmel konstatáltuk, hogy időközben **több javaslatunk vonatkozásában is érdemi előrelépést tapasztalhattunk**, pl. az egészségügyi szakképzés **ágazati irányítás alá helyezése**; egyes **BSc képzések** esetében – az **ápolói végzettség kiemelt rangsorolásával** – **ösztöndíj támogatás** bevezetése; az állami fenntartású **középfokú egészségügyi szakmaterületi intézmények** fenntartásának az egészségügyi **felsőoktatási intézmények** részére történő átadását támogató döntés; az egészségügyi **szakdolgozói életpálya koncepció** kidolgozásának megkezdése.

A fenti pozitív intézkedéseken túlmenően **számos problémát kell megoldani az ápolásügy területét érintően**, melyeket rendszerezve mutatunk be az elkészült stratégiai anyagban. Jelen fejlesztési koncepció **erőssége**, hogy a **középfokú ápolói képzés** soha nem látott mértékű **megerősítésére** és az **akut ápolóhiány megoldására** is javaslatot tesz (mely javaslatnak jelenleg **nem ismert nyilvános alternatívája**): Emellett a koncepció **életpálya modellben** gondolkozva is segíti a középfokú szakemberek **fejlődését, előmenetelét** (számukra 2,5 év alatt teljesíthetővé teszi a BSc ápoló képzést), valamint a **BSc, MSc végzettségű kollégák létszámának növelését, szakmai lehetőségeik kiterjesztését**.

A jelen tanulmányban részletesen is tárgyalt nemzetközi jó gyakorlatokra, tudományos eredményekre alapozva kitűzhetnénk magunk elé ambiciózusabb célokat is, hiszen az **Európai Unió 28 tagállamából 19-ben már nincs középfokú ápoló képzés** és 2 további tagállamban is döntöttek a megszüntetéséről. Ugyanakkor **Magyarországon** az elmúlt évtizedekben **nem készült átfogó, egységes és a meghatározó szakmai partnerek által támogatott stratégia az ápolói létszám stabilizálása és emelése érdekében**, így jelenleg **nem lehet reális cél a középfokú képzés kivezetése**. Ebből adódóan előterjesztésünk 2030-ig (azonnali, rövid, közép- és hosszú távú célok megjelölésével, kormányzati ciklusokhoz igazodva) tesz javaslatot **stabil, megerősített, többszintű, a tényleges hatáskörhöz igazított (csökkentett) képzési idejű és tartalmú, piacképes és a felsőoktatásba is beszámítható középfokú ápolói tömegképzés, valamint fokozatosan emelkedő arányú BSc/MSc ápolói kar kialakítását biztosító felelős programra**.

A jelen fejlesztési javaslatban megfogalmazottak **segíthetik többek közt az ápolói humán erőforrás krízis megoldását, a leszakadó térségek munkahelyteremtését, az alsóbb szinten beiskolázottak fokozatos felzárkóztatását, a betegellátás minőségének jelentős javítását, és a betegbiztonság, valamint a betegelégedettség növelését**.

Mindezek elősegítése érdekében **kérjük**, hogy az „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire*” koncepció témakörében az **Emberi Erőforrások Minisztériuma hozzon létre munkabizottságot**, és annak eredményeként **készítsen elő kormányhatározati javaslatot**.

A **konszenzusos** fejlesztések érdekében a „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire*” című vitairatot **szeretnénk a társadalom mind szélesebb köreivel, valamint az orvosi és ápolói területek képviselőivel, a meghatározó betegszervezetekkel is megismertetni**, és konzultációs folyamatot (pl. konszenzus konferencia, további szervezetek csatlakozása) elősegíteni a témában. Vitairatunkat **angol nyelven is közzétesszük** és bízunk abban, hogy a **nemzetközileg eredményes jó gyakorlatok hazai adaptálása érdekében elősegíthetjük a párbeszédet**, a fejlesztési javaslatokkal kapcsolatos **közös gondolkodást a releváns nemzetközi ápolásszakmai szervezetekkel, ápolóképzést folytató intézményekkel is**.

Bízunk abban, hogy munkánk eredményeként a szakmai és egyéb releváns szervezetek **konszenzusos ápolásfejlesztési koncepciót fogadhatnak el**, és azt **közösen képviselve** szolgálhatjuk az ápolásügy és a betegellátás fejlődését.

Szívélyes üdvözléssel,

Dr. habil. OLÁH András RN, MNS, PhD
Magyar Ápolástudományi Társaság
elnök, a stratégia elkészítésének
kezdeményezője és koordinátora
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
dékán, intézetigazgató

Kedves Olvasó!



Őszinte örömmel olvastam a „*Javaslat Nemzeti Ápolásfejlesztési Stratégia Elemeire*” című vitairatot. Ezt a dokumentumot **hiányt pótló írásnak** is tekinthetjük, mert az utóbbi időben a **„merre haladjon az ápolás”** kérdése ilyen komplexitásban **nem került a széles szakma elé**. A dokumentum külön kiemelendő értéke a „nyilvánosság” vállalása.

A tanulmány a széles értelemben vett ápolásügyünk **értékeit, hibáit, és a jelen helyzetét összegzi**, majd ezekre **építve tesz a „hogyan továbbra” javaslatokat**. A munkaanyag hosszú távra gondolkodik, együttműködésre készlet. Bírálatra, válaszra, további javaslatok megtételére „kényszeríti” az olvasót.

A fejlesztésre tett javaslatok indokai közül, a legnagyobb súllyal bíró problémákat köti csokorba. A vitaanyag, a helyzetleírást követően **a „fejlesztési javaslatokat” négy pontban sűríti össze**. Ezeket nevezzük az „ápolás belső élete” alappilléreinek is. Az értekezés **átfogóan tárgyalja az ápolás-fejlesztés legfontosabb elemeit és ahol szükséges nemzetközi kitekintést tesz**. Ezeket én csak néhány sorban sűrítem össze:

- Oktatás, ápolók **képzése, továbbképzése**, mint kulcsfeladat.
- Az ápolás különböző **„intézményeinek”** létrehozása
- Az **egészségügyi ellátó rendszer**, mint a különböző tudományterületek, esetünkben az ápolástudomány gyakorlati alkalmazója.
- **Állami feladatok, egészségpolitikai** döntések szükségessége.
- **Finanszírozás**, a meghozandó döntések alapján, a **továbbfejlesztési tervek** magvalósításához

A vitaanyagnak ebben az állapotában „még nincs címzettje”, de megismerve belső tartalmát arra a következtetésre lehet jutni, hogy az egyes területek fejlesztésére tett **javaslatok szinte mindegyike „magas szintű” szakmapolitikai döntést igényel**. A múltamból hozott tapasztalatom alapján, csak akkor tudtuk érdemi döntésre bírni a döntésre jogosultakat, ha előzetesen – **az ápolás különböző területei és szintjeinek képviselői között – konszenzus jött létre**.

Az „ápolói elit” konszenzusára ez a nemzeti ápolási fejlesztési stratégia vitaanyag jó lehetőséget teremt azzal, hogy vállalja a nyilvánosságot, érdemi bírálatot, jobbító javaslatot vár a szakma különböző területeinek képviselőitől. Kívánom, hogy a „végtermék” majd egy **hosszabb távra érvényes „konszenzus dokumentum” legyen**. (Pl. hogy majd az ápolóképzés elfogadott modellje évente nem változtatható!)

Az ápolás egyes területeit irányítók felelőssége ma sokkal nagyobb, mint évtizedekkel ezelőtt volt, hiszen az ápolás valamennyi területén jelen vannak a főiskolát vagy egyetemet végzett ápolók, akiknek észlelnie kell a körülötte változó világot és el kell fogadnia a kihívásokat.

„Ébredj ápolás”

EGYSZER EGYÜTT KELL GONDOLKODNI és ELKÉSZÍTENI EGY DOKUMENTUMOT „HOGYAN TOVÁBB ÁPOLÁS? MERRE VAN AZ ELŐRE? és KINEK MIT KELL TENNI?„ TÉMAKÖRBE.



NE MÁSTÓL VÁRJUK a hogyan továbbat, mert ha azt más szakma fogalmazza meg, az akkor „olyan lesz”, amit az a másik szeretne!

/Sövényi Ferencné, 2016/

Elismerjük vagy nem, az orvoslás és az ápolás területén napjaink legnagyobb kihívása a „paradigmaváltás”, azaz a régi, biztonságot jelentő megszokottság elvesztése. A paradigmaváltás folyamatában lévő medicina és az ápolás gyakorlatában, a kompetenciák szakszerű rendezése teremthet rendet. Napjaink igen aktuális kérdése MSc végzettségű ápolók rendszerbe illesztése, vagy a „triage” kérdése.

El kell fogadni azt, hogy az orvoslás és az ápolás kiegészítik egymást, mindkettőnek vannak sajátosságai, tehát van közöttük különbség. Van azonban közöttük azonosság, átfedés, azonos ismeret, azonos tevékenység. Aki ezt nem fogadja el, az a valóságot tagadja és ennek következménye az értelmetlen vita és konfliktus. A keretek szabályozása a konszenzusteremtés alapvető eszköze.

Ezt a dokumentumot egy konszenzus konferenciának kellene követnie, ahol az előzőekben említett konszenzus dokumentum elfogadásra kerülhetne.

SÖVÉNYI Ferencné
Nyugalmazott országos vezető ápoló

I.

**A FEJLESZTÉSI JAVASLATOK RÖVID
ÖSSZEFOGLALÁSA**

I.1. OKTATÁSI RENDSZERT ÉRINTŐ JAVASLATOK

Miközben jelenleg az egészségügyi szakképzés területén kb. 5000 fő végez alapképzésben (mely létszámban nem szerepelnek a szakgimnáziumi tanulók) és mindössze megközelítőleg **1900 fő** végez évente gyakorló ápolóként és **1300 fő** ápolóként, **250 fő** BSc ápolóként, addig a **jelen ápolási stratégiában megfogalmazottak megvalósítása esetén minimálisan**

1. **7000 fő** (mindössze a jelenleg egészségügyi alapképzésben végző 5000 fővel és 2000 nappali BSc egészségügyi elsőséves hallgatóval számolva, ezen tanulók/ hallgatók képzési programjában integrálva a segédápolói képzés óraszámát, és nem számolva a rövid idejű képzéssel elérhető további potenciális célcsoportokkal) **képzett segédápoló** (nemzetközi minta alapján 16 éves kortól, 450 órás, érettségi nélküli képzés, szemben a jelenlegi 4 éves, 18 éves korhoz és érettségihez kötött 1912 órás általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés hatáskörével).
 - a. közülük **4000 fő** általános ápolási és egészségügyi asszisztens (18 év, érettségi, a korábbi érettségi utáni további egy év gyakorló ápolói hatáskörével),
 - b. közülük **3000 fő** középfokú ápoló (érettségi után 2 év, felsőoktatási szakképzés (FOKSz), a jelenlegi helyzettel ellentétben teljesítve az EU direktívát),
2. **1000-1500 fő** BSc ápoló (más egészségügyi BSc végzettségű kollégák 2 éves képzése, támogató ösztöndíj rendszer, megfelelő hatáskör és bérezés esetén)
3. és **250 fő** MSc ápoló végezhet évente hazánkban.

Segítve ezzel többek közt az **ápolói humánerőforrás krízis megoldását** (az ápolóhiányról részletesen a II.1. részben írunk), a **leszakadó térségek munkahely teremtését, az alsóbb szinten beiskoláztak fokozatos felzárkóztatását, és a betegellátás minőségének jelentős javítását.**

Rövid távú célkitűzés (2019–2022)

- I.1.1. A középfokú ápolóképzés fejlesztése.
 - a. A középfokú ápolóképzés átalakítása a jelenleg be nem tartott EU direktíva szerint.
 - b. A középfokú ápolóképzés különböző szintjein a tényleges **hatáskörhöz igazított óraszám, képzési idő és tananyag csökkentés: versenyképesebb, lényegesen rövidebb idő alatt történő, szakmailag megalapozott szakemberképzés – cél: a képzett segédápoló vehesse át az általános ápolási és egészségügyi asszisztens feladatkörét** (azaz 3,5 évvel rövidebb képzési idő alatt és 16 éves kortól, érettségi nélkül), **az általános ápolási és egészségügyi asszisztens pedig a gyakorló ápoló feladatkörét** (azaz 1 évvel rövidebb képzéssel, már érettségivel).
 - c. A szakgimnázium közismereti óraszámának emelése, az általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés átalakítása, a korábbi érettségi utáni további egy év gyakorló ápolói hatáskörével.
 - d. A **képzett segédápoló képzés bevezetése** (nemzetközi minta alapján 16 éves kortól, 450 órás, érettségi nélküli képzés, a jelenlegi 4 éves, 18 éves korhoz és érettségihez kötött 1912 órás általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés hatáskörével). A képzést az egészségügyi **karokon** és a **közoktatási intézményeken felül végezhető a skill fejlesztésben érintett egészségügyi intézmények, valamint az országos intézetek.**
 - e. Az **ápoló képzés 2 éves felsőoktatási szakképzéssé (FOKSz) alakításával a felsőoktatási intézmények koordinációjának megvalósítása.** A gyakorló ápoló és ápoló képzést ki kell venni az OKJ-ból, és a felsőoktatás részeként – abba beszámítható módon –, pl.: felsőoktatási szakképzésként, duális képzésként szükséges megszervezni. A hazai középfokú ápoló képzés **EU direktíva be nem tartásából származó jogi, a szakgimnáziumi rendszer rossz struktúrájából adódó szakmai hibák** korrekciójával az egyetemek koordinációjával végzett, és így a **felsőoktatásba beszámítható, megfelelő színvonalú, tömegképzésre alkalmas középfokú ápolóképzés kialakítása.** Az oktatás történjen részben az

Egészségtudományi Karok mellett megalapításra kerülő egészségügyi középfokú oktatási intézményekben és a megyénként kellő számban működtetett, és a felsőoktatási intézmények által fenntartott középfokú oktatási intézményekben.

- f. **A FOKSz ápolói képzésből előzetes ismeretek, végzettség, munkatapasztalat beszámítása a BSc ápoló képzésbe, a képzési idő érdemi rövidítése (2,5 év alatt BSc ápolói oklevél)** mellett, amennyiben a FOKSz ápolói képzés meghatározott tantárgyait legalább közepes eredménnyel teljesítette a tanuló.
- g. **Pályaalkalmassági rendszer bevezetése.** Ne kerüljön az ágazatba olyan egészségügyi dolgozó, aki lelkileg/testileg nem alkalmas az adott feladat ellátására.
- I.1.2. **Az egészség tudományi BSc hallgatók számára az első tanévben képzett segédápolói, míg a BSc ápoló hallgatók számára a 4. szemesztert követően általános ápolási és egészségügyi asszisztens végzettség adása.** Ezzel évente akár 2000 részmunkaidős, alapápolási és egyes szakápolási feladatok ellátására képes szakember **kezdheti meg** felsőfokú tanulmányai mellett **munkáját az egészségügyi ellátórendszerben.** Mindez az ápolóhiány okozta krízis enyhítése mellett az érintett hallgatók szakmai fejlődését, pályaorientációját és anyagi helyzetének javítását is jelentősen segítheti.
- I.1.3. Egyes más **egészségtudományi BSc** szakembereknek **1,5-2 év alatt BSc ápolói** végzettség megszerzésének lehetővé tétele.
- I.1.4. **A BSc ápoló és más egészség tudományi közép- és felsőfokú hiányszakmák ösztöndíjas támogatása a munkaerőpiaci igényeknek megfelelően.**
- I.1.5. **A szociális gondozó és ápoló képzés esetében a végzettség megnevezéséből törölni szükséges az ápoló szót,** amelyet ezen végzettségi szinten és feladatkör esetében az egészségügyi ágazat ápolási képzései sem tartalmaznak, **helyette az asszisztens szó használatos.**
- I.1.6. **A gyakorlati finanszírozás visszaállítása az egészség tudományi felsőoktatásban az orvosképzés ezen problémájának 2018. évi megoldásával megegyező módon.** 2004-ben sajnálatos módon eltörlésre került az egészség tudományi képzésekhez tartozó gyakorlati normatíva, ami az egyes felsőoktatási intézményeknél akár 500 millió Ft-os finanszírozás csökkenést is eredményezhetett, rontva az oktatás minőségét.

I.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZERT ÉRINTŐ JAVASLATOK

Rövid távú célkitűzés (2019–2022)

- I.2.1. Képzési szintenként meghatározott, **különös tekintettel a magasabb végzettségű, BSc/MSc ápolók többlettudását** is elismerő, azt a kliensek érdekében kiaknázó **ápolói hatásköri lista bevezetése.**
- I.2.2. Az ápolási irányelvek és **ápolási protokollok kidolgozása** az evidenciákon alapuló jó gyakorlatok nemzetközi eredményeire alapozva.
- I.2.3. **A továbbképzési rendszer megújítása, térítésmentes licence rendszer** bevezethetőségének vizsgálata:
 - a. Fontos a **kötelező továbbképzések körét végzettségi szintenként és specializációkként** úgy kialakítani, hogy **hatáskör bővítő licence képzéseket is** abszolválhassanak a szakdolgozók.
 - b. Fontos a **képzési programok átalakítása** is annak érdekében, hogy **indokolatlan** területeken **ne kerüljön sor** kötelező továbbképzés vagy **licence** képzések **bevezetésére**, és aktuális képzések esetében mind a középfokú, mind a felsőfokú (BSc és MSc) **képzésekbe integrálva kapják meg a hallgatók** az ott elsajátítható, hatáskör bővítő ismereteket.
 - c. **Meg kell határozni azon licencek körét és témáját,** amelyeket **középfokú,** vagy **kizárólag felsőfokú végzettséggel** lehet elvégezni.

- d. **Az OKJ ápolói licencek a szakmai ismeretek természetes felejtéséből és fejlődéséből eredő hiányosságok kiküszöbölésére, valamint a jelenleg is széles körben végzett, azonban képzési és szabályozási oldalról nem kellően megalapozott (vagy hosszútávon minőségügyi és szakmai szempontból sem tartható „megbízási rendszer” alapján végzett) tevékenységek legitimálására** (pl.: intravénás injekció beadása, infúzió bekötése, sztóma ellátás, sebellátás, férfi beteg katéterezés) **vonatkozzanak.**
- e. **Az orvosi kompetenciakörből átkerülő tevékenységek** (ide nem értve az alapvetően eddig is ápolók által végzett invazív beavatkozásokat, pl.: katéterezés, rövid kanül szúrás, intravénás injekciózás, artéria kanülálás stb.) **kizárólag BSc és/vagy MSc ápolói végzettséghez** legyenek köthetők.
- I.2.4. 60/2003. (X.20) ESzCsM rendelet módosítása, rendszeres felülvizsgálata az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai **minimumfeltételekkel** kapcsolatos problémák. Alapelve, hogy a minimumfeltételek vonatkozásában meg kell határozni a hosszú távon (2030-ig) az adott területen elérni kívánt szakdolgozói létszámot, hogy annak eléréséhez megfelelő képzési és motivációs rendszert lehessen kidolgozni. Ugyanakkor a betegellátás minőségének fejlesztése érdekében hosszú távon teljesíteni szükséges, és ezért rögzítésre kerülő paraméterek teljesítése rövid és közép távon nem lehet reális elvárás, így nem okozhatnak nehézségeket az intézmények működésében. Ennek keretében indokolt:
- a. az **ápolói létszám és végzettség** vonatkozásában meghatározott **minimumfeltételek megfelelő módszertan és nemzetközi jó gyakorlat alapján történő módosítása, a létszámszükséglet** vonatkozásában **rövid, közép és hosszú távon elérni szükséges** eredmények rögzítésével.
- b. **hiányzó** szakdolgozói végzettségek **nevesítése** (pl.: MSc szakápoló, intézeti szakoktató, gyakorlatvezető, epidemiológiai szakápoló, közegészségügyi-járványügyi felügyelő), egyéb szakmák (gyógytornász, dietetikus, stb.) létszámának, elvárt feladatának felülvizsgálata.
- c. az eddigiekben ágyszámra meghatározott összes ápolói létszámról **át kell térni az ápoló/beteg arány** megadására, mert az összes ágyszámra megadott összes ápolói létszám **nem tükrözi az egy műszakban egy ápolóra jutó betegszámot**, miközben nemzetközi tanulmányok sora igazolja, hogy ez nagyon **fontos indikátor: 1 ápoló korlátozott számú beteget tud biztonságosan ellátni**, pl.: sebészeti területen 5 betegért tud felelni, **ezen felül minden egyes beteg 7%-kal növeli a mortalitás kockázatát**. Az egy ápolóra jutó beteglétszám csökkentésével jelentősen csökken többek között a betegek körében a halálozás, szövődmények előfordulása, ellátás költsége. A létszám meghatározását a **produktív ápolási idő** figyelembe vételével kell megtenni.
- I.2.5. Az **alapellátás megerősítése és a népegészségügyi célok elérése** érdekében a jelenlegi ápoló állomány kompetenciafejlesztése és jobb megbecsülése mellett, a **BSc és MSc ápolók szerepének megerősítése az alapellátásban (pl.: szűrővizsgálatok kivitelezése, krónikus betegek széles hatáskörű gondozása)**, mert ezen célok elérése **nemzetközi viszonylatban sem volt lehetséges** és hazánkban sem képzelhető el a BSc és MSc ápolók szerepének megerősítése nélkül. A svájci-magyar kooperációban finanszírozott praxisközösségi modellprogram nem helyezett megfelelő hangsúlyt az ápolók szerepére, így a jelentős számban kiszűrt kóros esetek (pl. magasvérnyomás, prediabetes, diabetes betegek) csak elenyésző arányban jelentek meg az ellátórendszer fókuszában (átlagosan 10% körül). Ennek oka az volt, hogy a szűrések a praxisok napi munkájától függetlenül valósultak meg térben és időben is. A megerősített szűrési kapacitás nem a háziorvosi praxisokhoz kapcsolva jelent meg, és hiányzott a kiszűrt eseteket ellátásba irányító, a gondozás kritikus lépéseit önállóan kezdeményezni képes, képzett ápoló. A **praxisközösségek** eredményes működéséhez szükséges a meglévő OKJ ápolók kompetencia fejlesztése mellett, **BSc és az MSc ápolók, mint többlétszolgáltató szakemberek helyének kialakítása** a jelenleg induló praxisközösségi teamekben. Irányításuk alatt a kis és közepes kockázatú egyének gondozása (háziorvosi felügyelet mellett) gördülékennyé tehető, ezáltal a nem megfelelő gondozással

összefüggő szövegmények kialakulása megelőzhető, a magyarországi egészségügyi ellátás minőségmutatók (ld. Core Health Indicators) látványosan javíthatók lennének. Ennek érdekében **szükséges a szakmai pozíció megerősítése a hatáskörök meghatározása, a többletcompetenciák kialakítása az alapellátó szolgálatok számára minta eljárásrendek, protokollok kidolgozása által.** Továbbá szükséges lehetőséget biztosítani a BSc ápolók és az MSc ápolók számára a **koordinatív szerepkörben** (praxis/népegészségügyi/care coordinator) való tevékenységre, a betegút szervezési, a praxisközösségi menedzsment és ügyeleti feladatok ellátására a megfelelő licencek birtokában. **Nem utolsó sorban pedig anyagilag is motiválttá kell tenni a házi orvosokat a magasan kvalifikált, BSc és MSc közösségi ápolók alkalmazására,** akik képesek lesznek a specializált tudás és a licencek birtokában, a skandináv és a fejlett európai közösségi ápolási modellekhez hasonlóan, magas szintű minőségi ellátást nyújtani az egyéni egészségtervezés, a prevenció, az életmód tanácsadás, a szűrés, az ellátás, a krónikus gondozás és a szakápolás terén. Ezáltal **érdemben fogják javítani a magyar lakosság jelenlegi rossz egészségi állapotát.** Az alapellátás önálló egységeként működő **otthoni szakápolási szolgálatok** esetében is szükség van a meglévő ápolói állomány kompetenciafejlesztése mellett **BSc és MSc ápolók** még nagyobb számban történő **foglalkoztatására.** Ezáltal az **eddig tevékenységi körök biztonsággal megtarthatóak,** illetve a kórházi ápolás lerövidítését és kiváltását elősegítő **újabb feladatok felvállalására is lehetőség nyílik.** Az otthoni szakápolás területén **szükséges az anyagi motiváció a magasan képzett ápolók alkalmazására.**

- I.2.6. A **krónikus ágyak szociális ágazat** számára történő átadásának kérdése. Javasoljuk a krónikus ágyak megtartását, mert ezen a területen az alábbi főbb kockázatokat látjuk: az előírt képesítések különbözősége; az ápolás és a gondozás eltérő tartalma; az ellátás eltérő szakmai tartalma; aktív ágyra várakozás idejének növekedése.

Közép távú célkitűzés (2022–2026)

- I.2.7. **Megfelelő munkakörülmények** (pl.: modern ápolási eszközök, környezet, munkaruha/ védőruha) biztosítása (a tervezési folyamatba az ápolási szakmát megfelelően bevonva) a páciensek biztonsága és a dolgozók fizikai, kémiai, biológiai biztonsága érdekében.

Hosszú távú célkitűzés (2026–2030)

- I.2.8. Az **ápolói létszám és végzettség** vonatkozásában a **minimumfeltételek megfelelő módszertan és nemzetközi jó gyakorlat alapján történő módosítása során rögzítésre kerülő létszámszükséglet biztosítása.**

I.3. EGÉSZSÉGPOLITIKAI ÉS FINANSZÍROZÁSI KÉRDÉSEK

Azonnali intézkedés

- I.3.1. A kiterjesztett hatáskörű **MSc ápoló képzés megerősítése, fejlesztése, a hatáskör bővítéshez kapcsolódó jogszabályi keretek** kialakítása. Itt azonnali beavatkozás szükséges, tekintettel arra, hogy 2019 tavaszán végez az első MSc évfolyam, és sem a Michalicza-ösztöndíj folyósításának feltételeként szabott **MSc ápolói munkakörök nem állnak rendelkezésre** – így az MSc ápolók nem tudnak eleget tenni szerződésben rájuk rótt munkába állási kötelezettségüknek –, sem a **munkakörhöz tartozó és a rendeletből következő hatáskörök nincsenek jogilag megfelelő módon szabályozva.** Ugyanakkor elmondható, hogy a képzés **vonzóbbá teszi az ápolói pályát,** csökkenti a migrációt, pályaelhagyást. Értékelve a **betegbiztonságot, az eredményeket és a betegelégedettséget,** a mutatók

szerint az **MSc ápoló** az **orvossal** legalább **egyenértékű, költséghatékonyabb ellátást biztosít meghatározott területeken** azonos egészségügyi feltételek között. **Az MSc ápoló orvosi szupervízió mellett, irányelvekben/protokollokban meghatározott esetekben és módon végezessen magas szintű betegellátást.**

Rövid távú célkitűzés (2019–2022)

- I.3.2. Az I.2.1. pontban megfogalmazottak szerint **a magasabb végzettségű, BSc/MSc ápolók többlettudását** is elismerő, azt a kliensek érdekében kiaknázó **ápolói hatásköri lista** bevezetése mellett ahhoz illeszkedő **javadalmazási rendszer és életpálya modell bevezetése is szükséges.**

Közép távú célkitűzés (2022–2026)

- I.3.3. Indokolt az **ápolástudományi műhelyek erősítése**, a **Nemzeti Ápolástudományi Módszertani Központ kialakítására** vonatkozó eddigi erőfeszítések támogatása, amely egyedülálló módon betegellátási, kutatási, modellezési, termékfejlesztési, irányelv fejlesztési és oktatási törekvéseket is képes lehet elősegíteni. Ebből adódóan jelentős mértékben hozzájárulhat a hazai tudásbázisok K+F kapacitásának erősítéséhez és nemzetközileg is magas színvonalú kutatási eredmények létrejöttéhez. Mindez erősítheti az Egészségügyi Világszervezet (WHO) és az Ápolók Nemzetközi Tanácsa (ICN) által képviselt fejlesztési irányok, területek hazai megjelenését és fejlődését.
- I.3.4. **Az ápolástudomány megfelelő (következetes és hozzáértő) alkalmazása.** (Elő kell segíteni az eHealth szolgáltatások és alkalmazások fejlesztését, az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér és a megfelelő minőségű elektronikus ápolási dokumentáció használatát, modern technológia szülte okos eszközök alkalmazását, téves ápolási diagnózisokra alapozott ápolási tervek összeállításának megszüntetését, a nem megfelelően kivitelezett ápolási beavatkozások előfordulását, korszerű evidence-based irányelvekben megfogalmazott ismeretek hiányainak csökkentését, az okos eszközök és integrált rendszerek alkalmazását és kihasználtságát.)
- I.3.5. A betegápolás szempontjából **nem megfelelő egészségügyi ellátási struktúrából** eredő problémák kezelésének keretében a kiterjesztett hatáskörű MSc ápolói irányítás alatt álló **Transitional Care (TC – átmeneti ellátás) hazai bevezetése a rehospitalizáció csökkentése**, és ezáltal az **aktív ellátás tehermentesítése**, valamint az **egészségügyi ellátás költségeinek mérséklése érdekében.**
- I.3.6. Az alapellátás önálló egységeként működő **otthoni szakápolási szolgálatok** elkülönített NEAK finanszírozással **szolgáltatást nyújtanak** a háziorvosi praxisoknak. Bár a területi ellátási kötelezettség ma is szerződésben rögzített követelmény a vizitkeret terhéig, az **ellátásban való hozzáférésben egyenlőtlenség mutatható ki**, aminek oka az elégtelen finanszírozásban és a szakemberhiányban keresendő. Az otthoni szakápolási szolgáltatások kihasználtsága országszerte folyamatosan 100%-os, az előregedő társadalom, krónikus betegségteher növekedés mellett a várakozási idő és ezáltal a hozzáférés tovább romlik. A folyamatos és **biztonságos szolgáltatás nyújtásához**, és a területi ellátási kötelezettség megvalósulásához **szükséges az otthoni szakápolási szolgálatok szakmai és finanszírozási megerősítése.** Ápolási Osztályok és Ápolási Intézetek számának emelése.
- I.3.7. Kiemelten javasoljuk, hogy a szakdolgozói (különösen az ápolási) területen is kerüljenek **finanszírozási kódok** kialakításra, illetve a meglévő, mintául szolgáló területeken (gyógytorna-fizioterápia, dietoterápia) – az orvosi gyakorlathoz hasonlóan – rendszeres kódfejlesztésre/kódkarbantartásra/felülvizsgálatra kerüljön sor.

Hosszú távú célkitűzés (2026–2030)

- I.3.8. Az I.2.4. pontban is összefoglaltak miatt szükséges **az ápolók létszámának növelése és azon belül a BSc ápolók arányának emelése**. Többek között a kórházi **halálozás 30%-os mértékű csökkentése** és a **nosocomiális fertőzések**, valamint a **szövődmények mérséklése** érdekében az **ápoló/beteg arányt ellátási területenként a nemzetközi ajánlásokhoz kell igazítani**, míg a közvetlen betegágy mellett tevékenykedő **BSc ápolók létszámát/arányát szükséges megduplázni 2030-ig**.

I.4. AZ ÁLLAMIGAZGATÁS ÁTALAKÍTÁSÁRA VONATKOZÓ JAVASLATOK**Rövid távú célkitűzés (2019–2022)**

- I.4.1. Üdvözöljük a **szakképzés ágazati irányítás** alá helyezését, fejlesztési javaslataink fontos elemét képezte ezen ügy képviselője.
- I.4.2. Az ápolás szakmai képviselője érdekében, az **Ápolási Főosztály** megerősítése.
- I.4.3. Az **országos vezető ápolói** munkakör kialakítása a hozzá tartozó **hatáskörrel és infrastruktúrával**.
- I.4.4. Ágazati szintű **koordinatív, ellenőrzési** feladatokat ellátó **minisztériumi háttérintézmény** létrehozása (pl.: szakképzés indítás, szakmai vizsga szervezés képző/vizsgaszervezői engedély kiadás).
- I.4.5. Az alap és **működési nyilvántartás adatbázisával, nemzetközi adatszolgáltatásokkal** kapcsolatos **problémák**. Az **alap és működési nyilvántartás adatbázisa és számainak lekérdezésekor sajnálatos módon több ezer fővel térhet el a kapott adat a valós szakdolgozói létszámtól**. Emellett mind a hazai (pl.: alap és működési nyilvántartás, OSAP), mind a nemzetközi (pl.: HFA-DB, OECD) adatszolgáltatások kapcsán **az „ápoló” fogalmának meghatározása jelentős eltéréseket mutat**, amely a statisztikai adatokat különböző mértékben torzítja. Egyes adatbázisokban a szülésznőket, sőt még az asszisztenseket is az ápolók csoportjába sorolják. Az egységes terminológia hiánya az adatok validitását megkérdőjelezi, és így csak trendelemzésre alkalmasak. Problémát jelent az is, hogy szakirányú szakképzettséget nem lehet nyilvántartásba vetetni az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 3§ q) alapján, tekintettel arra, hogy a szakirányú továbbképzésben szerzett szakirányú szakképzettség fogalma nem szerepelt és nem szerepel az Eütv. 3§ q) szerint az eü, szakképesítésekről szóló felsorolásban. Az érintettek ezért az újonnan megszerzett szakirányú szakképzettségüket nem tudják regisztráltatni a működési nyilvántartásban és ennek folyományaként, amennyiben az új szakképzettségük szerinti munkakörben foglalkoztatják őket, úgy az alapvégzettségüket sem újíthatják meg (tehát lehetnek rejtett, vagy lejártak minősített szakképzettségek is).

II.

A FEJLESZTÉSI JAVASLATOK RÖVID INDOKLÁSA

II.1. AZ ALACSONY ÁPOLÓI LÉTSZÁMBÓL, ELŐREGEDŐ ÁPOLÓI KORFÁBÓL, A MEGFELELŐ UTÁNPÓTLÁS HIÁNYÁBÓL ADÓDÓ PROBLÉMÁK

A magyarországi ápolók létszáma alacsony, az ápolói kar előregedő képet mutat és az utánpótlás, valamint a növekvő igényekhez szükséges többletlétszám nem biztosítható. **Magyarországon a 100000 lakosra vetített ápolók száma** egyaránt alacsony az Európai Unió átlagához (annak 75,7%-a 2014-ben) és a WHO Európai Régió (beleértve pl.: Oroszországot, Üzbegisztánt stb.) átlagához (annak 88,7%, 2014-ben) képest is. A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) elemzése szerint 2014-ben már **26 ezer ápolóval kevesebb dolgozott** a magyar egészségügyben a szükségesnél. Hazánkban az alapnyilvántartásba 2016-ban **újonnan felvett** ápolók száma 2015-höz viszonyítva 757 fővel (a 2015-ös 1681 főről 924 főre), azaz **45%-os mértékben csökkent** (ami hosszú időre visszatekintve a legalacsonyabb érték). A helyzetet tovább súlyosbítja, hogy bár a középfokú képzéssel együtt a végzett ápolók száma 2009 és 2014 között folyamatosan emelkedett – majd 2016-ig 10%-kal újra csökkent –, azonban a **működési nyilvántartásban** a Magyarországon végzett és **ápolóként újonnan regisztráltak létszáma évről-évre növekvő mértékben marad el a végzettek számától**, az utóbbi 3 évben már **csupán a végzettek 50-60%-a** jelent meg a működési nyilvántartásban.

Jellegzetes probléma, hogy hazánk nem rendelkezik megfelelő kimutatásokkal az ápolók vonatkozásában sem létszámuk, sem korfájuk tekintetében nem ismertek a pontos adatok és az azokon nyugvó elemzések, fejlesztési javaslatok. Korfa tekintetében iránymutató lehet, hogy a magyar **egészségügyi szakdolgozók (akiknek többségét az ápolók teszik ki)** életkori megoszlása alapján megállapítható, hogy a 35-49 éves korosztályban dolgozik a teljes állomány 49%-a, míg az 50-69 éves korcsoportban a 32%-a. Az egészségügyi szakdolgozói és azon belül az ápolói hivatás képviselőinek **előregedésére, fogyására** figyelmeztet a **34 éves kor alatti egészségügyi szakdolgozók 19%-os aránya**.

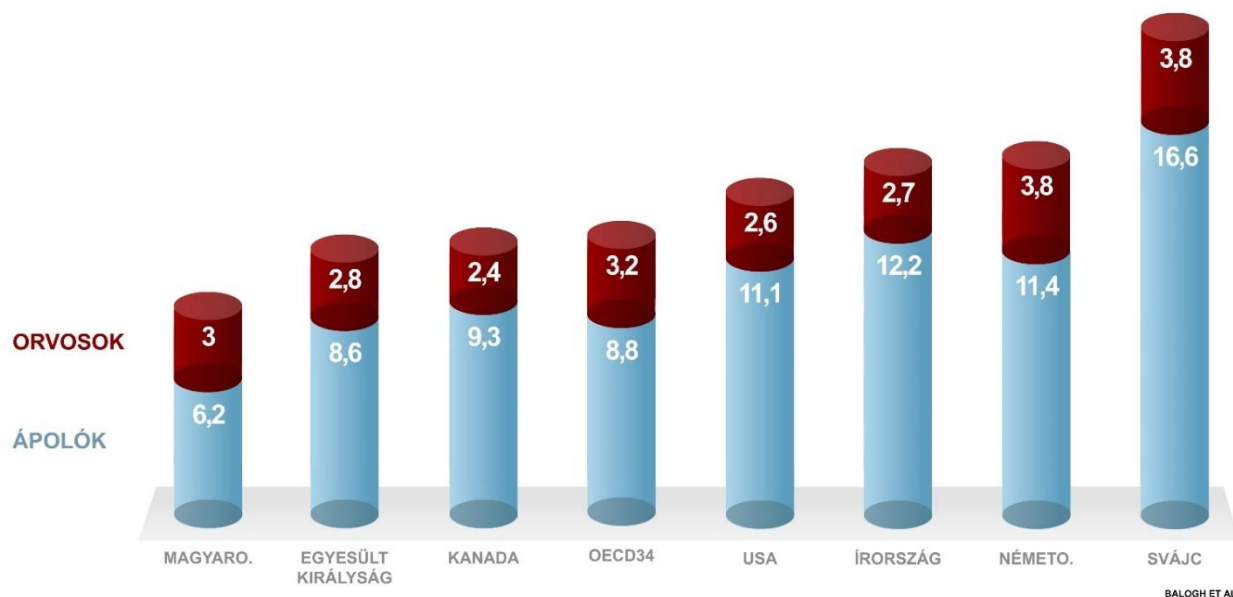
II.1.1. Az alap és működési nyilvántartás adatbázisával, nemzetközi adatszolgáltatásokkal kapcsolatos problémák

Az adatok validitása megkérdőjelezhető, és csupán trend elemzést tesznek lehetővé, hiszen az **alap és működési nyilvántartás adatbázisa és számainak lekérdezésekor sajnálatos módon több ezer fővel térhet el a kapott adat a valós szakdolgozói/ápolói létszámtól**. Gyakori hibajelenségnek számít az egyes szakdolgozók **többszörös megjelenítése, vagy akár a név hiánya, illetve az olyan adathalmazok, amelyeknél több oszlopban a „nem ismert” szövegrész szerepel**. Ugyanakkor előfordul, **hogy ez a szövegrész szerepel mind a lakcím, az oklevél kiállítója, illetve az irányítószámánál és településnél egyszerre**. Ezen adathalmazok **ebben a formában lehetetlenné teszik a duplikációk kiszűrését**. Emellett mind a hazai (pl.: alap és működési nyilvántartás, OSAP), mind a nemzetközi (pl.: HFA-DB, OECD) adatszolgáltatások kapcsán **az „ápoló” fogalmának meghatározása jelentős eltéréseket mutat**, amelyek a statisztikai adatokat különböző mértékben torzítják. Egyes adatbázisokban a szülésznőket, sőt még az asszisztenseket is az ápolók csoportjába sorolják. Az egységes terminológia hiánya az adatok validitását megkérdőjelezi, és így csak trend elemzésre alkalmasak.

II.1.2. A hazai ápolói létszám az OECD átlag tükrében

A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) forrásból készített 1. ábra jól mutatja, hogy az **1000 lakosra jutó orvosok számában kicsi az eltérés** (az átlag országonként 2-4 fő orvos/1000 lakos) mutatkozik. **Magyarország az OECD átlag közelében van**. Ugyanakkor **az ápolói létszám tekintetében messze elmaradunk az OECD átlagtól**. Azon gazdaságilag fejlett országokban, ahol az **egészségügyi ellátó rendszer is fejlett**, az emberi erőforrás kérdésében egyértelműen **az ápolói létszámok emelésével járultak hozzá a szolgáltatások színvonalának emeléséhez**. Ez jelenti, jelentheti a **kitörési pontot!**

ORVOSOK ÉS ÁPOLÓK SZÁMA 1000 LAKOSRA VETÍTVE



1. ábra: Orvosok és ápolók arányának összehasonlítása országonként, 1000 lakosra vetítve

Az OECD Magyarország gazdasági teljesítményét értékelő 2019. januári jelentése is egyértelműsíti, hogy **Magyarországon az öregedő társadalom** nem csak a **nyugdíjrendszert**, de az **egészségügyi ellátást** is jelentős **kihívások** elé fogja állítani. A jelentés az előregedés miatti egészségügyi ellátói struktúraváltás elkerülhetlensége mellett érvel, ebben **az akut ellátást jóval kevesebb, területileg és szakmailag is koncentráltabb kórházban képzeli el**. Hangsúlyozza, hogy **az ellátás nagyon kiegyensúlyozatlan hozzáférhetőségét az alapellátás és járóbeteg szakellátás felé kell kitolni**, erősítve az alapellátás definitív, preventív ellátási funkcióját. Az anyag az egészségügytől függetlenül **jelzi a munkaerő-ellátással kapcsolatos negatív trendeket**, ami természetesen az egészségügyben is **válság tüneteket mutat**, most már nem csak az orvosok, de az **ápolók körében** is. A jelentés, nem utolsó sorban, továbbra is **alacsony bérekről** számol be, akár német-osztrák, akár cseh-szlovák-lengyel összehasonlításban vizsgáljuk a kérdést.

Mindezek a makrogazdasági és társadalmi folyamatok felvetik annak a **szükségességét**, hogy az egészségpolitika szintjén **készüljön olyan nemzeti stratégia, amely az ápolási szolgáltatások és képzés megújításán keresztül a jelzett problémákra rövid és középtávú**

válaszokat tud adni. Ebben figyelembe kellene venni, hogy az akut ellátás felől az alapellátás felé tolt hangsúlyokban jusson **kiemelt szerephez a kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló**, akinek a **kompetenciája lehetővé teszi a hátrányos vagy betöltetlen háziiorvosi körzetekben az egészségügyhöz való alapszintű hozzáférést**. Szerepük várhatóan szükségszerűen nőni fog a kedvezményezett státuszú (korábban: hátrányos helyzetű) településeken tapasztalható, egyre nehezebben kezelhető házi orvos és védőnő hiány eredményeként. Szükséges lenne az **ápolói létszámviszonyokat (hiány) rendezni** ahhoz, hogy a megfelelő számú és végzettségi szintű ápoló rendelkezésre álljon egy öregedő típusú társadalom problémáinak hatékony kezeléséhez, akár a **házi szakápolási és telemedicina** rendszerek további kiterjesztésén, akár egy, az USA-ban már bevált, asszisztált **életviteli közösségi szolgáltatás, vagy „tranzit”, átmeneti ápolási osztályok bevezetésével**, amelyek az akut ellátás válláról veszik le a terhet. A jelentés szemléletesen mutatja be, hogy az OECD átlaghoz képest **Magyarországon kétszer akkora az elkerülhető kórházi felvételek száma** pl. asztma és COPD miatt, amelyek egyébként megfelelő ápolói gondozás mellett az OECD átlagára szoríthatók vissza. Nem szabad szem elől téveszteni, hogy ahogy a **magyar társadalom egésze öregszik, ez alól a jövő**

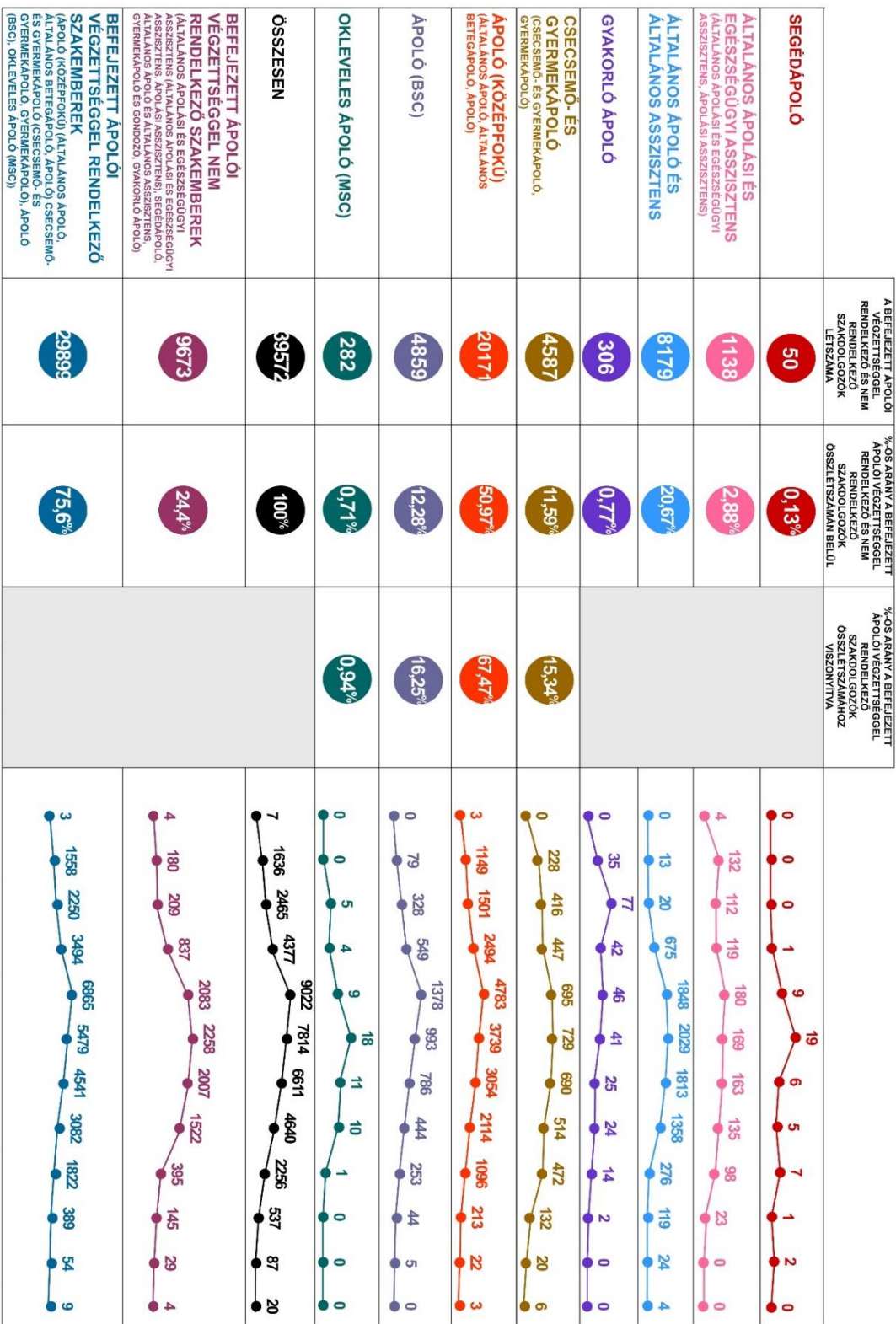
ápolói sem lesznek kivételek, ezért különleges hangsúlyt kell fektetni a **munkakörülmények javítására** (hogy egyáltalán vonzóvá válhasson az ápolói pálya, de legalábbis a jelenlegi létszámot meg tudja tartani) és a robotika, mesterséges intelligencia minél szélesebb körű felhasználására (beteg emelő robotok, távoli monitorozó rendszerek stb.). Nem utolsó sorban pedig, utalva a jelentés **munkabér** megállapításaira, amennyiben az ápolók munkabére jelentősen az osztrák-német munkaerőpiaci **átlag alatt marad**, az **elvándorlás lehetősége miatt az ápolóhiányban észlelt szakadék**, minden erőfeszítésünk ellenére, csak növekedni fog.

II.1.3. A különböző ápolói végzettséggel rendelkező szakdolgozók működési nyilvántartás szerinti adatai, azok megoszlása korcsoportonként és megyénként

Munkacsoportunk hiánypótló módon megkísérelte a működési nyilvántartás fentiekben taglalt problémáit – a saját szerény eszközeivel –

kiküszöbölni és a valósághoz leginkább közelítő adatokhoz jutni. Vizsgálatunk során azt tapasztaltuk, hogy a **működési nyilvántartásban 39572 főt találtunk az ápolás különböző szintjeihez tartozó végzettséggel, közülük pedig 29899 fő rendelkezik ápolói (Ápoló/Csecsemő- és gyermekápoló [középfok], Ápoló [BSc], Okleveles ápoló [MSc]) végzettséggel** (2. ábra). Jelen adatot is fenntartásokkal fogadhatjuk és ismételten szeretnénk felhívni a figyelmet az adatokkal kapcsolatos problémára. Emellett fontosnak tartjuk, hogy a működési nyilvántartás problémáinak kiküszöbölésével ezen általunk kimutatott adat is pontosításra kerüljön.

Fontosnak tartjuk a 60/2003. (X.20.) ESzCsM rendeletben (továbbiakban: **Minimumrendelet**) az **ápolói létszám és végzettség vonatkozásában meghatározott minimumfeltételek megfelelő módszertan és nemzetközi jó gyakorlat alapján, a létszámszükségletet rövid, közép és hosszú távon, a fejlesztendő igényeket megjelenítő átalakítását.**



2015. ÉVI MŰKÖDÉSI NYILVANTARTÁSI, MELYBEN AZ AZONOS NYILVANTARTÁSI SZÁMMAL RENDELKEZŐ, AZONOS MEGNEVEZÉSŰ VÉGZETTSÉGGEL FELTŰNETETT ADATOK ÖSSZEVENNÁSA, MEG AZ EGYÉRTLEMEN BEAZONOSÍTHATÁTLAN, INFORMÁCIÓHIÁNYOS REKORDOK KIZÁRÁSA KÉRÜLTER.

OLAH ET AL.

2. ábra: A különböző ápolói végzettséggel rendelkező szakdolgozók száma és életkori megoszlása

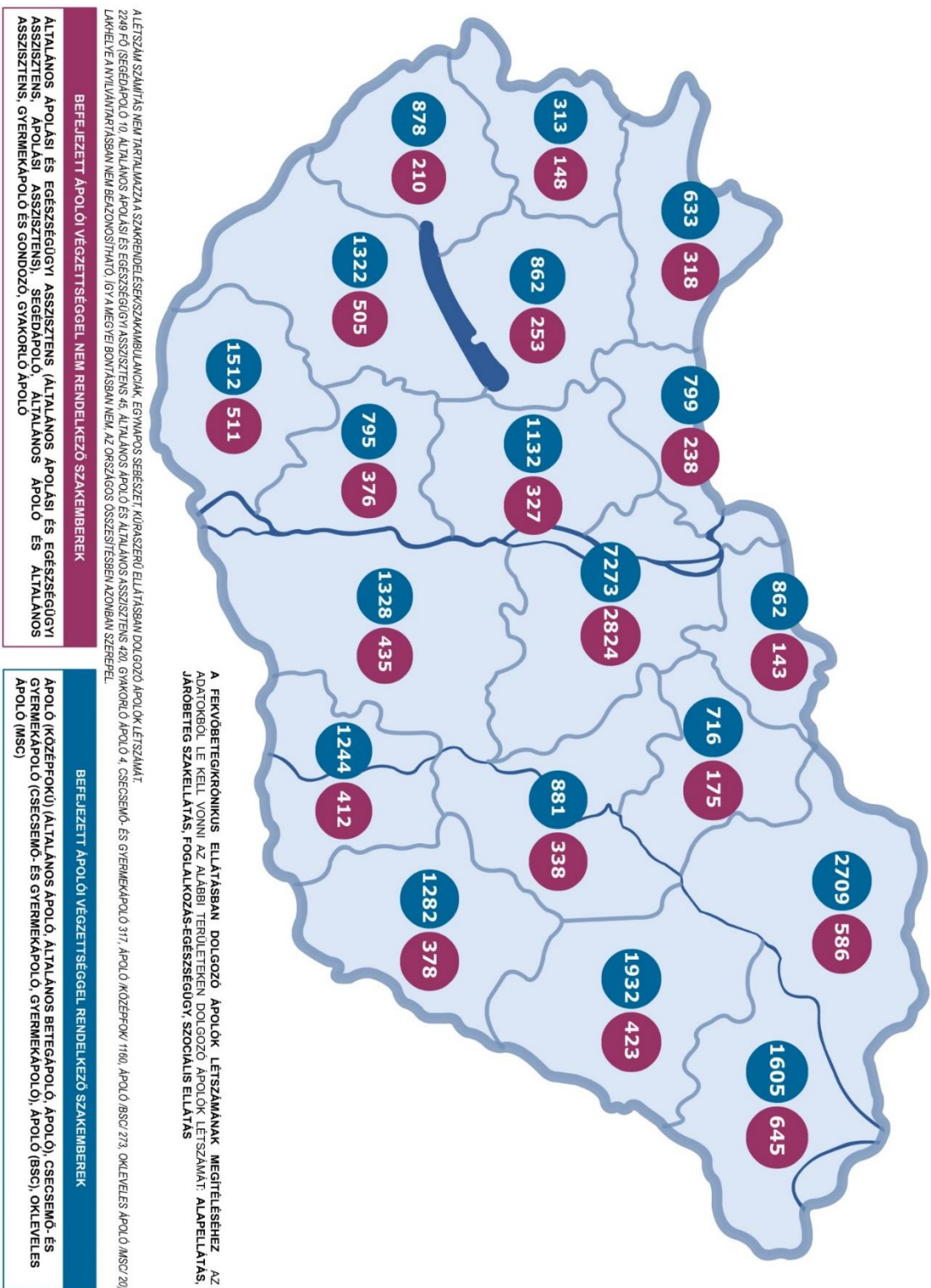
A folyamat során **feldolgoztuk a működési nyilvántartásban szereplő adatokat intézményenként, majd megyei szinten a befejezett ápolói végzettséggel rendelkező szakemberek és befejezett ápolói végzettséggel nem rendelkező szakemberek vonatkozásában** (3., 4., 5., 6. ábrák).

Amennyiben azt szeretnénk megítélni, hogy hány ápoló dolgozik a **fekvőbeteg és krónikus ellátás területén**, úgy ebből a létszámból le kell vonni, a szintén a működési nyilvántartásban szereplő, azonban az alapellátásban, a járóbeteg szakellátásban/foglalkozás-egészségügyi területen/ szociális ellátásban tevékenykedő ápolók számát.

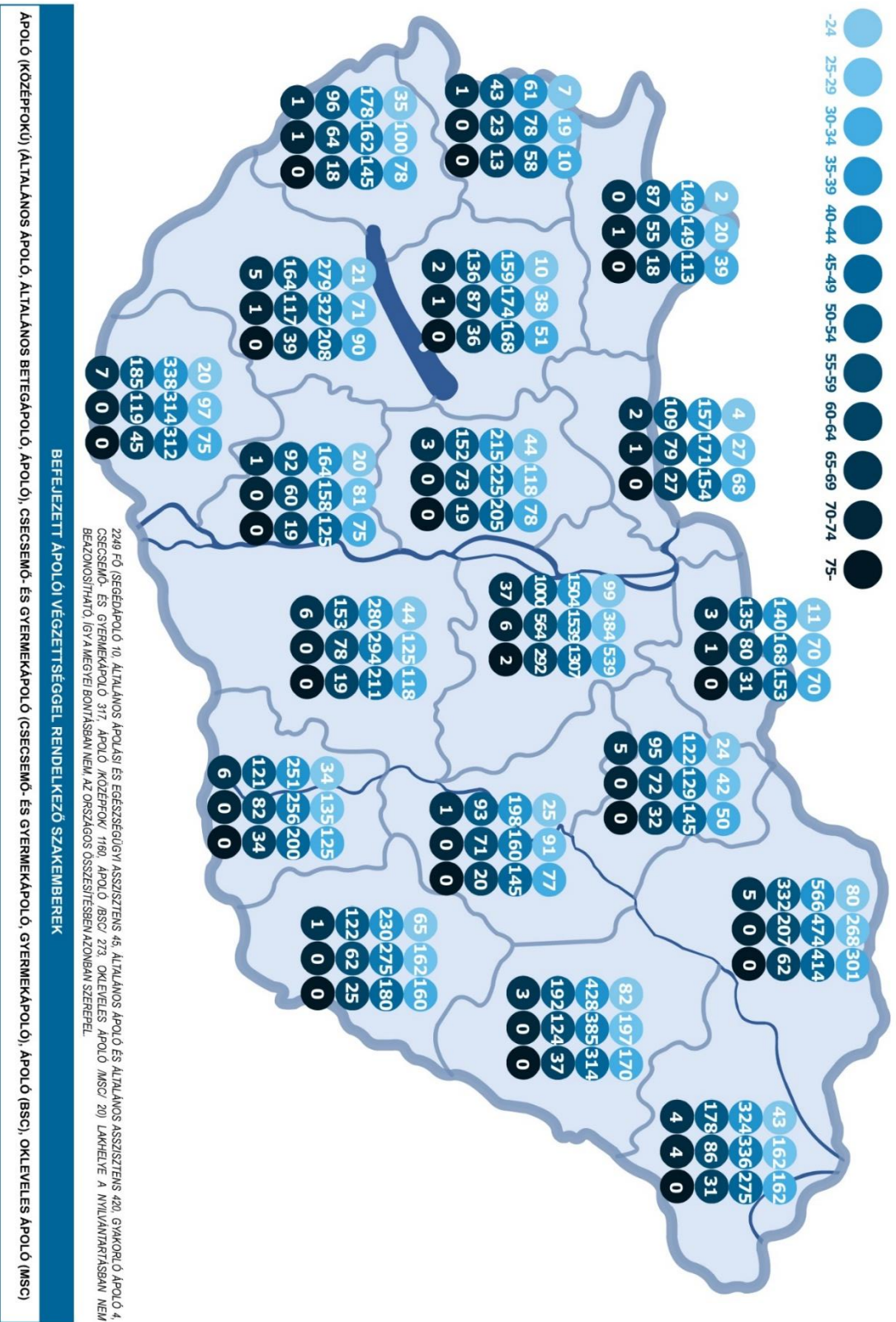
A 2015. évi működési nyilvántartásban **29899 fő befejezett ápolói végzettséggel rendelkező ápoló, valamint 9673 befejezett ápolói végzettséggel nem rendelkező dolgozó található.**

Emellett a megyei bontás **adatait torzíthatja**, hogy nem feltétlenül abban a megyében dolgozik jelenleg egy ápoló, amely irányítószám a működési nyilvántartásában szerepel, illetve fontos tudni, hogy a következő évben **a működési nyilvántartás 5 éves periódusának lejáratára miatt sok olyan kolléga is kikerül a rendszerből, aki már elhagyta a pályát, nyugdíjba vonult, stb., és nem hosszabbítja működési nyilvántartását. Jelen tanulmány szerzői ezen adatokat csak kiindulási adatokként kívánták közölni annak érdekében, hogy a figyelmet a problémára irányítva kérjék a széleskörű összefogást a megfelelő módszertan és adatszolgáltatás alapján az intézményenkénti, megyénkénti szükséges ápolói létszám (minimumrendelet alapján) és tényleges ápolói létszám kimutatásához.** Tudomásunk szerint a Magyar Ápolási Igazgatók Egyesülete, valamint a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara is rendelkezik olyan kutatási eredményekkel a témában, amelyek eredményei a jelen tanulmány eredményeivel együtt segíthetik a pontos helyzetkép kialakítását. Csak a fentiek képezhetik alapját egy reális helyzetképen alapuló, rövid-, közép- és hosszú távú képzési (ösztöndíj) és foglalkoztatási rendszer kialakításának. **Márpedig sürgős, átgondolt, azonnali és rövid távú célokat kijelölő (és megoldásokat adó) koncepcióra van szükség**

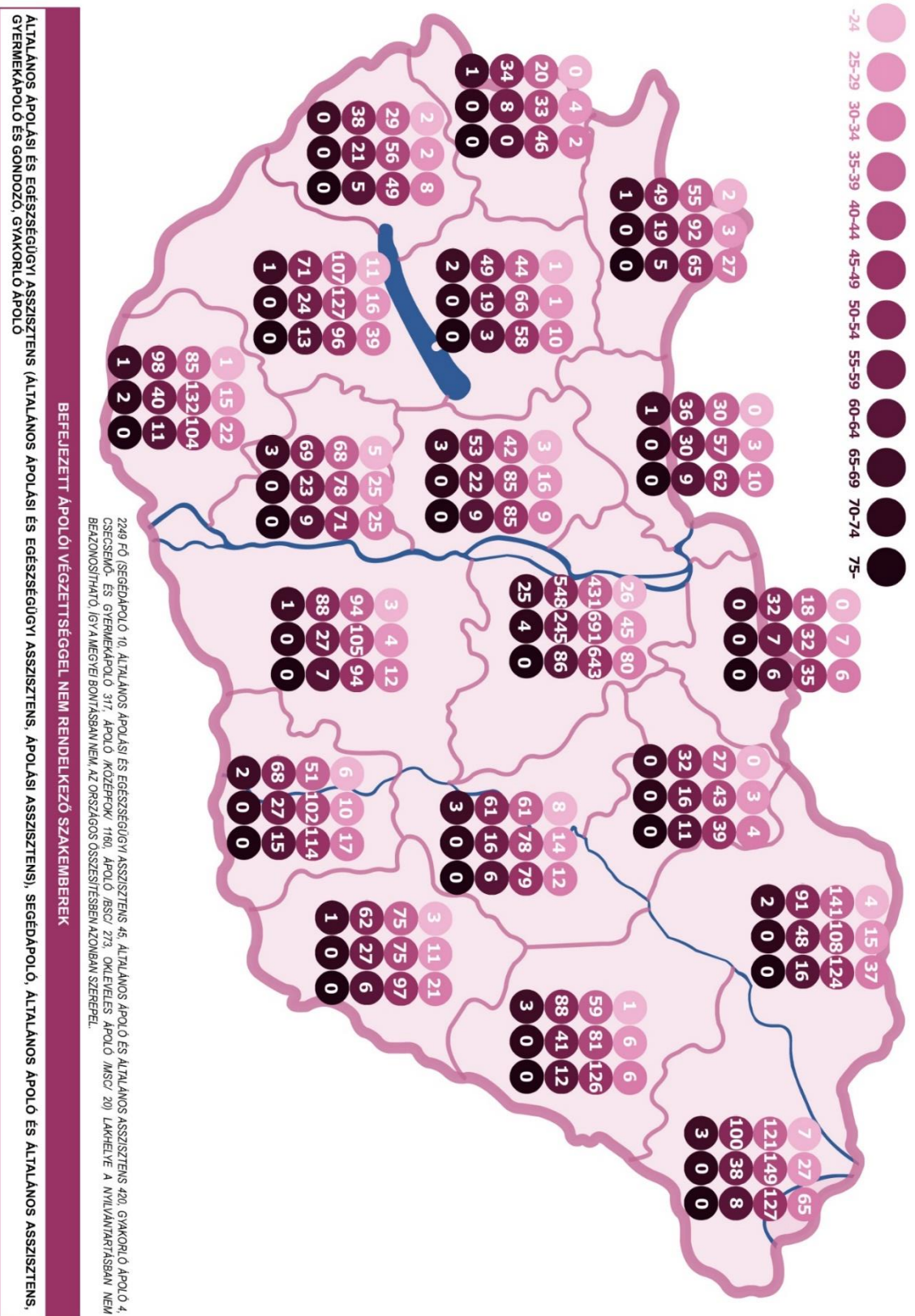
és mindezekkel párhuzamosan nem maradhat el a közép és hosszú távú célok megvalósítására alkalmas koncepció kidolgozása sem. A pontos helyzetkép kialakítását nem csupán a működési nyilvántartás anomáliáinak megoldása segítheti elő. Ugyanakkor a megfelelő adatok ma is rendelkezésre állnak és **kiemelten indokolt a HENYIR (Humánerőforrás Nyilvántartó Rendszer) adatbázis adatainak elemzése és publikálása is.** Ezen rendszerben az egészségügyi intézményeknek adatokat kell szolgáltatniuk többek között az egészségügyi dolgozókról, vagyis aki „...az általa ellátott egészségügyi tevékenység végzésére jogosító szakképesítéssel rendelkezik, vagy aki nem rendelkezik a szakképesítéssel, de közreműködik a szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozók által ellátandó feladatokban”. **Rögzíteniük kell a dolgozók nevét (EEKH-ban szereplő név), alap- és működési nyilvántartási számát, szakképesítéseit, munkaviszony kezdeti időpontját (esetlegesen a tervezett befejezési időpontját határozott idejű szerződések esetén), a dolgozó által végzett tevékenység FEOR számát, munkakörét, foglalkoztatás jellegét (teljes, vagy rész), munkavégzés formáját, önként vállalt többletmunka tényét és mértékét, valamint a heti munkaidőt és az esetleges tartós távollét tényét, indokát.** ¹ Az adatokat **minden esetben a munkáltatónak kell rögzíteni**, abban az esetben is, ha a dolgozó pl.: egyéni vállalkozó, ilyenkor ezt a jogviszonyt kell rögzíteni. Ugyanakkor, ha pl.: egy „kiközvetített” **dolgozóról van szó, az adatszolgáltatást az őt kiközvetítő foglalkoztatónak kell megtenni.** Amennyiben egy dolgozó több szervezeti egységben is dolgozik, akkor azt mindegyiknél fel kell tüntetni. **Csak azokat a dolgozókat kell feltüntetni, akik tényleges egészségügyi szolgáltatást végeznek** („ágymentési” dolgozók), vagyis pl.: információs pultban dolgozót, vagy csak oktatásban részt vevőt nem. Maximum heti 60 óra lehet a foglalkoztatás, a heti óraszám az ügyeleti és készenléti idő nem számít bele. Ha egy dolgozó több szervezeti egységben is dolgozik, akkor mindegyiknél meg kell adni a heti munkaidőt. Amennyiben egy segédápoló rendelkezik EEKH nyilvántartási számmal, akkor 3311 ápoló, szakápoló FEOR besorolást kell adni neki, ha nem rendelkezik, akkor nem kell felvinni a rendszerbe.



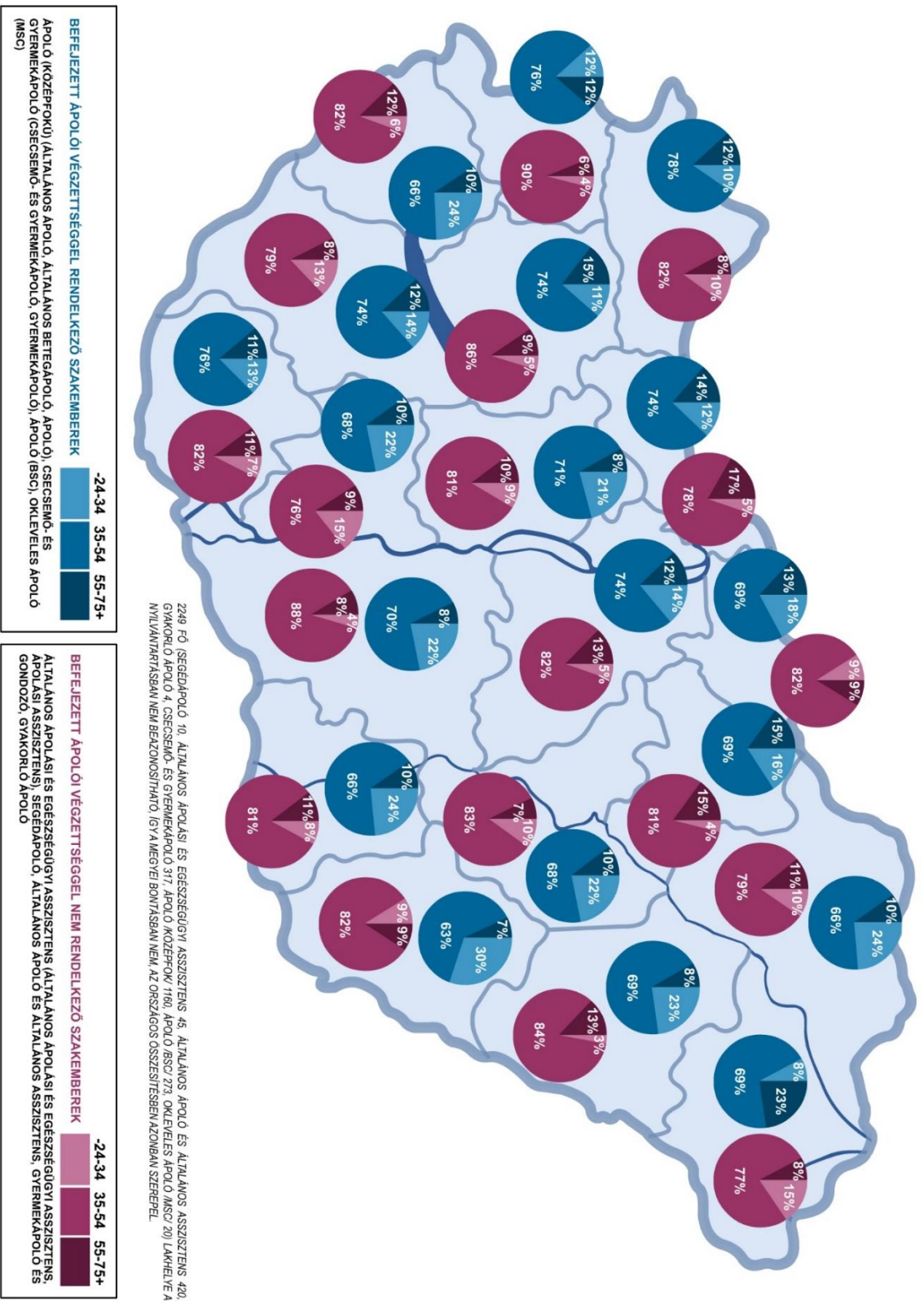
3. ábra: A befejezett ápolói végzettséggel rendelkező és nem rendelkező szakemberek működési nyilvántartás szerinti (a működési nyilvántartásban irányítószám hiányában be nem azonosítható lakhelyű) ápolók számával korrigált) létszáma megyei bontásban.



4. ábra: A befejezett ápolói végzettséggel rendelkező szakemberek működési nyilvántartás szerinti számának (a működési nyilvántartásban irányfőszám hiányában be nem azonosítható lakhelyű ápolók számával korrigált) korcsoportonkénti megoszlása megyei bontásban.



5. ábra: A befejezett ápolói végzettséggel nem rendelkező szakemberek működési nyilvántartás szerinti számának (a működési nyilvántartásban irányítószám hiányában be nem azonosítható lakhelyű ápolók számával) korssportonkénti megoszlása megyei bontásban.



6. ábra: A működési nyilvántartás alapján a befejezett ápolói végzettséggel rendelkező, illetve a befejezett ápolói végzettséggel nem rendelkező szakemberek (a működési nyilvántartásban irányítószám hiányában be nem azonosítható lakhelyű) ápolók számával lakhelyű) korcsoportonkénti százalékos megoszlása megyei bontásban.

II.2. A BSC ÁPOLÓK ALACSONY ARÁNYA ÉS AZ EGY ÁPOLÓRA JUTÓ MAGAS BETEGLÉTSZÁM MIATTI PROBLÉMÁK – AKÁR 60%-KAL ROSSZABB HALÁLOZÁSI MUTATÓ

Nemzetközi tanulmányok igazolják, hogy a BSc ápolók magasabb aránya és az alacsonyabb ápoló/beteg arány jelentősen csökkenti a kliensek intézményi elhalálzásának kockázatát. A BSc ápolói létszám 10%-os növelése 4-7%-kal csökkentette a betegek elhalálzási esélyeit. Azokban az intézményekben, ahol az ápolók 60%-a rendelkezett BSc végzettséggel, és ápolónként átlagosan 6 pácienszt láttak el, ott közel 30%-kal kisebb volt az elhalálzási arány, mint azokban a kórházakban, ahol az ápolók 30%-a rendelkezett csak BSc végzettséggel, és ápolónként átlagosan 8 pácienszt láttak el. Egyéb vizsgálatokban, ahol az ápolók 60%-a rendelkezett BSc végzettséggel, 19%-kal kisebb volt az elhalálzási arány, mint azokban a kórházakban, ahol az ápolók csupán 20%-a rendelkezett BSc végzettséggel, valamint a BSc végzettségű ápolók 10%-os emelése 9/1000 beteggel csökkentette a halálzási mutatókat. Sebészeti osztályon 1000 betegfelvételre 6 beteg/ápoló arány és 30%-os BSc ápolói arány esetén a felvételt követő 30 napos mortalitási ráta 19,5 fő, míg a komplikációk miatti elhalálzás 84,4 fő volt. 4 beteg/ápoló arány és 60%-os BSc ápoló arány esetén a felvételt követő 30 napos mortalitási ráta 15,6 fő, míg a komplikációk miatti elhalálzás 68,2 fő volt. 8 beteg/ápoló arány és 20%-os BSc ápoló aránya esetén a felvételt követő 30 napos mortalitási ráta 25,1 fő, míg a komplikációk miatti elhalálzás 105,9 fő volt. Megfelelő létszámú és képzettségű ápoló képes csökkenteni a nosocomialis fertőzések – pl.: 70%-kal csökkent a véráram, 29%-kal a húgyúti fertőzések, 4,2%-kal a pneumónia, 74%-kal a sebfertőzés – előfordulását. (Az ápoló személyzet és az egészségügyi ellátás általi fertőzések összefüggéseivel – a téma jelentőségére tekintettel – a II.6. pontban külön is foglalkozunk.)^{2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;14;15}

Az RN ápolók, illetve a BSc ápolók arányának növelése több országban is hangsúlyos kérdése az ápolás menedzsmentnek, így pl.: Izraelben, 2007-es publikáció alapján 73%-ról 80%-ra kívánják emelni számukat.¹⁶ Az Institute of Medicine ajánlása alapján a BSc végzettséggel rendelkező ápolók arányát 2020-ra 80%-ra javasolt emelni az USA-ban.¹⁷

Nyitottnak kell lennünk a sikeres nemzetközi fejlesztések hazai integrálására. Ismerve a hazai lakosság egészségi állapotát, a demográfiai trendeket és az egészségügy mutatóit, megállapítható, hogy Magyarország felelős Kormányának egyrészt további lépéseket kell tennie az orvosi létszám növelése érdekében, és az e tekintetben látható eredményeink mellett a középfokú ápolóképzés és ápolói bérrendezés érdekében tett eddigi erőfeszítéseinken túlmenően határozott lépéseket kell tennünk a diplomás ápolók hazai szerepvállalásának fejlesztése ügyében is. Az alapellátás megerősítése és a népegészségügyi célok elérése nemzetközi viszonylatban sem volt lehetséges és hazánkban sem képzelhető el a meglévő állomány célzott kompetenciafejlesztése, valamint a BSc és MSc ápolók szerepének megerősítése nélkül. Magyarországon a főiskolai/BSc képzés 1989-ben történt elindítása óta 9273 főt regisztráltak diplomás ápolóként (főiskolai/BSc), valamint az egyetemi/MSc képzés 2000-ben történt elindítását követően 674 fő szerzett okleveles ápoló szakképzettséget. Az első Orbán-kormány idején, 2000-ben történhetett meg az egyetemi szintű ápolóképzés hazai bevezetése, majd 2017-ben a harmadik Orbán-kormány tette lehetővé a kiterjesztett hatáskörű MSc ápolóképzés hazai elindítását is. Ugyanakkor sajnálatos tény, hogy a diplomás ápolók közül mindössze 5415 fő (58,3%), az egyetemi/MSc ápolók közül pedig 446 fő (66,1%) szerepel a hazai működési nyilvántartásban, azaz dolgozik jelenleg a magyar egészségügyben. További probléma, hogy a BSc-MSc ápolóképzésben résztvevők létszáma folyamatosan csökken, míg a diplomás ápolói végzettséget szerettek száma 2001-ben 823 fő volt, addig ez a szám a legutóbbi tanévekben már alig érte el a 334 főt, azaz közel 60%-kal csökkent az évente oklevelet szerző diplomás ápolók száma. A diplomás ápolói

létszám csökkenéséhez hozzájárult az is, hogy az elmúlt évtizedekben megnövekedett az egészségügyi képzések száma, ami a főiskolai/BSc ápolók elmaradt kompetenciakör bővítése mellett úgy befolyásolta negatívan a főiskolai/BSc ápoló képzésben oklevelet szerzők számát, hogy közben más egészségügyi felsőfokú képzésekben megjelent a diplomás munkanélküliség. Ezt a folyamatot erősítette, hogy míg az ápolás területén a középfokú ápolóhoz képest nem sikerült érdemi szakmai hatáskör bővítést biztosítani a diplomás ápolóknak, addig ezzel szemben más egészségügyi felsőfokú végzettségekhez már az eddigiekben – az új képzési és kimeneti követelmények 2017. évi megjelenése előtt – is a középfokú végzettségű szakdolgozók feladatkeretét jelentősen meghaladó, megfelelő jogszabályi háttérrel alátámasztott, érdemi hatáskörök tartoztak (pl.: mentőtisztek, szülésznők, védőnők), így vonzóbbá váltak az egészségügyi felsőfokú képzések iránt érdeklődő pályaválasztók számára. További problémát jelent, hogy az elmúlt közel 30 évben nem kerültek kialakításra a főiskolai, illetve egyetemi végzettségre épülő szakápolói képzések (kivéve néhány bizonytalan jogi helyzetű szakirányú továbbképzést, melyek helyzetét fontos mielőbb tisztázni), így a főiskolai, illetve egyetemi végzettségű ápolóknak – egészen a II.3. pontban tárgyalt kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló képzés bevezetéséig – középfokú szakápoló képzések elvégzésére volt csupán lehetőségük a középfokú ápolói végzettségű ápolókkal megegyező módon.

A helyzetet súlyosbítja, hogy az évtized elején még évente kb. 500 fő ápoló igényelt hatósági bizonyítványt a külföldi munkavállaláshoz és körükben meghatározó a fiatal diplomás ápolók aránya, hiszen magasabb szintű az idegen nyelv ismeretük, és felsőfokú végzettségüknek megfelelő szakmai kihívásokra, elismerésre vágynak. Szerencsére ez a szám 2013 óta mérséklődni látszik. Az ápolói hatáskör bővítés ugyanakkor nem új keletű törekvés hazánkban, hiszen már hosszú évek óta bővíthető az ápolói kompetenciakör az orvos írásbeli utasítására (a középfokú és felsőfokú ápolói végzettségeket érdemben nem figyelembe véve), ami a gyakorlatban azt eredményezheti, hogy egyes ápolók egyik

intézményben bizonyos beavatkozásokat már ma is elvégezhetnek, míg más intézményekben nem, illetve ma előfordulhat az is, hogy egyes ápolóknak olyan feladatokat is el kell látniuk, melyre elméleti és gyakorlati képzésük nem készítette fel őket, és melyekhez sem a megfelelő jogszabályi háttér, sem a megfelelő anyagi elismerés sem társul. A pályaelhagyás, a migráción túl és a diplomás ápolói pályaválasztás drasztikus mértékű csökkenésén túlmenően további probléma, hogy az egészségügyben elhelyezkedő diplomás ápolók közül elenyésző azoknak a száma, akik közvetlenül a betegágy mellett dolgoznak, nagy részük menedzsment jellegű, adminisztratív vagy vezetői feladatokat lát el.

Az ápolói létszám csökkenése kapcsán az is egyre nagyobb problémát okoz, hogy a szakdolgozók egyéni vállalkozóként dolgoznak a kórházi osztályokon, akár állandó lakóhelyüktől távol. Ezen jelenség több szempontból is aggályokat vet fel, egyrészt kontrollálhatatlan a dolgozó pihenőideje, ezért előfordulhat, hogy több munkahely esetén nem tart két műszak között elegendő pihenőidőt, ezzel pedig nagymértékben veszélyezteti a betegellátást és a saját egészségét. További probléma, hogy sok esetben nincs a „bérelt” ápolóknak megfelelő helyismerete, az adott területtel kapcsolatos szakmai gyakorlata, ami megint csak a páciensek biztonságát veszélyezteti. Mindez az ápolók esetében ma már nagyon súlyos helyzeteket is eredményezhet, pl.: egy osztály 20 fős létszámkeretéből 15 fő „bérelt” ápoló, vagy az osztályvezető ápolón kívül minden ápoló „bérelt” ápoló. Az egyéni vállalkozóként való munkavégzés és így a pihenőidő be nem tartása a műtősnők és az aneszteziológiai szakasszisztensek esetén is létező probléma.

Ma már az ápolóhiány miatt előfordulhat az a súlyos probléma is, hogy egyes esetekben a műszakban nincs ápoló az adott osztályon, csupán alacsonyabb szinten képzett szakember (pl.: gyakorló ápoló, ápolási asszisztens, stb.), ugyanakkor a Royal College of Nursing (RCN) javaslata, hogy általánosságban az akut ellátást nyújtó osztályokon a regisztrált ápolók (RN) aránya 65%, az ápolást segítők aránya pedig 35% legyen.¹⁸

Megoldási javaslatok

A **BSc/MSc végzettségű ápolók hatáskörének bővítése** jótékonyan hathat a nemzetközi szinten nagy becsben tartott diplomás ápolók hazai presztízsére is. Mindez nemcsak a BSc ápoló képzés iránti keresletet fogja növelni, hanem a középfokú ápolóképzésre jelentkezők számát is, illetve **motiválni fogja a végzett középfokú OKJ-s ápolókat is a BSc-MSc ápolóképzés elvégzésére**. Magyarország Kormánya vállalta, hogy 2020-ra 30,3%-ra növeli a diplomások arányát (a 30-34 évesek körében). Ehhez olyan területeket kell keresnünk, ahol egyrészt **jelenleg sincs túlképzés, másrészt a végzetek ténylegesen a szakmájukban tudnak elhelyezkedni, és a magyar adófizetők pénzéből finanszírozott képzés társadalmi hasznossága is megkérdőjelezhetetlen**. A BSc/MSc ápolók hatáskör bővítése és bérrendezése, az MSc ápolók számára létrehozandó új munkakörök (pl.: az alapellátás területén) alkalmasak arra, hogy a külföldre távozott és hazánkban más területen (pl.: gyógyszeripar) elhelyezkedett BSc ápolók olyan bért és feladatkört kaphassanak, amelyért érdemesnek és lehetségesnek tartják a hazánkba és az egészségügybe történő visszatérést.

A gyakorlati finanszírozást vissza kell állítani az egészségügyi felsőoktatásban az orvosi képzés ezen problémájának 2018. évi megoldásával megegyező módon. 2004-ben sajnálatos módon eltörlésre került az egészségügyi képzésekhez tartozó gyakorlati normatíva, ami az egyes felsőoktatási intézményeknél akár 500 millió Ft-os finanszírozás csökkenést is eredményezhetett, rontva az oktatás minőségét.

Magyarországon az ápolási asszisztensekkel együtt kimutatott ápolói végzettségű egészségügyi szakdolgozók létszáma **39572 fő** és **12,28%-uk** rendelkezik BSc ápoló, míg **0,71%-uk** MSc ápoló végzettséggel. Amennyiben az **ápolói végzettséggel** (Ápoló/Csecsemő- és gyermekápoló [középfok], Ápoló [BSc], Okleveles ápoló [MSc]) rendelkező **29899 fő** tekintetében vizsgáljuk, úgy megállapítható, hogy **16,25%-uk** rendelkezik BSc ápoló és **0,94%-uk** MSc ápoló végzettséggel. Sajnálatos módon közülük kevesen tevékenykednek

közvetlenül a betegség mellett, miközben jelenleg is van több ezer BSc ápoló, aki sem az egészségügyben, sem pedig a szociális ellátás területén nem helyezkedett el. Célul kell kitűzni, hogy megfelelő hatáskör és bérezés biztosítása mellett visszatérjenek választott hivatásukhoz. Az egészségügyi ellátás érdekében célul szeretnénk kitűzni, hogy összhangban országunk „Európa 2020” programban meghatározott vállalásával, középtávon **duplázódjon meg a diplomás ápolók létszáma és aránya** a hazai egészségügyi ellátórendszerben. A BSc ápoló képzés, mint hiányszakma ösztöndíjas támogatása, a megfelelő hatáskör és bérezés egyaránt szükséges a képzés vonzóbbá tétele, a végzetek pályán tartása és az adminisztratív vezető pozíció helyett a közvetlen betegség melletti tevékenység vonzóvá tétele érdekében. **Hosszú távon** pedig társadalmunk érdeke azt kívánja, hogy az **ápolóképzés legalacsonyabb szintje a BSc képzés** legyen, ahogy az az Európai Unió tagállamainak többségében, **28 tagállamból 19** esetében már napjainkban is megvalósul, míg további **2 tagállamban** szintén jogszabályban rögzítették a középfokú ápoló képzés kivezetésének időpontját.

Amennyiben a BSc ápolók számát úgy dupláznánk meg a jelenlegi állapothoz képest, hogy az **össz ápolói létszámot nem emeljük, azaz az OKJ ápolók átképzésével érjük el a növekedést, akkor a valós térteher az OKJ és BSc ápolók fizetése közötti különbség összege**. 4859 OKJ-ből átképzett BSc ápoló bérvizonyait nehéz becsülni, tekintettel arra, hogy a szolgálati idő hosszúsága nem áll rendelkezésre, ezért egy átlagos becsült különbséget alkalmazunk, ami bruttó 88875 Ft-nak felel meg (járulékkal számolva 106205 Ft). Így tehát a 4859 BSc ápoló „csak” **6,2 milliárd Ft többlet bérnövekményt jelent a jelenlegi állapothoz képest** amellet, hogy ezzel a BSc ápolók arányát 32,5%-ra növelnénk a befejezett ápolói végzettségű dolgozók csoportján belül.

A BSc ápolói létszám emelését alapvetően **akadályozhatja a felvételi követelmények esetleges szigorítása**. 2013-tól számottevő változást jelentett a felsőoktatási felvételi eljárás követelményeinek szigorítása (423/2012. (XII. 29.) Korm. rendelet, továbbiakban felvételi kormányrendelet), aminek keretében a felvételi

minimumpontok előre ütemezett emelésére (a többletpontok rendszerének változtatása mellett) került sor az alábbiak szerint: 2013-ban: 240 pont, 2014-ben: 260 pont, 2015-ben: 280 pont, 2016-ban: **300 pont**. A felvételi kormányrendelet értelmében 2016-ra a felvételi minimum ponthatárnak el kellett volna érnie a 300 pontot, azonban erre az intézkedésre mindezidáig nem került sor, és a rendelet jelenleg nem is tartalmazza a 300 pontos minimum ponthatárt. Azt is célszerű figyelembe venni, hogy a felvételi kormányrendelet az elmúlt időszakban 23 alkalommal került megváltoztatásra – pl.: mind a mai napig nem került bevezetésre a korábbiakban 2016-tól alkalmazni kívánt 300 pontos minimum ponthatár – és olyan, a felvételi eljárás szempontjából lényeges elemek, mint a felvételi minimumpontok előre ütemezett folyamatos emelése, és a felvételi minimumpontnál figyelembe vehető többletpontok rendszere 5 alkalommal kerültek módosításra.

Fontos számolnunk azzal is, hogy a **felvételi kormányrendelet 2020. I. 1-től hatályos változatának 23. § (3) bekezdése tartalmaz olyan módosítást**, amelynek értelmében felsőoktatási alapképzésre **középfokú nyelvizsgával, és emeltszintű érettségivel, vagy felsőfokú végzettséget tanúsító oklevéllel nyerhetnek felvételt a jelentkezők**. Természetesen **ez a módosítás alapvetően változtathatja meg a felvehető hallgatók számát és ezáltal a hallgatói létszámokat**, ennek ellenére jelenleg nem rendelkezünk ezen változtatás várható hatásaira vonatkozó elemzéssel, ezért azt el kell készíteni. Emellett célszerű lenne az ügyben **országos stratégiát kidolgozni**, mert ez a változás **beláthatatlan következményekkel járhat az egészségügyi humán erőforrás szempontjából**. A 2018-as felvételi eljárás adatait vizsgálva, az egészség tudományi képzést folytató intézmények esetében a **mindkét bemeneti feltételnek eleget tevő hallgatók aránya általában 40% alatt marad** (ezen belül a levelező munkarendben még rosszabb a helyzet, ahol egyes intézményekben akár a 21%-ot sem éri el a bevezetni kívánt felvételi feltételeket teljesítő hallgatók aránya. **Még súlyosabb helyzet tárul fel, ha az egészségügyi ágazat működése szempontjából kiemelkedő jelentőségű hiányszakmák területét vizsgáljuk** (pl. ápoló, mentőtiszt, szülésznő, védőnő), mert a mindkét

feltételnek eleget tevő jelentkezők aránya szinte minden hiányszakma esetében alatta marad az egészségtudományi karok átlagának, pl. nappali munkarend esetén ápoló és védőnő képzés esetében a feltételeket teljesítő hallgatók aránya 30% alatti, míg a levelező munkarendű képzések esetében az ápoló hallgatók mindössze 11,11%-a teljesíti a szigorodó felvételi követelményeket. **Kimondható, hogy amennyiben érdemi elmozdulás nem várható a felvételi eljárás 2020-tól hatályos szabályaiban, akkor a legtöbb egyetemen megszűnhet többek közt a hiányszakmák közé tartozó ápoló, mentőtiszt, szülésznő, illetve védőnő képzés, mert a szigorodó felvételi követelmények ellensúlyozására nem lesznek elegendőek a kormányzat által indított támogatási programok, ösztöndíjrendszerek sem.**

II.3. A 2016-BAN LÉTREHOZOTT KITERJESZTETT HATÁSKÖRŰ MSC ÁPOLÓ KÉPZÉS MEGSZERVEZÉSÉNEK, A VÉGZETTEK MUNKAERŐPIACI ELHELYEZKEDÉSÉNEK BIZTOSÍTÁSÁVAL ÉS VÉGZETTSÉGÜKNEK MEGFELELŐ FELADATKÖRÖK KIALAKÍTÁSÁVAL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK

Hazánkban is komoly kihívást jelent a **társadalom elöregedése, a lakosság egészségi állapota, az egészségügyi ellátórendszer növekvő költségigénye, a várólisták, valamint az orvoshiány**. Az OECD országok többségében ezen problémák megoldására vezették be a **kiterjesztett hatáskörű ápoló (Advanced Practice Nurse APN MSc ápoló) képzést és munkakört**.

Az International Council of Nurses (ICN) definíciója szerint **ez az MSc ápoló speciális szakértői tudása birtokában komplex döntési képességekkel és bővebb kompetenciakörrel rendelkezik a klinikai gyakorlatban**. A kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló orvosi szupervízióval és protokollban szabályozott módon **számos területen képes akár az orvossal egyenértékű szolgáltatást nyújtani**, minderről néhány irodalmi adat:

A sürgősségi ellátás vonatkozásában 70%-kal több beteg távozott idő előtt, ellátás nélkül a sürgősségi osztályról, amennyiben nem dolgozott az adott műszakban kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló, és **munkavégzésük esetén 48,8%-kal csökkent a várakozási idő, 5%-kal a halálozás.**^{19;20}

Alkalmazásukkal **csökkenthető az egészségügyi ellátás költsége** (pl.: laborvizsgálatoknál akár 24%-kal, tumoros páciensek ellátásánál 22%-kal, krónikus betegségek együttes kezelésénél 83%-kal, az alapellátásban 23%-kal.^{21;22;23;24;25}

A kiterjesztett hatáskörű MSc ápolók alkalmazása 56%-kal **csökkentette az intézményi tartózkodási időt, csökkentette a szövődmények** – pl.: 83%-kal a decubitus – előfordulását, 48%-kal **csökkentette a rehospitalizációt, javította az egészségügyi ellátás minőségét, a betegelégedettséget, csökkentette a műhibaperek számát.**^{5;12;26;27;28;29;30;31}

Jelenlétükkel megerősíthető az alapellátás: az orvosi feladatok 67%-át is képesek ellátni, növelve ezzel is a hozzáférést; növelik a szűrővizsgálatok (pl.: 40%-kal a méhnyakrák és 20%-kal a mammográfiás szűrési részvétel) hatékonyságát; **munkavégzésük hosszabb, betegközpontú konzultációt eredményezett,** így növelte a páciensek bizalmát és a betegelégedettséget; **az általuk gondozott betegeknek jobb az együttműködési hajlandósága és preventív egészségmagatartása,** ezáltal kisebb arányú körökben a megbetegedések előfordulása; **a betegek nagyobb rendszerességgel jelennek meg szűrővizsgálatokon.** Az alapellátás és a krónikus betegek utánkötése során a **betegbiztonság, a betegelégedettség és a kezelési eredmények** vonatkozásában a **kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló egyenértékű, de költséghatékonyabb ellátást biztosít azonos egészségügyi feltételek között,** alkalmazásuk szignifikáns javulást és fejlődést eredményezett a hipertóniában és diabetesben szenvedő páciensek kontrolljánál.^{23;29;32;33;34;35;36;37}

Az alapellátás önálló egységeként működő **otthoni szakápolási szolgálatoknál az MSc ápolók foglalkoztatása, a kórházi ápolás lerövidítését és kiváltását elősegítő újabb feladatok felvállalását teszi lehetővé** (pl.:

kezelési terv összeállítás; egyes gyógyszerek önálló rendelése; egyes gyógyászati segédeszköz felírás; egyes speciális invazív beavatkozások kivitelezése).

A **geriátriai ellátás** keretében alkalmazásuk során **kevesebb volt a vizeletinkontinencia, a decubitus és az agresszív viselkedés, képesek időszerű betegek** vonatkozásában a hosszú ideje felül nem vizsgált gyógyszerelésnél megalapozottan 50%-ban **új terápiás javaslatot tenni** (pl.: hatástalanság, diagnózisváltozás, beadhatatlanság, téves hatóanyag, dózis, alkalmazási idő, esetleg gyógyszerforma miatt).^{38;39}

Regisztrált ápolók, és ezen belül **kiterjesztett hatáskörű MSc ápolók (APN)** alkalmazása a sebészet területén akár úgy is, mint a műtéti folyamatban a sebésznek asszisztáló kompetens szakdolgozó, akár úgy is, mint a posztoperatív gondozásban és a hazabocsátásban felelős szakember, 93%-kal **segített csökkenteni a műtetre kerülésig tartó várakozási időt** azáltal, hogy a sebészeti team rendelkezésre állt, valamint 64%-kal **csökkentette a műtétek elhalasztását, és 79%-kal növelte a páciensek műtetre kerülését,** mert lehetővé tették a sebészek számára a műtéti kapacitás megkésztetését. Ennek megfelelően a szerzők azt javasolták, hogy a megkezdett kísérlet folytatásában kifejezetten a nagy, oktatókórházak részére dolgozzanak ki egy csak APN által menedzselte sebészeti szerepkört.⁴⁰

Nem mutatható ki szignifikáns különbség a komplikációk gyakorisága és a mortalitási ráta között, amikor megfelelő betegcsoporton az altatást kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló (CRNA) vagy aneszteziológus szakorvos végezte, **magas szinten garantálják a páciens biztonságát,** ugyanakkor a kiterjesztett hatáskörű okleveles ápoló (CRNA) által önállóan végrehajtott anesztézia esetén jelentős **költségcsökkentés** érhető el.^{41;42;43;44;45}

A **kiterjesztett hatáskörű MSc ápolók szeretik, amit csinálnak:** 92%-uk ajánlaná ezt a hivatást a pályaválasztóknak, **a szerepkör növeli az ápolói pályát választók számát, és csökkenti a pályaelhagyást és az ápolói migrációt.** Az ápolóképzés szintjének emelésével **kevesebb ápoló választotta a pályaelhagyást.**^{46;47;48;49}

2012-ben a **Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara** az Európai Unió és a Magyar Állam által támogatott TÁMOP projekt keretében elkészítette a „Hatásköri Listák egészségügyi szakdolgozói területen” című kiadványát⁵⁰, amelyben összefoglaltuk a **kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló képzés nemzetközi gyakorlatát és hazai bevezetésének lehetőségét**. A kiadvány elkészítéséhez a MESZK számos szakmai szervezet és orvosszakmai kollégium véleményét is kikérte, az elkészült kiadványt részükre megküldte. Ezen kívül az Egészségügyi Szakmai Kollégium Ápolás Tanács és Tagozat is részletesen foglalkozott a képzés bevezetésével, és 2015-ben, mint megvalósítandó fejlesztést terjesztette elő az államtitkárság felé. **Az előterjesztés részletesen indokolta a kiterjesztett hatáskörű okleveles ápoló ellátási és képzési rendszer hazai meghonosításának előnyeit**. Mindezen okok miatt a Magyar Rektori Konferencia Orvos- és Egészségtudományi Bizottságának irányításával az ország egészségügyi karai **kidolgozták a kiterjesztett hatáskörű ápoló mesterképzés képzési és kimeneti követelményeit**. Az Egészségügyért Felelős Államtitkárság pedig a szakmai előterjesztéseket figyelembe véve, azokkal teljes összhangban döntött az **új képzési program** támogatásáról, így a hatáskörbővítést lehetővé tevő 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendelet megjelenhetett. **A képzés jelenleg négy egyetemen zajlik, és a BSc és MSc ápolók hatásköri listáját az EMMI rendelet ugyan tartalmazza, de rendkívül szükséges a kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló képzéssel járó munkakör és hatáskör bővítéshez kapcsolódó jogszabályi keretek kialakítása, mert 2019 tavaszán végez az első MSc évfolyam, és sem a Michalicza-ösztöndíj folyosításának feltételeként szabott MSc ápolói munkakörök nem állnak rendelkezésre – így az MSc ápolók nem tudnak eleget tenni szerződésben rájuk rótt munkába állási kötelezettségüknek –, sem a munkakörhöz tartozó és a rendeletből következő hatáskörök nincsenek jogilag megfelelő módon szabályozva.**

Megoldási javaslat

Gyakorlatilag azonnali jogszabályi változtatásra van szükség a kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló képzés vonatkozásában, hiszen 2019-ben már munkába fognak állni az első MSc szakápolók.

Fentiekre tekintettel a **kiterjesztett hatáskörű ápolás mesterképzés bevezetésével, az ápolói hatáskörök nemzetközi trendeknek megfelelő modernizálásával** kiemelt célunk, hogy vonzóvá tegyük a betegágy melletti tevékenységet azon közel **5000 diplomás ápoló** jelentős része számára, akik végzettségüket követően **azzal szembesültek, hogy felsőfokú szakképzettségük nem társul a nemzetközi trendeknek megfelelő hatáskörrel, szakmai és anyagi elismeréssel, ezért el sem helyezkedtek az egészségügy területén**. Alternatívát szeretnénk nyújtani továbbá azon **diplomás ápolók** egy része számára is, akik az egészségügy **adminisztratív területeiben találhattak csak eddig felsőfokú végzettségüknek megfelelő kihívásokat**. A nemzetközi eredmények azt mutatják, hogy a jelenleg bevezetésre kerülő kiterjesztett hatáskörű ápolás **MSc képzés és a hozzá tartozó munkakörök** olyan szakmai és anyagi elismerést jelenthetnek diplomás ápolóink számára, amelyek nem csak, hogy **csökkenthetik a pályaelhagyás és a külföldi munkavállalás mértékét**, hanem meggyőződésünk szerint versenyképes alternatívaként segíthetnek a **jelenleg külföldön tevékenykedő ápolók** egy részének **hazacsábításában**.

A hazánkban bevezetett kiterjesztett hatáskörű MSc ápolók főbb hatáskörei a képzési és kimeneti követelmény szerint (mely hatáskörök további jogszabályi keretrendszerének kidolgozása is szükséges): **Orvosi szupervízió mellett, irányelvekben/protokollokban meghatározott esetekben és módon az MSc ápolói specializációknak megfelelően végezhet betegellátást. Hatásköre pl.: meghatározott esetekben komplex fizikális vizsgálat kivitelezése; vizsgálatok elrendelése/eredmények elemzése; diagnózis felállítása; kezelési terv összeállítása; egyes gyógyszerek önálló rendelése; egyes gyógyászati segédeszköz felírás; egyes speciális invazív beavatkozások kivitelezése**. Az alapellátásban képes **orvosi szupervízió mellett akut betegek ellátására, ügyeleti feladatok ellátására, krónikus betegek ellátására, az aneszteziológiai ellátásban alacsony kockázatú betegeknél, tervezett műtétek során, szakorvos által kijelölt esetekben orvosi szupervízió mellett önálló anesztézia végzése** (mely feladat ellátására ma is találhatunk példát középfokú OKJ végzettséggel is) stb.^{51;52}

Az alapellátásban egyre nő a háziorvosok átlag életkora és a tartósan betöltetlen praxisok száma, utóbbiból fakadóan a már mai jelenlévő súlyos ellátási egyenlőtlenségek (ld. napi 20 vs napi 100-as betegforgalom) drasztikusan fokozódnak (pl.: egyes településeken ha heti egyszer van háziorvos, akkor nem lehet érdemi prevenciós munkát végezni, és akut esetekben a betegbiztonság kérdése is felvetődik). A praxisközösségek eredményes működéséhez szükséges a BSc és az MSc ápolók, mint többlétszolgáltató szakemberek helyének kialakítása a jelenleg induló praxisközösségi teamekben, illetve szükséges a szakmai pozíció megerősítése is a hatáskörök meghatározása, a többletcompetenciák kialakítása és a helyi eljárásrendek, protokollok kidolgozása által. Továbbá szükséges lehetőséget biztosítani a BSc ápolók és az MSc ápolók számára a koordinatív szerepkörben (praxis/népegészségügyi/care coordinator) való tevékenységre, a betegút szervezési, a praxisközösségi menedzsment és ügyeleti feladatok ellátására a megfelelő licencek birtokában. Nem utolsó sorban pedig anyagilag is motiválttá kell tenni a háziorvosokat a magasan kvalifikált, BSc és MSc közösségi ápolók alkalmazására, akik képesek lesznek a specializált tudás és a licencek birtokában, a skandináv és a fejlett európai közösségi ápolási modellekhez hasonlóan, magas szintű minőségi ellátást nyújtani az egyéni egészségtervezés, a prevenció, az életmód tanácsadás, a szűrés az ellátás, a krónikus gondozás és a szakápolás terén, és érdemben fogják javítani a magyar lakosság jelenlegi rossz egészségi állapotát. A körzeti ápolás minőségének emelése érdekében fontos, hogy ápolói végzettség nélkül ne lehessen a munkakört betölteni, hiszen a dolgozók jelentős része nem teljesíti a jogszabályban megfogalmazott 2 éves határidőt a szakképesítés megszerzésre vonatkozóan és jelentős részüknek még OKJ ápolói végzettsége sincs.

Az alapellátás tekintetében elmondható, hogy az OKJ ápoló végzettséghez képest nincs érdemi különbség a körzeti közösségi ápolói képzés tartalmában, így ebben a formában utóbbi képzésre nincs szükség. Fontos lenne ugyanakkor az OKJ ápoló képzésben megfelelő óraszámú és tartalmú alapellátási-körzeti ápolói modult beépíteni és a jelenleg az alapellátásban dolgozó OKJ / körzeti közösségi ápolók kompetenciáját a népegészségügyi prioritásoknak megfelelően fejleszteni.

Az alapellátásban foglalkoztatott szakdolgozók bérezésével kapcsolatos javaslatok: az önkormányzati fenntartású háziorvosi szolgálatoknál dolgozó ápolók esetében az őket hátrányosan érintő közalkalmazotti bértábla helyett egységesen az egészségügyi bértábla kerüljön alkalmazásra.

II.4. ÁPOLÁSTUDOMÁNYI FEJLESZTÉSI KÉRDÉSEK

Az Európai Bizottság eHealth Akcióterv 2012–2020 célkitűzései: a 21. század technológiáit alkalmazó innovatív egészségügy kialakítása, az eHealth szolgáltatások és alkalmazások fejlesztése révén hozzájáruljon a tagállamok egészségügyi rendszerei fő kihívásainak leküzdéséhez, a krónikus megbetegedések menedzsmentjének fejlesztéséhez, az egészségügyi rendszerek fenntarthatóbbá és hatékonyabbá tételéhez, a határon átívelő egészségügyi ellátás kockázatainak csökkentéséhez, az eHealth termékek és szolgáltatások jogi és piaci feltételeinek fejlesztéséhez.

Hazánkban létrejött az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT), mely felhőalapú technológiát alkalmazva összekapcsolja az egészségügyi szolgáltatókat. A szolgáltatásorientált és leegyszerűsödő ellátás lehetősége mellett lehetőség nyílik a rendelkezésre álló adatok egységes kezelésére és hatékony elemzésére. Ugyanakkor hazánkban mind a mai napig nem megoldott a megfelelő minőségű elektronikus ápolási dokumentáció ügye.

Jól érzékelhető az az igény, hogy a modern technológia szülte okos eszközök alkalmazásával az ápolás feladatokat támogatni lehessen, annak minősége kontrollálható legyen, ugyanakkor jelentős piaci lehetőség, hogy nemzetközi viszonylatban is kezdeti fázisban vannak ezek a fejlesztések, mindössze néhány egyedi ápolási okos eszköz fejlesztés történt meg, és nincs megfelelő integráns rendszer sem.

Az ápolástudomány megfelelő (következetes és hozzáértő) alkalmazása kulcsfontosságú lehet az egészségügy átalakításának a finanszírozható egészségügyi modell létrehozásának. Az

ésszerűen, gyakorlati alkalmazhatóságot alapelveként kezelő, korszerű technológiákat alkalmazó betegápolás direkt és indirekt költségeit és nyereségét is figyelembe vevő és optimalizáló rendszer alapelveinek, működés módjának kutatása, illetve az ezekre a kutatási elvekre, eredményekre épülő megoldások valóban a **társadalom számára is értékesíthető terméket jelentenek.**

Ugyanakkor hazai és nemzetközi keretek között egyaránt **jogszabályban előírt**, azonban a **gyakorlatban a betegbiztonságot veszélyeztető, jelentős adminisztratív terhet jelentő és az ellátás költségeit növelő hiányosságokkal és anomáliákkal működik az ápolási terv készítés folyamata** (pl.: alaptalanul felállított ápolási diagnózisokra, téves ápolási diagnózisokra alapozott ápolási tervek összeállítása, nem megfelelően kivitelezett ápolási beavatkozások előfordulása, a beteg állapota alapján indokolt ápolási beavatkozások elmaradása). További jelentős probléma, hogy a **betegápolás legnagyobb részben az ápoló szubjektív megítélésén és döntésein alapul**, aminek hátterében a szakápolói feladatok nehéz ellenőrizhetősége, a **korszerű evidence-based irányelvekben megfogalmazott ismeretek hiánya**, a betegápolás során ellátott **tevékenységek nem megfelelő mértékű dokumentálhatósága áll.** Ma sok éves lemaradás, hogy Magyarországon **nem állnak rendelkezésre korszerű evidence-based alapú irányelvek az ápolók által ellátott több száz ápolási tevékenység egyike vonatkozásában sem, hazánkban nem alakultak ki az ehhez szükséges ápolástudományi kutatóműhelyek.**

Jelenleg **nem áll rendelkezésre** okos eszközökkel nyert paramétereket integrált informatikai rendszerben rögzítő olyan rendszer, ami ezen adatok alapján **megakadályozza téves ápolási diagnózisok felállítását vagy szükséges diagnózisok felállításának elmaradását**, és így felesleges beavatkozások elvégzését vagy szükséges feladatok kivitelezésének elmaradását (képes a diagnózisok alapján algoritmusok szerint determinálni azokat a szakápolói beavatkozásokat, amelyeket el kell végezni, és képes jelezni, ha bizonyos kapcsolódó feladatokat el kell végezni, pl.: katéter cseréje, kanül átmosása, stb).

Indokolt az **ápolástudományi műhelyek erősítése, a Nemzeti Ápolástudományi Módszertani Központ kialakítására** vonatkozó eddigi erőfeszítések támogatása mely egyedülálló módon betegellátási, kutatási, modellezési, termékfejlesztési, irányelv fejlesztési és oktatási törekvéseket is képes lehet támogatni. Ebből adódóan jelentős mértékben hozzájárulhat a hazai tudásbázisok K+F kapacitásának erősítéséhez és nemzetközileg is magas színvonalú kutatási eredmények létrejöttéhez.

II.5. 60/2003. (X.20) ESZCSM RENDELET AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK NYÚJTÁSÁHOZ SZÜKSÉGES SZAKMAI MINIMUMFELTÉTELEKKEL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK

Magyarországon a 60/2003. (X.20) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről írja elő, hogy adott betegápolóosztálynal rendelkező osztályon milyen megoszlásban szükséges különböző végzettségű (I., II., III. kategória) direkt ápolókat foglalkoztatni teljes munkaidőben. Ezen számok azonban nem mutatják meg, hogy **egy ápolónak műszakonként mennyi pácienset kell ellátnia**, illetve, hogy ezen páciensek milyen súlyossági csoportba tartoznak. **Nemzetközi viszonylatban** azonban a szükséges ápolói létszám elsősorban ápoló/beteg aránnyal kerül definiálásra, ami meghatározza, hogy **műszakonként egy ápolóra mennyi beteg ellátása jut.** Az arányok kiszámításához szükséges megadni a súlyossági kategóriák szerinti produktív ápolási időt, vagyis azt, hogy 24 óra leforgása alatt, egy páciens ellátására mennyi időt kell fordítani, kizárva például az oktatásra, adminisztrációra fordított időt. Betegek súlyosságának megfelelő ápolói létszámkalkulációval egy dinamikus, az ellátási szükségleteket jobban figyelembe vevő rendszert lehet bevezetni, összhangban a nemzetközi tapasztalatokkal.

Hazánkban az **ápolókra jutó adminisztrációs terhek aránytalanul nagyok**, amit figyelembe kell venni, csakúgy mint a **betegoktatásra**

fordított időt is, hiszen pl.: a hospitalizáció megelőzésének legfontosabb elemei közé tartozik a betegvezetés és az edukáció (pl.: diabeteses, daganatos betegek, stb.). A napi ápolási órák számából kiszámítható a heti/havi/évi ápolási órák száma és a teljes munkaidőben dolgozó ápolók száma. **Az optimális ápoló/beteg arány biztosításával, valamint a közvetlen betegágy mellett tevékenykedő BSc ápolók létszámának növelésével akár 30%-kal csökkenthető a halálozási mutató.** (Ezen humán erőforrás fejlesztéssel részletesen a tanulmány II.2. pontja foglalkozik.)

Számos átfogó vizsgálat készült az ápoló/beteg arány tekintetében. Ezek közül Aiken és kollégái által 2002-ben publikált tanulmány mutatta ki először, hogy **1 ápoló biztonságosan 5 betegért** tud felelni, ezen felül **minden egyes beteg 7%-kal növelte a mortalitás kockázatát** sebészeti beavatkozáson átesett betegek esetében. 2010-ben megvizsgálták a **californiai szabályozás utóhatását** California, New Jersey és Pennsylvania államok teljes kórházi rendszerében, 130 indikátor figyelembevételével, és továbbra is azt találták, hogy az ötödik beteget követően további betegek hozzárendelése az ápoló gondozási tevékenységéhez a beteg elhalálozásának kockázatát 1,13 (California), 1,10 (New Jersey) és 1,06 (Pennsylvania) valószínűséggel növeli meg. Továbbá ha New Jersey és Pennsylvania kórházaiban **az ápoló-beteg arány elérte volna legalább a californiai szabályozás átlagát, akkor 13,9%-kal lett volna kevesebb New Jersey-ben a műtétet követő halálozás** és 10,6%-kal lett volna alacsonyabb Pennsylvaniában.^{3:53}

Nemzetközi szakirodalom alapján **1:1** ápoló:beteg arány javasolt az **USA-ban a műtők, a sürgősségi osztályra érkezett traumatológia beteg esetén, szülészeti osztályokon** (kitolási és lepényi szakaszban); **Angliában intenzív osztályon lélegeztetett beteg esetén; Kanadában anesztéziát követően** (ébredő) eszméletlen beteg esetén, **neonatólogiai intenzív osztályon, a szülőszobákon** (mind a tágulási, kitolási és lepényi szakaszban), **sürgősségi osztályon ápolt intenzív terápiát igénylő beteg esetén.** **2:1** ápoló:beteg arány javasolt **Kanadában** a műtők esetén, valamint **Ausztráliában 2:3** ápoló:beteg arány a

szülőszobán (mind a tágulási, kitolási és lepényi szakaszban). **1:2** ápoló:beteg arány javasolt az **USA-ban anesztéziát követően** (ébredő) (California), az intenzív osztályon, neonatólogiai intenzív osztályon, sürgősségi osztályon ápolt intenzív terápiát igénylő beteg esetén, a szülőszobán (tágulási szakaszban), a koronária örzőben, égési osztályon, akut légúti ellátást igénylő betegek esetén; **Angliában intenzív osztályon; Ausztráliában a neonatólogiai intenzív osztályon, koronária örzőben** nappali műszakokban, magas függőségi szintű egységeknél („high dependency unit”); **Kanadában anesztéziát követően** (ébredő) eszméleténél lévő beteg esetén, intenzív osztályon, dialízis osztályokon. **1:3** ápoló:beteg arány javasolt az **USA-ban az ante/post partum osztályokon**, szülőszobán, gyermekosztályon, sürgősségi osztályon, telemetriás egységeknél, „step down” egységekben (szubintenzív); **Angliában a sürgősségi osztályokon, gyermekosztályon** (2 éves kor alatt); **Ausztráliában a sürgősségi osztályokon**, amellet, hogy délelőtt és éjszaka 1-1, míg délután 2 triage ápolót is kell biztosítani, valamint minden műszakban a műszakvezetőt, a koronária örzőkben az éjszakai műszakban; **Kanadában a sürgősségi osztályokon**, telemetriás egységeknél, „step down” egységekben (szubintenzív). **1:4** ápoló:beteg arány javasolt az **USA-ban a sebészeti/belgyógyászati osztályokon**, az egyéb speciális ellátási egységekben, pszichiátriai osztályon; **Angliában a sebészeti/belgyógyászati osztályokon**, gyermekosztályon (2 éves kor felett nappali műszakban); **Ausztráliában az ante/postpartum osztályokon** (nappali műszakokban), sebészeti/belgyógyászati osztályokon (1. szintű kórházak esetén nappali műszakokban, 2. szintű kórházak esetén délelőtt); **Kanadában az ante/postpartum osztályokon**, gyermekosztályon, sebészeti/belgyógyászati osztályokon. **1:5** ápoló:beteg arány javasolt az **USA-ban a sebészeti/belgyógyászati osztályokon** (éjszaka California állam esetén), rehabilitációs osztályokon, „skilled nursing facility” esetén; **Angliában gyermekosztályon** (2 éves kor felett éjszakai műszakban), ápolási osztályok esetén (de nem több, mint 1:7), ápolási otthonok esetén (délelőtt); **Ausztráliában a sebészeti/belgyógyászati osztályokon** (2. szintű kórház esetén délután, 3. szintű kórház esetén délelőtt); rehabilitációs osztályon (délelőtt és délután). **1:6** ápoló:beteg

arány javasolt az **USA-ban az újszülött osztályokon és a pszichiátriai osztályokon** (California); **Angliában ápolási otthonok** esetén (délután); **Ausztráliában az ante/postpartum osztályokon** (éjszaka), sebészeti/belgyógyászati osztályokon (3. szintű kórház esetén délután). **1:7** ápoló:beteg arány javasolt **Ausztráliában az idősellátás/ápolási osztályok esetén** (délelőtt). **1:8** ápoló:beteg arány javasolt **Angliában a sebészeti/belgyógyászati osztályok esetén az éjszakai műszakban; Ausztráliában az idősellátás/ápolási osztályok esetén (délután), sebészeti/belgyógyászati osztályok esetén (1-2. szintű kórház esetén éjszaka).** **1:10** ápoló:beteg arány javasolt **Angliában ápolási otthonok esetén (éjszaka); Ausztráliában rehabilitációs osztályokon** (éjszaka), valamint **sebészeti/belgyógyászati osztályok esetén (3. szintű kórház esetén éjszaka).** **1:15** ápoló:beteg arány javasolt **Ausztráliában az idősellátás/ápolási osztályok esetén (éjszaka).**
54;55;56;57;58;59;60

Vizsgálatok alapján elmondható, hogy **erős összefüggés mutatható ki az egy páciensre jutó napi ápolási órák száma és olyan „ápolás szenzitív” mutatók kapcsán**, mint az elesések, kórházban szerzett pneumonia, felső-gastrointesztinális vérzések, shock/szívelégtelenség, dekubitusz (sebészeti betegek esetén) és húgyúti infekciók (sebészeti betegeknél). Kane és munkatársainak kutatása rávilágított arra, hogy a **kórházi ápolással összefüggő mortalitás valószínűsége 9-16%-kal csökkenhet minden egyes plusz ápoló alkalmazásával.**^{61;62}

A fentiekkel szorosan összefüggést mutatnak az **ápoló személyzet és az egészségügyi ellátás általi fertőzések összefüggéseivel** foglalkozó – a téma jelentőségére tekintettel külön, a II.6. pontban megfogalmazottak. Az **ápolók túlterheltek érzik magukat.** A leterheltséghez meg kell vizsgálnunk az elmúlt évek szakmai minimum feltételeinek változásait is. **2001-ben, az 1996-os rendelet volt még érvényben, ahol egy 40 ágyas belgyógyászati osztályra 21 ápolót írt elő, a 2003-ban módosított rendelet, ugyanerre a belgyógyászati osztályra már csak 13 ápolót írt elő.** A minimum rendelet valóban csak a **minimumot írja elő**, azonban mindenki előtt ismert, hogy **az intézmények**

kiadásainak csökkentése érdekében nem minden esetben engednek a gazdasági szakemberek ettől felfelé eltérni. Tehát **nagyobb ápolási igényű betegeket, kevesebb ápolóval vagyunk kénytelenek ellátni.** Sajnálatosan a **lakosság egészségi állapota romlik**, előregedő a népesség, multimorbid betegek jelentkeznek magas ápolási igénnyel, és az ellátás iránti elvárások is növekedtek. Ezeket a **társadalmi kihívásokat csökkenő ápolói létszámmal kell teljesítenünk.** A megjelenő **elégedetlenség, kifáradás, alacsony kereset, váltakozó munkarend, mind társadalmi mind szakmai megbecsültség hiány miatt, a meglévő jól képzett munkaerő is elhagyja a pályát.**

II.6. AZ ÁPOLÓ SZEMÉLYZET ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ÁLTALI FERTŐZÉSEK ÖSSZEFÜGGÉSE

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések **a leggyakoribb megelőzhető szövődmények közé tartoznak**, mely a hospitalizált betegeket érinti, és azok biztonságát veszélyezteti. Az **erőfeszítések ellenére az európai egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések terhe magas**, és évente mintegy 37000 halálesetet okoz. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések **évente több millió beteget érintenek** világszerte, csak az Európai Unióban a **becsült egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések száma** évente 4544100, és 16 millió esetben **több nappal megnöveli a kórházi tartózkodást.**

Az egészségügyi ellátással összefüggő **fertőzések előfordulása sok tényezőtől függ.** Az egyik tanulmányban 1996–2012 között publikált szócikkek értékelése során **10 kulcsfontosságú összetevőt azonosítottak.** Ilyen a **kórházi higiénés kontroll, az ágyak kihasználtsága, a személyzet, a munkaterhelés, az ápolók foglalkoztatása; az anyagokhoz és berendezésekhez való hozzáférés, az iránymutatások megfelelő felhasználása.** Ide tartozik a **megfelelő oktatása és képzése is az egészségügyben dolgozóknak.** Ezek mind összefüggésbe hozhatók az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekkel, és **ha javítjuk ezen tényezőket, akkor csökkenthető**

ezen infekciók gyakorisága, és javulhat a megbiztonság.⁶³ Egy felmérés szerint, melyben képzett, gyakorlatban dolgozó ápolók ismereteit vizsgálták, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekre vonatkozóan megállapították, hogy az ápolók többsége (87%) „elegendő” ismeretekkel rendelkezett, míg csak 4%-uk ismerte jól az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kialakulásának megelőző intézkedéseit.⁶⁴

Az egyik **kulcsfontosságú**, és kimutathatóan a fertőzésekkel összefüggésbe hozható tényező a **kórházi személyzet**. Az ápolók és a betegek közötti arány nemcsak a minőség és a munkakörülmények mérésének fontos eszköze, hanem az **ápolás minőségét és a betegek gyógyulását is befolyásoló faktor is**. Empirikus vizsgálatok szerint a **személyzet létszáma – egyebek között – a fertőzések kockázatára, valamint a túl későn felismert komplikációk miatti halálesetekre is kihat**.⁶⁵ Növekvő aggodalomra ad okot, hogy az **ápolói munkaerő változásai és a kórházakban történt szerkezetátalakítások negatív hatással vannak a betegek**re. Számos tanulmány mutatott rá, hogy a **túlszűfolttság, az alulfoglalkoztatottság, vagy a terhelés és az erőforrások közötti egyensúly hiánya, fontos tényező az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések és a mikroorganizmusok kialakulásának meghatározásában**. Fontos, hogy nem csak a személyzet létszáma, hanem a **képzés/végzettség szintje is hatással van az eredményekre**. Az alulfoglalkoztatottság és a fertőzések okozta kapcsolat komplex, a befolyásoló tényezők között szerepelhet az **időhiány** – melynek következtében, a fertőzések megelőzésére szolgáló ajánlások nem teljesülnek –, a **munkanélküliség, a munkahelyi kiégés, munkahelyi hiányzások és a magas létszámcsökkenés**. Több nemzetközi tanulmány kutatta a különböző ápolói modellek hatását az ellátás költségére, a páciensek kedvezőtlen kimeneteleire, valamint a seb- és húgyúti fertőzések kialakulására. Több oktatókórházban végzett vizsgálat alapján elmondható, **hogy minél alacsonyabb az adott egységben a foglalkoztatott szakképzett ápolói személyzet, annál nagyobb a különböző fertőzések kialakulásának száma**. A kanadai Ontario 19 oktatókórházában végzett kutatásban különböző ápoló személyzeti modellek és

szövődmények kialakulása közötti összefüggéseket vizsgálták. A modelleket következőképpen csoportosították: 1) RN/RPN (Registered Nurse/Registered Practical Nurse) ápolók, 2) csak RN, 3) szabályozott és nem-szabályozott személyzet (URW (Unregulated Worker) – nem klinikai alkalmazásban álló egészségügyi ellátást biztosító, 4) RN/RPN/URW kombináció. **Azokon a belgyógyászati, sebészeti és szülészeti osztályokon, ahol kevesebb volt a szakképzett ápolók száma, illetve kevesebb tapasztalattal rendelkeztek az ápolók, ott magasabb arányban alakult ki sebfertőzés**.⁶⁶

A Columbia Egyetem munkatársainak kutatásában Registered Nurse (RN), Licenced Practice Nurse (LPN) és Nurse Assistant (NA) munkaerő és az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kialakulása közti összefüggéseket vizsgáltak **idősek otthonában**. Amennyiben az időseket RN látta el évről évre az infekciók incidenciája 3,8%-kal csökkent, LPN-ek esetében ez a csökkenés a 2%-ot érte el. RN ápolók esetén ez azt jelenti, hogy 1000 lakóra tekintve 38 fertőzéses esettel kevesebb alakult ki.⁶⁷ Belgyógyászati és sebészeti osztályokon dolgozó különböző végzettségű ápolók (RN, LPN, NA) ellátása és a szövődmények kialakulása közti összefüggéseket vizsgálták. Az RN-ek száma összefüggésben van a kórházi tartózkodás hosszának csökkenésével, az RN-ek száma és az általuk végzett ápolási órák száma csökkenti a húgyúti fertőzések és a pneumonia incidenciáját. Sebészeti osztályon dolgozó RN-ek magasabb száma szintén kapcsolatba hozható a húgyúti fertőzések (UTI) csökkent rátájának kialakulásával.⁶⁸ Amennyiben Certified Nurse-ök számát akár 1 fővel növeljük a fertőzések rátája 0,19-cel csökkenthető. **A felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók száma növeli a megbiztonságot, és elősegíti a magas minőségű ellátást**.⁶⁹ Egy ausztráliai kutatás pont az ápolói asszisztensek hatását vizsgálta a szövődményes kimenetekre. Az eredmények szerint ápolói asszisztensek általi ellátás során szignifikáns összefüggés mutatható ki a húgyúti fertőzések kialakulásával. Amennyiben a páciensek 10%-kal több időt töltöttek asszisztensek ellátásában, úgy az UTI kialakulásának esélye 1%-kal, míg a pneumonia esélye 2%-kal emelkedett. Olyan osztályokon, ahol az

asszisztensek voltak nagyobb arányban, a 10%-os extra időtöltés az UTI fejlődésének esélyét 3%-kal, míg a szepszis kialakulásának esélyét 1%-kal emelte.⁷⁰

Egy összefoglaló tanulmányban 35 szakmai publikációt tekintettek át 2006 és 2017 között. Megállapították, hogy a magasabb ápolói létszám 14%-kal csökkentette a kórházi mortalitást kockázatát. Továbbá megállapították, hogy olyan osztályokon, ahol nagyobb volt az ápolók száma a betegség kimenetele is jobb volt.⁷¹ Műtétek utáni egészségügyi ellátással összefüggő fertőzési szövődmények és az RN-ek száma közti összefüggéseket vizsgálva az UTI illetve a tüdőgyulladás és a teljes munkaidőben dolgozó RN-ek száma között szignifikáns összefüggés találtak. Amennyiben az RN-ek általi ellátás idejét akár már 30 perccel megemelnék, 100 műtéti esetre nézve az UTI kialakulása 0,16. Ugyanennyi RN ellátási idő mellett a pneumonia gyakorisága 4,2%-kal kevesebb volt.¹⁵ 124 ezer páciens adatait megvizsgálva hasonló eredmények kerültek publikálásra, miszerint ha az RN-ek általi ellátás idejét betegnaponként 1 órával megemelnék a pneumonia kialakulásának esélye 8,9%-kal csökkenne, az ellátásban résztvevők RN-ek számának 10%-kal történő növelése a szövődmény kialakulásának esélyét 9,5%-kal csökkentené.⁷² Nagy-Britannia 137 kórházának 2009 – 2011 évre vonatkozó adatait elemezték az ápolók/betegszám tekintetében, ahol megállapították, hogy kórházi osztályokon belül, ha ápolóként (RN) átlagosan ≤ 6 beteg jut, akkor 20%-kal alacsonyabb volt a halálozási arány, mintha 10-nél több beteg jut egy ápolóra.⁷³ Egy svájci belgyógyászati intenzív osztályon végzett kutatásban olyan pácienseket vizsgáltak, akik 7 napnál hosszabb ideig tartózkodtak az osztályon. A vizsgált időszak alatt az ápoló-páciens arány napi mediánja 1,9 volt. Eredményként kimutatták, hogy ezen érték feletti ápoló-beteg aránynál az infekciók kialakulásának kockázata közel kétszer magasabb volt.⁷⁴

Minden évben közel 7 millió kórházban fekvő beteg fertőződik meg más egyéb betegségek kezelése közben. Egy 2012-ben végzett

kutatásban a húgyúti és műtéti fertőzéseket vizsgálták, melyek a leggyakoribb fertőzéseket jelentik, és valószínűleg a kórház bármelyik egységénél jelentkehetnek. **Jelentős összefüggés volt a beteg-ápoló arány, valamint a húgyúti fertőzések és a sebészeti fertőzések között.** Egy többváltozós modellben vizsgálták a beteg állapotának súlyosságát és az ápolói, kórházi jellemzőket, és azt találták, hogy az ápolói személyzetet sújtó kiégés szignifikánsan összefüggésbe hozható a húgyúti fertőzések és sebfertőzések kialakulásával. Azon kórházakban, amelyekben a kiégés 30%-kal csökkent, összesen 6393-mal kevesebb fertőzés alakult ki (akár 29%-kal kevesebb UTI és 74%-kal kevesebb sebfertőzés), amelyek akár évi 68 millió dolláros költségmegtakarítást eredményezhetnek. A regisztrált ápolók kiégettségének csökkentése **ígéretes stratégia az akut gondozási létesítmények fertőzésének kezelésében.**¹⁴

II.7. AZ ÁPOLÓK MEGFELELŐ MUNKAKÖRÜLMÉNYEINEK BIZTOSÍTÁSA

Fontos, hogy a jövőben beszerzésre kerülő ápolási eszközök körének meghatározásában az elmúlt időszak gyakorlatát képviselő ápolási vezetők mellett az egészségügy fejlődésének nemzetközi tendenciáit átlátó, a nemzetközi jó gyakorlatok hazai adaptálására képes, és stratégiai fejlesztési koncepció kidolgozására képes ápolástudományi kutatók/fejlesztők is részt vehessenek. Példaként kiemelve előtérbe kell helyezni az okos ápolási eszközök beszerzését (ami a legtöbb esetben nem anyagi, hanem szemléletmódbeli kérdés), és meg kell teremteni az eszközökkel kapott adatok vezetéknélküli kommunikáció útján történő rögzítését, az EESZT, és azon belül az elektronikus ápolási dokumentációban. (A kérdéssel bővebben a II.4. pontban foglalkozunk.) A megfelelő munkaruha/védőruha biztosítása fontos, és kérjük, hogy előremutató nemzetközi példának megfelelően az OKJ/BSc/MSc ápolók végzettségi szintenként eltérő munkaruhát kapjanak.

II.8. A BETEGÁPOLÁS SZEMPONTJÁBÓL NEM MEGFELELŐ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSI STRUKTÚRÁBÓL EREDŐ PROBLÉMÁK – TRANSITIONAL CARE (TC - ÁTMENETI ELLÁTÁS) HAZAI BEVEZETÉSÉNEK LEHETSÉGES EREDMÉNYEI

A Transitional Care (TC – átmeneti ellátás) egy speciális ellátási környezet olyan pácienseknek, akik számára nem szükséges az akut kórházi forrásokat biztosítani, de továbbra is 24 órás orvosi, ápolói vagy egyéb egészségügyi szolgáltatást igényelnek gyógyulásuk vagy rehabilitációjuk során. Ezen ellátási forma célja csökkenteni az esetleges rehospitalizációt, maximalizálni a betegek függetlenségét, egyéni és csoportos edukációt tartani pácienseknek és hozzátartozóiknak, tanácsadást nyújtani, felmérni és elősegíteni a páciensek igényeit. A TC ellátást igénybe vevők átlagosan 5-30 napot tartózkodnak az intézményben. A betegek leginkább a következő ellátásokat igénylik: kardiológiai rehabilitáció, műtétet követő rehabilitáció, onkológiai és fájdalom menedzsment, tüdőgyógyászati ellátás, komplex sebkezelés, komplex orvosi ellátás. A statisztikai mutatók alapján az USA-ban 2011-ben körülbelül 3,3 millió beteg szorult 30 napon belüli kórházi újrafelvételre, mely 41 milliárd dollárnyi összköltséggel járt. A Cleveland Clinic egyik kutatásában vizsgálta, hogy milyen hatással van a **rehospitalizációra**, az átmeneti ellátás és a **kiterjesztett hatáskörű MSc ápolók munkája**. A vizsgált időszakban a **30 napos kórházba való visszakérés 28,1%-ról 21,7%-ra** csökkent, a rehospitalizáció abszolút csökkenése **az alacsony kockázatú betegek esetében 4,6%, míg a magas kockázatú betegeknél 9,1%-ban** volt megfigyelhető. Az MSc ápoló feladata az egészségügyi és a szociális rendszer segítségével az egyének egészségének megtartása, a betegségek hatásának minimalizálása, komplex terápiás előírások koordinálása, orvosokkal, családtagokkal való együttműködés. Kutatások bizonyítják, hogy ez az ellátási modell **javítja az idősebb felnőttek elégedettségét, csökkenti az**

újbuli ellátást, és csökkenti az egészségügyi ellátás költségeit. Nem tervezett császármetszésen átesettek ellátásánál a kórházi költségvetés 22%-kal, veszélyeztetett terhesek ellátásánál 39%-kal, hisztorektómián átesett páciensek ellátásánál 6%-kal csökkent. A kiterjesztett hatáskörű MSc ápolók által irányított ellátások során kevesebb volt a rehospitalizáció az elbocsátást követő egy évben, és betegenként 5000 US dollárt tudtak megspórolni.^{75;76;77}

A hazai jogi szabályozás szerint **Ápolási Osztály, illetve Ápolási Intézet** létrehozható, azonban ahhoz, hogy ezek valós szerkezeti átalakító elemként működjenek, szükséges a **szakmapolitikai támogatás**, a politikai program szintjére emelése. Az **otthoni szakápolási szolgálatok területe** – mint létező és finanszírozott struktúra – **korrekcióra szorul**, mert az érvényben lévő jogi szabályozás **nehezíti a betegeknek nyújtható szolgáltatások és az esélyegyenlőség megvalósulását**, nem ad lehetőséget a szükséglet alapú ellátásra, illetve az ápolási feladatok aránytalan mértékű háttérbe szorulásához vezet (pl.: fizioterápia előtérbe kerülése), többek között egyes ápolási feladatok (pl.: sebellátás) otthonápolási kereteken kívül, akár ápolói végzettség hiányában történő ellátása, a szűkre szabott vizitkeretek, az elégtelen finanszírozás és a humán erőforrás hiány miatt.

A 20/1996. (VII. 26.) NM **rendeletben meghatározott feladatokon túlmenően nemzetközi viszonylatban az otthonápolás során számos további, hazánkban is bevezetni szükséges feladat is megjelenik:** pl. gyógyszeres infúziós terápia (pl.: kemoterápia, antibiotikum, fájdalomcsillapítás), transzfúziós terápia, peritoneális dialízis, diabetes menedzsment, bél- és hólyagtréning, varratok eltávolítása, mintavétel (vérvétel, széklet, vizelet, köpet), kliensedukáció.

Kiemelten kell foglalkozni a **kórházi kezelést kiváltó, otthoni szakápolás és rehabilitáció területén foglalkoztatott ápolók, szakápolók, gyógytornászok-fizioterapeuták, logopédusok alkalmazásának, megtartásának kérdésével is.** Kiindulási pontként javasoljuk a vizitdíj összegének emelését, az egészségügyi szakdolgozók %-os béremeléséhez igazítva, hiszen vizitdíj emelés nélkül a szolgáltatók

nem tudnak bért rendezni. Emellett fontos lenne ebben a szegmensben is olyan bérrendezési lehetőség, ahol a **végzettség is figyelembevételre kerül**, amivel a terület versenyképessé válhat az azonos képzettséget igénylő munkaterületekkel.

Bár a Stratégia jelentős részében az akut ellátáshoz kapcsolódó evidenciákat hívtuk segítségül annak bizonyítására, hogy **a BSc ápolók megfelelő aránya az akut ellátórendszerben jelentősen csökkenti a betegek egészségkárosodásának (súlyos mellékhatások) vagy elhalálozásának kockázatát, ugyanakkor a krónikus ellátásról sem szabad elfeledkezni.** Harrington és munkatársai 2016-ban jelezték, hogy az amerikai állami egészségügyi rendszerhez (Medicare) tartozó ápolási otthonban gondozottak 33%-a esetében fordult elő nem várt súlyos mellékhatás, aminek vagy egészségkárosodás vagy akár halál volt a végső kimenetele a kórházi posztakut fázist követő ápolási otthonba történő áthelyezés első 35 napja során. A Medicare rendszerben 2011-ben 2,5 millió kórházi elbocsátás történt ápolási otthonokba, amelynek költsége 28 milliárd amerikai dollár volt. A Felülvizsgáló Főorvosi Hivatal által folytatott vizsgálat során előforduló **súlyos mellékhatások 60%-ának háttérében színvonal alatti gondozás, nem megfelelő monitorozás, vagy a gondozás késlekedése, hibái álltak**, amelyek összesen 2,8 milliárd dollár **többletköltséget okoztak.** Egy másik tanulmányra hivatkozva említik meg, hogy 2011-ben az ápolási otthonok gondozottjainak 25%-a került ismételt kórházi felvételre olyan problémák miatt, amelyek megelőzhetőek lettek volna. Látható, hogy mind az aktív ellátás, mind az egészségügyi ellátás költséges szempontjából stratégia jelentőségű a krónikus ellátás megszervezésének keretrendszere és minősége, így támogatjuk, hogy a **krónikus ágyak ne kerüljenek átadásra továbbra sem a szociális ágazat részére sem**, és ezt az is indokolja, hogy az előírt képesítések **különböznek**; eltérő az **ápolás és a gondozás tartalma**; eltér az **ellátás szakmai tartalma.** Magyar hasonló adat arról, hogy a **krónikus ellátás területén felmerülő inadekvát ápoló-beteg arány, valamint a megfelelő végzettségi szintű ápolók hiánya miatt milyen mértékű akut**

ellátás igénybevétel történik, jelenleg nem elérhető. Amennyiben ez az adat közelítőleg is becsülhetővé válik, a BSc ápolók rendszerbe állításának költségét jelentősen megtéríti majd, hogy a felesleges akut kórházi felvétel jelentős részét képesek lesznek elhárítani.⁷⁸

II.9. AZ ÁPOLÁS FINANSZÍROZÁST ÉRINTŐ KÉRDÉSEK

Az ápolásra fordított kiadások, ellenőrzése, a pénzügyi források hatékony felhasználása, végső soron az ápolásra szorulóknak biztosítási keretek közötti ellátása érdekében **több ország úgynevezett Ápolás Biztosítás keretében – önálló kasszából – finanszírozza az ápolási ellátásokat.** Németország, Hollandia, UK, USA, Izrael a szolgáltatók által nyújtott, ellenőrzött szolgáltatásokat fizeti, míg például Ausztria a páciensnek juttat szolgáltatás vásárlásra meghatározott összeget. Valamennyi országban **törvény szabályozza a kereteket. Hazánkban az otthoni szakápolási szolgálatok kialakításával és önálló finanszírozásuk megteremtésével az első lépést megtettük az ápolás biztosítás kialakítása felé vezető úton. A hazai rendszer a német ápolás biztosítási rendszer alapjait képezi le, annak mintájára alakítható ki a legkönnyebben.**

Kiemelten javasoljuk, hogy a **szakdolgozói (különösen az ápolási) területen is kerüljenek finanszírozási kódok kialakításra, illetve a meglévő, mintául szolgáló területeken (gyógytorna-fizioterápia, dietoterápia) – az orvosi gyakorlathoz hasonlóan – rendszeres kódfejlesztésre/kódkarbantartásra/felülvizsgálatra kerüljön sor.** Ehhez azonban **elengedhetetlen az egész ellátó rendszerben egységesen értelmezendő szakmai protokollok kidolgozása.** Az evidenciákon alapuló jó gyakorlat alapján **szükséges kidolgozni az ápolási protokollokat, mert enélkül nem növelhető a megbízhatóság, nem csökkenthető a nosokomiális fertőzések előfordulása és nem számolhatóak fel az elavult szokások alapján az indokolatlan és/vagy elavult eszközökkel és/vagy elavult kivitelezési gyakorlattal és/vagy akár intézményen belül is jelentős eltérésekkel kivitelezett beavatkozásokból adódó negatív**

következmények. A fejlesztési folyamathoz széles összefogás, megfelelő módszertan, a nemzetközi jó gyakorlat megismerését lehetővé tevő idegennyelvi ismeret és irodalomkutatói tapasztalat is elengedhetetlenül szükséges, a hazai gyakorlat ismeretén túlmenően. A fejlesztéshez jó mintát szolgálhat az Ápolástudomány tankönyve vonatkozásában az eddigiekben ezen a területen széles körű összefogással elvégzett fejlesztő munka. Mindez a skill/szimulációs gyakorlatok megfelelő szakmai háttérének biztosításához is elengedhetetlen.

II.10. ÁLLAMIGAZGATÁST ÉRINTŐ ÁPOLÁSÜGYI JAVASLATOK

Az ápolás szakmai képvisellete érdekében, önálló **Ápolási Főosztály** megerősítése az EMMI-ben és az apparátus megerősítése, különös tekintettel a több mint százezer szakdolgozó és közöttük a több tízezer ápoló hazai és nemzetközi képviselétére, a szakképzés ágazati irányítás alá kerülésére, a kötelező továbbképzési rendszer reformjának és a szakdolgozói licence rendszer bevezetésének szükségességére.

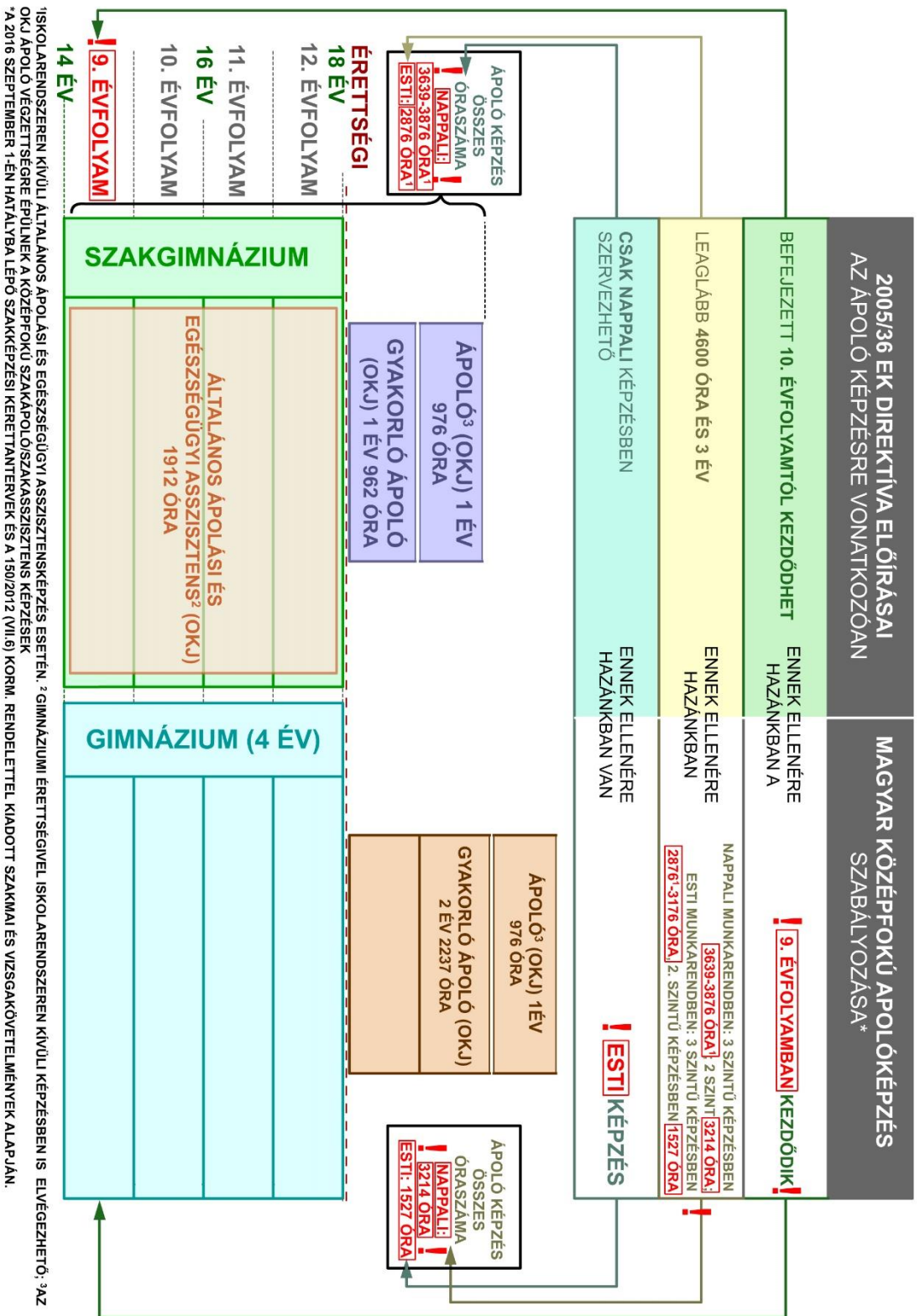
Az **országos vezető ápolói** munkakör kialakítása a hozzá tartozó **hatáskörrel és infrastruktúrával**, a szakpolitikai döntések támogatása érdekében. Az ápolás országos szakfelügyeleti rendszerének visszaállítása, a külső, belső minőségügyi rendszer működésének ellenőrzésére.

II.11. A HAZAI KÖZÉPFOKÚ ÁPOLÓ KÉPZÉS VONATKOZÁSÁBAN A 2005/36 EU DIREKTÍVA BE NEM TARTÁSÁBÓL SZÁRMAZÓ JOGI, VALAMINT A SZAKGIMNÁZIUMI RENDSZER ROSSZ STRUKTÚRÁJÁBÓL ADÓDÓ SZAKMAI HIBÁK

II.11.1. A hazai középfokú ápoló képzéssel kapcsolatos jogi problémák

A magyarországi középfokú ápolóképzés **jelenlegi rendszere** – melyben a szakköznevelési képzés keretében általános ápolási és egészségügyi asszisztensi végzettség, majd a 12. évfolyamot követően gyakorló ápolói, végül ápolói végzettség szerezhető – **a korábbiakkal ellentétben számos ponton nem teljesíti a vonatkozó 2005/36 EU direktívában** (Európai Tanács 2005/36/EK rendelet) **megfogalmazott és hazánkra is kötelező érvényű minimum feltételeket** (7. ábra). A 2005/36/EK direktíva értelmében az ápoló képzés befejezett 10. évfolyamtól kezdődhet, nappali munkarendben folytatható, minimum 4600 órás és 3 éves képzés formájában. **A hazai középfokú ápoló képzés a direktívától eltérően a 9. évfolyamtól kezdődik** (egymásra épülésekkel és beszámításokkal), nappali és esti munkarendben is folytatható, ahol akár 1527 óra, míg nappali képzésben 3214 óra (két szintű képzés) és 3639 óra (három szintű képzés) közötti lehet az óraszám (abban az esetben, ha beszámítjuk a szakköznevelési képzés vonatkozó óraszámait is, bár az EU direktíva csak azonos képzési szintről engedi a beszámítást).

A fentiek következtében **az a súlyos helyzet alakult ki**, hogy a hazai középfokú ápolói végzettség vonatkozásában az Állami Egészségügyi Ellátó Központ 2012-t követően **jogszerűen nem adhatja ki a 2005/36/EK uniós irányelv minimum követelményeinek való megfelelést és így az EU konformitást igazoló hatósági bizonyítványt**, valamint a rendszer gyökeres átalakítása nélkül hazánkkal szemben **kötelezettségszegési eljárás indulhat**, és **ápolóképzésünk kikerülhet a közösségi jog alapján automatikusan elismerhető végzettségek közül**.



OLAH ET AL.

7. ábra. A hazai középfokú ápoló képzés szabályozásának keretei, összevetve az ápoló képzésre vonatkozó 2005/36 EU direktíva előírásaival

II.11.2. A hazai középfokú ápoló képzéssel kapcsolatos szakmai problémák

A Nemzetgazdasági Minisztérium a szakgimnáziumi rendszer bevezetésekor meghatározta a 4+1 éves szakgimnáziumi szakképzés és a szakképesítés-ráépülés maximális óraszámát (amivel nem biztosítható a 2005/36/EK direktíva ápoló képzés vonatkozásában előírt óraszám). **Az EU direktívában előírt 4600 óras képzés helyett az NGM által meghatározott keretekhez alkalmazkodva** az összes óraszám három szintű képzés esetén (általános ápolási és egészségügyi asszisztens, 1 év gyakorló ápoló, 1 év ápoló): nappali munkarendben, iskolarendszerű általános ápolási és egészségügyi asszisztensi képzéssel 3851 óra, iskolarendszeren kívüli általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés esetén 3639 óra, esti munkarendben iskolarendszeren kívüli általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés esetén 2876 óra. Két szintű képzés esetén (2 év gyakorló ápoló, 1 év ápoló) nappali munkarendben 3214 óra, esti munkarendben 1527 óra.

A meghatározott óraszám szakmailag nem megfelelő, hiszen nincs elegendő óraszám az egyes tananyag tartalmak mélyítésére az ápoló képzésben a gyakorló ápoló, illetve utóbbi esetében az általános ápolási és egészségügyi asszisztensi képzéshez képest, **pl.: a gyakorló ápoló és az ápoló képzésben már nincs lehetőség anatómia és élettan oktatásra, azaz az általános ápolási és egészségügyi asszisztensi képzés 9. évfolyamban van mindössze anatómia-élettan oktatás, miközben a gyakorló ápoló és ápoló képzés szélesebb hatásköre miatt ez feltétlenül szükséges lenne mindkét ráépülő képzés esetében.**

Utóbbit az is ellehetetleníti, **hogy szakmailag nem megfelelő a tantárgyak oktatóinak végzettsége** (pl.: a klinikum és a gyógyszerteran oktatását BSc ápoló, egészségügyi szaktanár is végezheti), miközben az OKJ ápoló önálló gyógyszerrendelési, infúziós terápia elrendelési hatáskört kap az SZVK szerint (a gyakorló ápoló képzéshez képest mindössze 17 óra további gyógyszerteran oktatás mellett és gyakorló

ápoló/ápoló képzésben anatómia/élettan oktatás nélkül). **Mindezekből az is látható, hogy az SZVK-ben meghatározott kompetenciakör és a Kerettantervben megjelölt fejlesztendő kompetenciák számos olyan elemet tartalmaznak, amelyekre nem lehet felkészíteni a képzés során a tanulót (pl.: gyógyszerrendelés, artéria punkció).** Esetükben a **kerettanterv további anomáliái:** belgyógyászat, sebészet, gyermekgyógyászat tantárgyakat tanulnak az első tanévben, miközben velük egyszerre tanulja az anatómiát, illetve gyógyszertant a 2. évben, terápiás alapismereteket a 2. félévben tanul. Ezen tanulóknak **az első tanévben több mint 20 témakört kell elsajátítaniuk, ami sem szakmailag, sem pedagógiailag nem támogatható.** Miközben a tanulók egyre alacsonyabb alapkompenciákkal jönnek, sok gyerek nagyon megterhelőnek érzi ennyi féle témakörben a figyelmét megosztani. Sokaknál írási, olvasási készség is nehezített, és idegen nyelvet tanulnak (angol/német/latin). Mindezek miatt **az első félévben nagy a lemorzsolódás, így az ösztöndíjrendszer sem tudja betölteni motiváló szerepét.**

További probléma, hogy míg korábban a teljes ápolóképzés, addig jelenleg az általános ápolási és egészségügyi asszisztens, illetve több szakasszisztensi képzés is elvégezhető iskolarendszeren kívüli képzés formájában, ami nem felel meg az 36/2005 EK EU direktívában foglaltaknak. Az iskolarendszeren kívüli rendszerrel **kapcsolatos problémák, hogy szervezhető egyéni felkészítés, csoportos képzés és távoktatás keretében, tehát manuális készség vizsgálat és bemutatás nélkül is elvégezhető, a gyakorlatok ellenőrzése nem, vagy csak írásban jelenik meg, ami súlyos szakmai probléma.** Jelentősen alacsonyabb az óraszám az iskolarendszerrel ellentétben, **ilyen képzést bármilyen jogi személy akkreditáció után indíthat, az akkreditációt pedig a MKIK területileg illetékes szervezete vizsgálja.** Az intézménynek semmilyen eszközparkkal nem kötelessége rendelkezni, keretszerződés bemutatásával megvalósulhat az akkreditáció az MKIK által felkért szakértők bevonásával. Míg az iskolarendszerben

meghatározottak az óraszámok tantárgyanként és témakörönként, addig az iskolarendszeren kívüli oktatásnak az összes órászáma szabályozott, és az is jelentősen szélesebb keretek között. Az iskolarendszerű képzések tananyag tartalma, szakirodalmi háttere, és oktatói is szabályozottak. **Az iskolarendszerű képzések központi kerettantervvel rendelkeznek, míg az iskolarendszeren kívüliek csupán a Szakmai vizsgakövetelményekben (SZVK) meghatározott szabályoknak kell megfelelniük,** és a modultartalomnak csak töredéke (pl.: feladatprofilok) jelenik meg. Javasolt az ágazati szakképzések felülvizsgálata, és az SZVK 7. pontjában annak meghatározása, hogy az adott OKJ szakképzés felnőttképzés esetén milyen formában nem szervezhető. **Emellett szükséges az általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés esetében is megszüntetni az iskolarendszeren kívüli képzési formát.**

Az NGM meghatározta az iskolarendszeren belüli képzéseknél a modulok és a tantárgyak darabszámát, jellemzőit. **Bizonyos arra érdemes területek önálló tantárgyként nem, csupán tantárgyon belüli témakörként jelenhetnek meg,** pl.: az anatómia-élettan csupán egy témakör egy olyan tantárgyon belül, ahol további 4 témakörrel együtt (pl.: elsősegélynyújtás) alkot egy olyan tantárgyat, amelynek értékelése egy összesített érdemjeggyel történik. Emellett megszűnt a tantermi/demonstrációs gyakorlat, ami az elméleti oktatással párhuzamosan elengedhetetlen az egyes beavatkozások elsajátításához, és nem pótolhatja a kórházi gyakorlat.

Az ágazati szakképzés helyzetét tovább rontja, hogy az előzetes szakirányú szakmai ismeretek beszámítására – 2011. évi CLXXXVII. törvény 22. § (1) bekezdés – vonatkozóan nincsen országosan egységes rendszer, a beszámítás mértéke a szakmai programban rögzített szubjektív megítélésen alapul, melyek iskolánként/képzőként eltérőek. Tudomásunk van olyan esetekről is, hogy azonos szakmai múlttal rendelkező tanulók vonatkozásában sem egységes a beszámítás mértéke, illetve nem ritka az olyan esetek előfordulása sem, ahol **szakmailag nem**

indokolható az a beszámítás, amire az adott esetben sor kerül. Az ezt lehetővé tevő szubjektivitás egyben támadhatóságot is jelent mind az iskolarendszerű, mind pedig az iskolarendszeren kívüli képzésben. Nem utolsó sorban **a szakmaiság – humánerőforrás képzés – szempontjából sem mindegy, hogy mi és milyen mértékben kerül elismerésre.** Az országosan egységes beszámítási rendszer hiánya problémát jelent az iskolarendszeren belüli képzések, de **nagyobb problémát jelent a piaci alapon működő nyereségorientált jogi személyiséggel rendelkező vagy jogi személyiséggel nem rendelkező képzők vonatkozásában, ahol esetenként cél lehet a költségek csökkentése és a versenyképesség növelése** (rövidebb képzési idő más, szakmai alapon működő képző intézményekhez képest) a beszámítás lehetőségének kihasználásával a képzési idő irreális mértékű csökkentése, sokszor a szakmai érdekek figyelmen kívül hagyásával. **A beszámítás rendszerének vonatkozásában országosan egységes rendszer felállítása, és egy megfelelő minisztériumi háttérintézmény keretében történő koordinálása.**

A szakképzésről szóló 2011. évi CLXXXVII. törvény 2013. január 1-től lehetővé tette az egészségügyi szakképzések vonatkozásában egyfajta **duális képzési struktúra megvalósítását.** Az **elmélet és a gyakorlat egységessége érdekében nélkülözhetetlen az iskola és gyakorlati képzőhely közötti szoros együttműködés** (kötelező dokumentált egyeztetések az iskola és gyakorlat szervezője/folytatója között), melyhez szorosan kapcsolódik az országosan egységes és betartandó tantárgyleírás/tematika biztosítása, és annak a gyakorlat szervezője/folytatója részére történő rendelkezésre bocsátása, melyen – jól felépített képzési struktúra mellett – a gyakorlati oktatásnak alapulni kell. Így tud megvalósulni az elméleti oktatási témakörökhöz kapcsolódóan a gyakorlati ismeret elsajátítása, alakítható ki a készség, képesség, manualitás.

Ugyanakkor a gyakorlatban jelenleg a duális képzés során a szakmai gyakorlatok szabályozatlansága rendkívül megnehezíti a szakképzés kimeneti követelményének

hatékony megvalósulását. A legnagyobb probléma az, hogy **nincs korrekt szakmai és jogszabályi előírás arra vonatkozóan, hogy bizonyos szakmai gyakorlati képzések megvalósításához milyen létszámú és szakmai kompetenciával rendelkező személyi állomány szükséges.** Míg a köznevelési rendszerben ez szabályozott, a gyakorlati képzőhelyek vonatkozásában ez hiányosság. Az adott gyakorlati képzőhely vonatkozásában **nem tudható, hogy van-e függetlenített szakoktató; hány tanuló jut egy szakoktatóra, és milyen konkrét elvárásoknak kell megfelelnie pedagógiai szempontból, illetve végzettség és gyakorlati tapasztalat tekintetében.** Amennyiben mentor látja el a feladatot, úgy kérdés, hogy amennyiben napi ápolási beosztása mellett teszi ezt (pl.: 50 ágyas osztályon 2 fő ápoló, akik közül az egyik a mentor), úgy mikor van ideje a tanulókra és azokra a munkafolyamatokra, amit szakszerűen kell látniuk a gyakorlaton a leendő ápolóknak.

A 11. évfolyamban tanulók már gyógyító osztályon töltenek gyakorlatot. Melléjük segítő, állandó felügyeletet kellene biztosítani, hiszen először látnak meztelen testet, akinek a tisztálkodásában, ürítésében segíteniük kell. Először találkoznak a haldoklással, halott ellátással, amire valójában nincsenek felkészülve, először látnak vérző és gennyes bőrfelületet, stb. **Az itt szerzett tapasztalatok nagymértékben gátolják több esetben a tanulók sikeres pályamotivációját.**

A gimnáziumot követő 2 éves gyakorló ápoló képzést végző tanulók esetében külön **probléma, hogy a témakört érintően a gyakorlati oktatás nem tudja követni az elméleti oktatást, azaz szakmai ismeretek nélkül jelennek meg a területi gyakorlaton.**

A duális képzés definícióját az Nftv. 108. § 1.b. bekezdése tartalmazza. Eszerint duális képzés: „a műszaki, informatika, agrár, természettudomány vagy gazdaságtudományok képzési területen indított gyakorlatigényes alapképzési szakon, illetve e képzési területhez tartozó mesterképzési szakon folytatott képzés azon formája, amelyben a szak – képzési és kimeneti követelményeknek

megfelelően meghatározott, teljes idejű, a képzési időszakra, a képzés módszereire, a tanórára, a megszerzett tudás értékelésére egyedi rendelkezéseket tartalmazó – tanterve szerint a gyakorlati képzés a Duális Képzési Tanács által meghatározott keretek között, minősített szervezetnél folyik;”

A duális képzés tehát, a gyakorlatigényes alapképzési szakon folytatott képzés azon formája, amelyben a szakmailag minősített munkáltatóknál folyó gyakorlati képzések tantervi tartalmuknál, struktúrájuknál és a munkáltatónál töltendő, megnövelt óraszámuknál, valamint a megszerzett munkatapasztalatnál fogva növelik a hallgatók szakmai kompetenciáját, és erősítik a kultúráját. Mivel a duális képzés esetében a közreműködő munkáltató előre meghatározott módon a felsőoktatási intézmény tananyagához szorosan illeszkedve, formálisan is oktatja a hallgatókat a képzés során. **E képzési rendszer segítségével olyan munkaerő kerül ki a felsőoktatásból, amely azonnal, több éves továbbképzés, és további anyagi ráfordítás nélkül képes belépni a munka világába.** Ezáltal gyors és hatékony eszköz a minőségi munkaerőhiány kezelésére.

Jelenleg az Nftv. szerinti duális képzés az orvos- egészségügyi felsőoktatási képzési területen nincs, ugyanakkor a modell kifejezett gyakorlatorientáltságára való tekintettel indokolt megvizsgálni az egészségügyi képzések integrálását a duális képzési rendszerbe. Annak ellenére, hogy a munkahelyek, amelyek mint **duális partnerintézményként** vehetnek részt a programban, szinte kizárólag állami fenntartású intézmények, a duális képzési modell ez irányú becsatornázása nemzetstratégiai kérdésként, az egészségügy utánpótlás-kezelésében válhat esszenciálissá, **hiszen a legnagyobb problémát humán erőforrás téren a kiszámíthatatlan fluktuáció jelenti, így tervezhetővé válna az utánpótlás.** A hallgatók részére pedig a garantált, minimálbér 65%-át jelentő intézményi juttatás, a meglévő, normatív alapú szociális és teljesítményalapú juttatások mellett rövid távon is segítheti a megélhetést.

Az előző problémákhoz szorosan kapcsolódik az országosan egységes és kötelezően alkalmazandó, korszerű szakmai tartalmú, aktuális **szakmai tankönyvek és az ajánlott szakmai anyagok, irányelvek meglétének hiánya**. Hogy ez a tananyagok/témakörök vonatkozásában a lehető leggyorsabban és legegyszerűbben megvalósítható legyen javasolt/célszerű a tananyagok elektronikus úton történő hozzáféréseinek biztosítása, ami nagymértékben hozzájárulhat az egységes képzési kimenet biztosításához.

Indokolt az **ápoló képzés tankönyvi hátterének további bővítése**. Jó példa erre „Az ápolástudomány tankönyve” című elektronikus tankönyv 2012-ben történő megjelentetése, mely hiánypótló volt a hazai ápoló képzés irodalmát illetően, hiszen többek között a korszerű evidenciákon alapuló nemzetközi gyakorlat hazai bevezetésének elősegítése érdekében jelent innovációt az egészségügyi képzés és gyakorlat terén.

Ismeretes, hogy a **szakgimnáziumi rendszerben csökkent a közismereti tárgyak száma** (ágazatunk esetében a kémia, fizika és a földrajz esetlegesen az egyes intézmények szabad sávjában kerülhetnek oktatásra a komplex természettudományos tantárgy csekély óraszámán felül), így ágazatonként egy közismereti tárgy maradt, az egészségügy tekintetében a biológia. **Emellett a gimnáziumokkal ellentétben csak egy idegen nyelv oktatása lehetséges, miközben a nyelvvizsga 2020-tól felvételi követelménnyé válik a felsőoktatásban**. Mindez **nehezíti nemcsak a jövőbeni kihívásoknak való rugalmas megfelelés esélyét, hanem a felsőoktatásba való jelentkezést is**. Mivel **csak biológiából áll rendelkezésére megfelelő óraszám, ezért a tanuló a fent említett tantárgyak tekintetében nem feltétlenül kap lehetőséget a középszintű/emeltszintű érettségi letételére, ez nehezítheti a továbbtanulását**. 2017. évi jogszabály módosításnak köszönhetően a szakgimnáziumi képzés érettségi mellett mellék-szakképesítést is ad, azonban ez a mellék-szakképesítés választható a diákok számára, nem kötelező. Ez utóbbi két okból is problémát jelenthet: egyrészt a **szakgimnázium**

ágazatunk vonatkozásában nem tudja betölteni szerepét, („elősegíti a felsőfokú képzésekbe való átlépést, biztosítja a továbblépés, tanulás, átképzés feltételeit, rugalmasan igazodik a változásokhoz és a folyamatos fejlesztésekhez”) és nem tud kellő számú, használható szakképesítéssel rendelkező fiatal munkaerőt biztosítani, másrészt a tanuló is könnyen nehéz helyzetbe kerülhet, hiszen szakképesítés nélkül és a felsőoktatásba történő jelentkezés esélye nélkül végezhet a szakgimnáziumban. Mindezt úgy, hogy hazánkban 1912 órában, 4 év alatt, 18 éves korhoz és érettségihez kötötten adható meg az a hatáskör az általános ápolási és egészségügyi asszisztenseknek, amelyet nemzetközi viszonylatban (pl.: Anglia, USA) 150-200 órában, 1-2 hónap alatt – akár e-learning elméleti képzéssel – kaphatnak meg az ápolási asszisztensek.

Egy 2017. évi módosítás értelmében az általános ápolási és egészségügyi asszisztensi képzés **OKJ szakmai vizsgája a májusi időszakból átkerült a februári/márciusi időszakra** (a szakmai szakértők és lektor ellenvéleménye ellenére). Ez azért probléma, mert a kerettanterv meghatározza az éves óraszámot hetekre lebontva, és a szakmai vizsga nem kezdhető meg a kerettantervben meghatározott ismeretek elsajátítása nélkül, azaz 4 év helyett 3,5 év alatt kell a tanulónak teljesítenie a megadott tartalmat. A fennmaradó időkeret – amit az előrehozott képesítő vizsga generál – kitöltéséről sem a törvény, sem a kerettanterv nem rendelkezik, így az intézmény saját hatáskörben rendelkezik róla és a szakmai képzés és vizsga szempontjából felhasználható óraszám csökken, miközben már az eddigiekben sem volt teljesíthető a 2005/36/EK direktíva által előírt minimum óraszám. Az NGM Szak és Felnőttképzési Szabályozási Főosztály javaslatára változnak az érettségi vizsga szabályai is. Ennek értelmében **az elért érdemjegytől függetlenül az ágazati szakmai írásbeli érettségi vizsga (ahol az elégséges szintje mindössze 25%) jeles érdemjegyként beszámítva kiváltja a mellék-szakképesítés írásbeli szakmai záróvizsgáját (ahol az elégséges szintje 51%), miközben annak csupán 60%-át fedi le**.

Sajnálatos módon megszűnt az egészségügyi ágazatban a pályaalakmassági rendszer, így a képzésre jelentkezők alkalmassága sem egészségi, sem pszichikai, sem pedig fizikai szempontból nem kerül felmérésre még a képzés megkezdése előtt. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat általában már a képzési rendszerbe bekerült szakmai gyakorlatát megkezdő tanulóra, vagy a végzettség megszerzését követően a munkaerőpiacon lévők egészségi alkalmasságára fókuszál. Az ápolói hivatás, az emberekkel való foglalkozás, komoly fizikai és pszichés megterhelést jelent. Pl.: A betegek mobilizálása során az ápolónak erőt kell kifejtenie, ami a 4 dioptria feletti munkavállalóknál komoly szövődeményekkel járhat, vagy bírnia kell a vér látványát. Nem ajánlott bizonyos fertőző, illetve bőrbetegségek, allergiák esetén sem az egészségügyi pálya, hiszen egyrészt a dolgozó másrészt a betegek egészsége kerül veszélybe általa. Az ápolónak emberekkel kell kommunikálnia, segítenie, tehát ha a kommunikációjában vagy a mozgásában korlátozott nem fogja tudni megfelelően ellátni a rá bízott klienseket, vagy nem kaphat munkát. Bekerülhet az ágazatba olyan egészségügyi dolgozó is, aki például pszichésen alkalmatlan a feladatok ellátására, de akár testi/szellemi fogyatékossgal is szerezhethet végzettséget. Mindezek okán indokolt az egészségügyi ágazatban a **pályaalakmassági rendszer visszaállítása**.

Annak érdekében, hogy az egészségügyi ágazati képzésekbe megfelelő kvalifikáltságú szakemberek képződjenek, rendkívül fontos, hogy a **szakképzési rendszerbe történő jelentkezésüket követően, felvételi eljárásra – írásbeli felvételi (pl.: biológia) és szóbeli elbeszélgetésre – kerüljön sor**, annak érdekében, hogy a képzés megkezdése előtt kiszűrésre kerüljenek azon tanulók, akik a pályára akár szakmai ismereteik, akár személyiségjegyeik alapján alkalmatlanok. A hivatás gyakorlására nem alkalmas tanulók a képzés során negatív hozzáállással rendkívül megnehezítik az elméleti és gyakorlati képzés megvalósítását, az ismeretek hatékony átadását, bomlasztó hatásuk érezhető a hivatás gyakorlására alkalmas tanulók vonatkozásában is. A teher nemzetgazdasági szinten is realizálódik. Ezen

tanulók egy része – a képzési folyamat valamely szakaszában – sok esetben kilép a képzésből, a befektetett normatív támogatás tulajdonképpen elvész, a befektetett energia, költség nem térül meg. Az OKJ előtti képzési struktúrában működött a felvételi eljárás rendszere, mely sajnos a későbbiekben eltörlésre került.

Az Európai Képesítési Keretrendszer alapján kidolgozott Magyar Képesítési Keretrendszerhez sajnálatos módon **nem illeszkedik megfelelően a középfokú egészségügyi képzési rendszer**, ezen probléma orvoslása elengedhetetlen.

A későbbiekben külön is tárgyaljuk, azonban a képzés egészének áttekintésekor is fontos röviden említést tenni a **gyakorlati képzés problémáiról**. Alapvető probléma a **gyakorlatvezetők, szakoktatók hiánya** az intézményekben, a mentorok hiánya és az, hogy vagy **nem tudnak a tanulókkal/hallgatókkal megfelelő mértékben foglalkozni, vagy hiányoznak a betegellátásból**. Emellett a gyakorlati oktatás vonatkozásában problémát jelent, hogy **szakképesítés birtokában, de felsőfokú pedagógiai végzettség hiányában nem végezhetnek gyakorlati oktatást az egészségügyi gyakorlatvezetők**, ami a **szakemberhiány miatt további súlyos problémákat eredményezhet a képzés vonatkozásában** (lásd. II.11.4. pont).

A hiányszakma területek államilag támogatott képzésként való segítése továbbra is nagyon fontos lehetőség. Azonban fontos, hogy **ne kerülhessenek a hiányszakmák közé olyan képzések, amelyek nem tartoznak a ténylegesen hiányszakmák közé**. Sajnálatos módon a gyógymasszőr képzés hiányszakma területként államilag támogatott képzéssé vált, ami nem indokolt. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy a hiányszakma területen visszaélések tapasztalhatóak az államilag támogatott képzések vonatkozásában. A munkaügyi központok által szervezett képzés résztvevői számára a képzés díja állami támogatás formájában kerül finanszírozásra, és duális képzés esetén a tanuló havi szinten jelentős anyagi támogatást kap. Ugyanakkor a szakmai vizsga sikertelensége esetén (ha a második vizsga sem eredményes) nem kell a kapott

támogatást visszafizetni. Sem ez, sem egyes képzések indokolatlan támogatása nem járul hozzá a munkaerőhiány vonatkozásban érintett területek szakember hiány pótlásához, ezért a rendszer megváltoztatására van szükség.

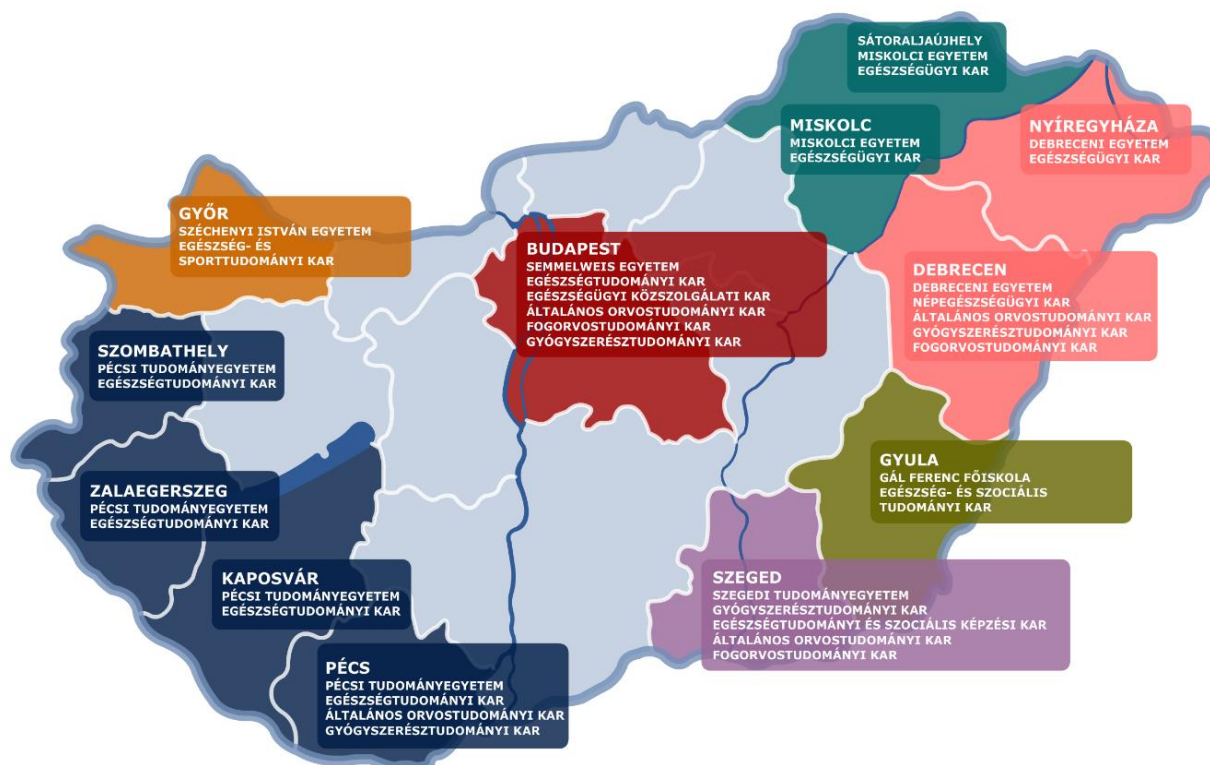
Megoldási javaslatok

A fenti jogi és szakmai problémák azt igazolják, hogy az egészségügyi szakképzések rendszerét érintően nem lehetett a Nemzetgazdasági Minisztérium által előírt feltételek szerint az ágazatra vonatkozó specialitások szerint a szakképzések szakmai fejlesztését megfelelő módon elvégezni. Így indokolt, hogy a mezőgazdasági és honvédelmi szakképzések példájának megfelelően szintén ágazati szinten kerüljön meghatározásra az ágazati szakképesítések szakmai tartalmának fejlesztése. Emellett egyes képzéseket ki kell venni az OKJ-ból (pl.: gyakorló ápoló, ápoló) és a felsőoktatás részeként (pl.: felsőoktatási szakképzésként, duális képzésként) kell megszervezni. A FOKSz ápolói képzésből, megfelelő képességek alapján, és megfelelő tanulmányi eredmények beszámításával a BSc ápoló képzésbe, a képzési idő érdemi rövidítése mellett 4 év helyett 2,5 év alatt BSc ápolói oklevél szerzésére nyílik lehetőség, amennyiben a FOKSz ápolói képzés későbbiekben meghatározásra kerülő bizonyos alapozó és szakmai tantárgyait, tantárgyanként legalább közepes eredménnyel teljesítette a tanuló.

Célunk a hazai középfokú ápoló képzés EU direktíva be nem tartásából származó jogi, a szakgimnáziumi rendszer rossz struktúrájából adódó szakmai hibák korrekciójával az egyetemek koordinációjával végzett, és így a felsőoktatásba beszámítható, megfelelő színvonalú, EU konform, tömegképzésre alkalmas középfokú ápolóképzés kialakítása.

A középfokú egészségügyi képzések (pl.: ápoló) BSc képzésbe történő beszámításánál a FOKSz képzéseket egyrésztől megyénként egy (vagy szükség esetén több) olyan középfokú oktatási intézményben javasolt megszervezni, amelyet az adott régióban működő felsőoktatási intézmény egészségtudományi kara működtet, mint fenntartó. Az 1920–40-es évek között már működött jó gyakorlata, amikor is a Magyar Királyi Állami Ápolónő és Védőnőképző Intézetek az egyetemeken működtek.

Jelen tanulmány egyes szerzői és a Magyar Ápolástudományi Társaság az elmúlt 8 esztendőben több alkalommal is kezdeményezte a közoktatás fentiek szerinti átalakítását. Örömmel konstatáljuk az ezzel szinkronban lévő azon kormányzati törekvést, mely szerint az állami fenntartású középfokú egészségügyi szakmaterület intézményei kerüljenek az egészségügyi felsőoktatási intézmények fenntartása alá. Ezt a folyamatot támogatni kell annak érdekében, hogy a középfokú egészségügyi hiányszakmák területére jelentkezők és belépők száma növekedhessen, a csökkenő szakemberhiány ellensúlyozása érdekében. Az elmúlt 10 év országos adatai is a „pécsi szakképzési modell” életképességét támasztják alá azzal, hogy az állami fenntartású középfokú egészségügyi szakmaterület intézményeibe jelentkező tanulók számának folyamatos és jelentős – az egészségügyi szakmacsoportban iskolarendszerű képzésben tanulók számának 2009 és 2018 között 8200 főről 4000 fő alá történő – csökkenésével szemben a Pécsi Tudományegyetem Szociális és Egészségügyi Szakgimnázium és Szakközépiskolába (PTE SZESZI) jelentkező tanulók száma – ezen időszak alatt – megháromszorozódott a működési területéhez tartozó Baranya és Vas megyében.



OLÁH ET AL.

8. ábra: Az orvos-egészségtudományi képzést folytató felsőoktatási intézmények elhelyezkedése Magyarországon

Jelenleg Magyarországon 12 városban (betűrendben felsorolva: Budapest, Debrecen, Győr, Gyula, Kaposvár, Miskolc, Nyíregyháza, Pécs, Sátoraljaújhely, Szeged, Szombathely, Zalaegerszeg) folyik egészség tudományi felsőoktatási képzés (8. ábra).

Ezek a felsőoktatási intézmények többnyire rendelkeznek kiaknázható ingatlan és humán erőforrás kapacitással, hiszen a korábbiakban jelentősen magasabb hallgatói létszámot is képesek voltak kiszolgálni. Ezekben a városokban indokolt ezen egészség tudományi képző helyeken vagy a településen esetlegesen már működő más helyszínen a felsőoktatási intézmény középfokú oktatási intézményeként (esetlegesen gyakorló iskolájaként) megszervezni az egészség tudományi képzéseket. Ennek a struktúrájának számos előnye lehet:

- Biztosítja a nagy létszámú középfokú szakember képzést.

- Fenntartja az adott régióban az egészség tudományi felsőoktatási szakember képzést és utánpótlást az esetlegesen lecsökkent BSc hallgatói létszám ellenére is az oktatói és infrastrukturális (pl.: nagy értékű demonstrációs eszközpark) kapacitások gazdaságos kihasználásával.
- Emeli a középfokú egészség tudományi képzések színvonalát és versenyképességét, 4 évről 2,5 évre rövidítheti az egészség tudományi BSc képzési időt, mert ebben a struktúrában (FOKSz képzés az egyetemen vagy az egyetem által akkreditált középfokú oktatási intézményben, illetve egyetem által fenntartott egészségügyi középfokú oktatási intézmények megalapítása) a felsőoktatási intézmény hatékonyan tudja a képzés minőségét biztosítani, ellenőrizni.
- Ezen fejlesztés tehát gazdaságilag és szakmailag is jelentős előrelépést jelenthet olcsóbb, ugyanakkor magasabb színvonalú szakember képzést, a munkaerő gyorsabb biztosítását eredményezheti.

II.11.3. Az ápolóképzés átalakításának a II.11.2. pontban összefoglalt célok elérésére alkalmas verziója

A rendszerváltást követő – nem kellően megalapozott és nem átfogó, a képzés nem minden szintjét figyelembe vevő – képzési változtatások nem hozták meg a várt eredményeket. Az elmúlt években tovább csökkent az egészségügyi pályát választók száma (pl.: 2014-hez képest 2017-ben 30%-kal kevesebben szereztek egészségügyi szakképesítést, és sajnálatos módon az egészségügyi szakképesítések között is olyan végzettségek kerültek előtérbe, amelyek nem a hiányterületek – különösen az ápolóhiány – problémáit enyhítik.). Miközben jelenleg az egészségügyi szakképzés területén kb. 5000 fő végez alapképzésben (mely létszámban nem szerepelnek a szakgimnáziumi tanulók), és mindössze megközelítőleg **1900 fő** végez évente gyakorló ápolóként és **1300 fő ápolóként**, **250 fő BSc** ápolóként, addig a **jelen ápolási stratégiában megfogalmazottak megvalósítása esetén minimálisan**

1. **7000 fő** (mindössze a jelenleg egészségügyi alapképzésben végző 5000 fővel és 2000 nappali BSc egészségügyi elsőséves hallgatóval számolva, ezen tanulók/hallgatók képzési programjában integrálva a segédápolói képzés óraszámát, és nem számolva a rövid idejű képzéssel elérhető további potenciális célcsoportokkal) **képzett segédápoló** (nemzetközi minta alapján 16 éves kortól, 450 órás, érettségi nélküli képzés, a jelenlegi 4 éves, 18 éves korhoz és érettségihez kötött 1912 órás általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés hatáskörével),
 - a. közülük **4000 fő általános ápolási és egészségügyi asszisztens** (18 év, érettségi, a korábbi érettségi utáni további egy év gyakorló ápolói hatáskörével),
 - b. közülük **3000 fő középfokú ápoló** (érettségi után 2 év, felsőoktatási szakképzés (FOKSz), a jelenlegi helyzettel ellentétben teljesítve az EU direktívát),
2. **1000-1500 fő BSc** ápoló (más egészségügyi BSc végzettségű kollégák 2 éves képzése, támogató ösztöndíj rendszer, megfelelő hatáskör és bérezés esetén)

3. és **250 fő MSc** ápoló végezhet évente hazánkban.

Segítve ezzel többek közt az **ápolói humánerőforrás krízis megoldását, a leszakadó térségek munkahely teremtését, az alsóbb szinten beiskolázottak fokozatos felzárkóztatását, és a betegellátás minőségének jelentős javítását.** A képzésfejlesztés főbb javasolt elemei (9. ábra).

II.11.3.1. A középfokú ápolóképzés átalakítása felsőoktatási szakképzéssé (FOKSz)

Összefoglalás: A szakgimnázium egyes tanévi óraszámainak változatlanul hagyása mellett, és a 11. és 12. évfolyam 1191 órájának (604 elméleti óra, ebből 152 óra a szabadsávból és 587 gyakorlati óra, melyben a 280 óra összefüggő szakmai gyakorlat) beszámításával (a 2005/36 EU direktíva előírásai szerint csak befejezett 10. évfolyam utáni óraszám számítható be), és az érettségire épülő 2 éves FOKSz ápoló képzés 2240 órás (elmélet 1070 óra; gyakorlat 1170 óra) képzése keretében 3431 tanórával (elmélet: 1674 óra, gyakorlat: 1757 óra,) teljesíthető a EU direktíva 4600 órás előírása, mert az EU direktíva az ECTS alkalmazásával lehetővé teszi az egyéni felkészülés beszámítását, így a hiányzó 1169 óra egyéni felkészülésként megadható (ahogy ez a nemzetközi gyakorlatban meg is valósul). A direktíva előírásai között szerepel továbbá, hogy **az ápoló képzés kizárólag nappali, iskolarendszerű képzésként szervezhető meg, mely feltételeknek a koncepció szintén megfelel. Emellett FOKSz képzésként a szakmai felépítése beszámítható a felsőoktatásba akár 90 kredit értékben.**

II.11.3.2. Képzett segédápoló képzés (450 óra; elmélet 180 óra, gyakorlat 270 óra)

Belépés feltételei: 16 éves életkor, általános iskolai végzettség, az általános iskola elvégzéséhez szükséges alapkompenciák és készségek (írás, olvasás, számolás, a mindennapi élethez kapcsolódó nyelvtani, számtani műveletek önálló végzése). **A képzés elvégezhető a szakgimnázium általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzése vagy a BSc ápoló képzés részeként, illetve azoktól függetlenül is.** Ezzel párhuzamosan azonban **szükséges megvizsgálni, hogy módosítani kell-e a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény**

egészségügyi intézményekben történő végrehajtásáról szóló 356/2008. (XII. 31.) Korm. rendeletet **a 16 éves korhoz kapcsolódó munkába állás lehetővé tétele érdekében**. A közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. törvény 20. § (2) bekezdése szerint közalkalmazotti jogviszony „...tizennyolcadik életévét betöltött ...” stb. személlyel létesíthető. Ugyanakkor a törvény egészségügyi intézményekben történő végrehajtásáról szóló 356/2008. (XII. 31.) Korm. rendelet 2. § (1) szerint A Kjt. 20. § (2) bekezdés b) pontjában foglaltaktól eltérően egészségügyi szakképzettséget, szakképesítést igénylő munkakör betöltése érdekében tizennyolcadik

életévét be nem töltött személlyel is közalkalmazotti jogviszony létesíthető akkor, ha a közalkalmazotti jogviszony létesítésekor a közalkalmazott az előírt szakképzettség, szakképesítés megszerzésére irányuló képzésben áll. Javasolt, hogy **a képzett segédápoló képzést az egészségtudományi karokon és a közoktatási intézményeken felül végezhessek a skill fejlesztésben érintett egészségügyi intézmények, valamint az országos intézetek.** Az alábbiakban a nemzetközi gyakorlat figyelembevételével javaslatot teszünk a képzett segédápoló képzés tantárgyaira és óraszámaira (1. táblázat).

Tantárgy / ismeretkör megnevezés	Elméleti órák	Gyakorlati órák
Etika és megbízhatóság (szakdolgozóval szemben elvárható viselkedésmód, szakdolgozók egymás közötti kommunikációja, betegekkel való etikus bánásmód)	10	10
Betegjogok (beteg jogai a kórházi ellátás során, betegjogi képviselő szerepe, egészségügyi törvény)	10	
Elsősegélynyújtás alapjai (BLS, elsődleges sebellátás, mentőhívás)	15	15
A test működése – Betegszállítás (anatómiai és élettani alapok)	20	20
Kórházi aszepsis (fertőtlenítő eljárások, kézhigiéncia, viselkedési rendszabályok, sterilitás, aszepszis-antiszepszis fogalma)	20	20
Katasztrófák és előre nem látható események – Betegbiztonság (munka és balesetvédelem kórházi körülmények között, betegmentési stratégia, biztonságos beteg környezet kialakítása)	10	10
Megfigyelés és dokumentáció – Egészségügyi terminológia és rövidítések (egészségügyi dokumentáció típusai, vezetésük, jelentőségük, beteg állapotváltozásainak megfigyelése, gyakori latin kifejezések ismertetése)	10	10
Vitális paraméterek (Befolyásoló tényezők; Normálértékek; A mérés módjai; Hőmérséklet, pulzus, légzés; Vérnyomás; és eltéréseik, Adatok rögzítése)	10	30
Ápolás és gondozás (felnőtt és gyermek) alapjai (fiziológias szükségletek és kielégítésük módjai, non-invazív segédeszközök, gyógyszerelés alapjai, halál és haldoklás, halott ellátás)	30	30
Munkavédelem (Munkavédelmi alapismeretek; Munkahelyek kialakítása; Munkavégzés személyi feltételei; Munkaeszközök biztonsága; Munkakörnyezeti hatások; Munkavédelmi jogi ismeretek)	15	5
Táplálás (Szervezet mikro és makro tápanyag szükséglete, tápszerek alkalmazása per os, étkezés támogatása, folyadék egyenleg vezetése, normál táplálkozás)	10	10
Rehabilitációs gondozás (rehabilitációs osztályon történő gondozás specialitásai, gyógyászati segédeszközök használata, önellátás forszírozása)	10	10
Kommunikáció és viselkedési szabályok (Kommunikáció; Védelmi mechanizmusok; Szocio-kulturális faktorok; Attitűdök betegség és egészség esetén; Családi interakciók)	10	10
Klinikai gyakorlat képzett segédápolók részére (Betegmegfigyelés, Vitális paraméterek mérése/megfigyelése, fiziológias szükségletek kielégítése, beteggondozás alapjai)		100
Összesen:	180	270

1. táblázat: Javaslat a képzett segédápoló képzés tantárgyaira és óraszámaira a nemzetközi gyakorlat figyelembevételével ^{79 80 81 82 83 84 85}

II.11.3.3. Általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés 1911 óra (elmélet: 1324 óra; gyakorlat: 587 óra)

A képzésbe beszámítandó a képzett segédápoló képzés óraszama (450 óra), illetve a képzés 11. és 12. évfolyamának órái (elmélet: 604 óra, gyakorlat: 587 óra) beszámításra kerülnek az Ápoló képzés óraszámába, míg a **BSc ápoló hallgatók a 4. szemeszter teljesítésével általános ápolási és egészségügyi asszisztens végzettséget kapnak.**

II.11.3.4. Az Ápoló és a Csecsemő és gyermekápoló képzés átalakítása 2 éves (elmélet: 1070 óra; gyakorlat 1170 óra) felsőoktatási szakképzéssé (FOKSz)

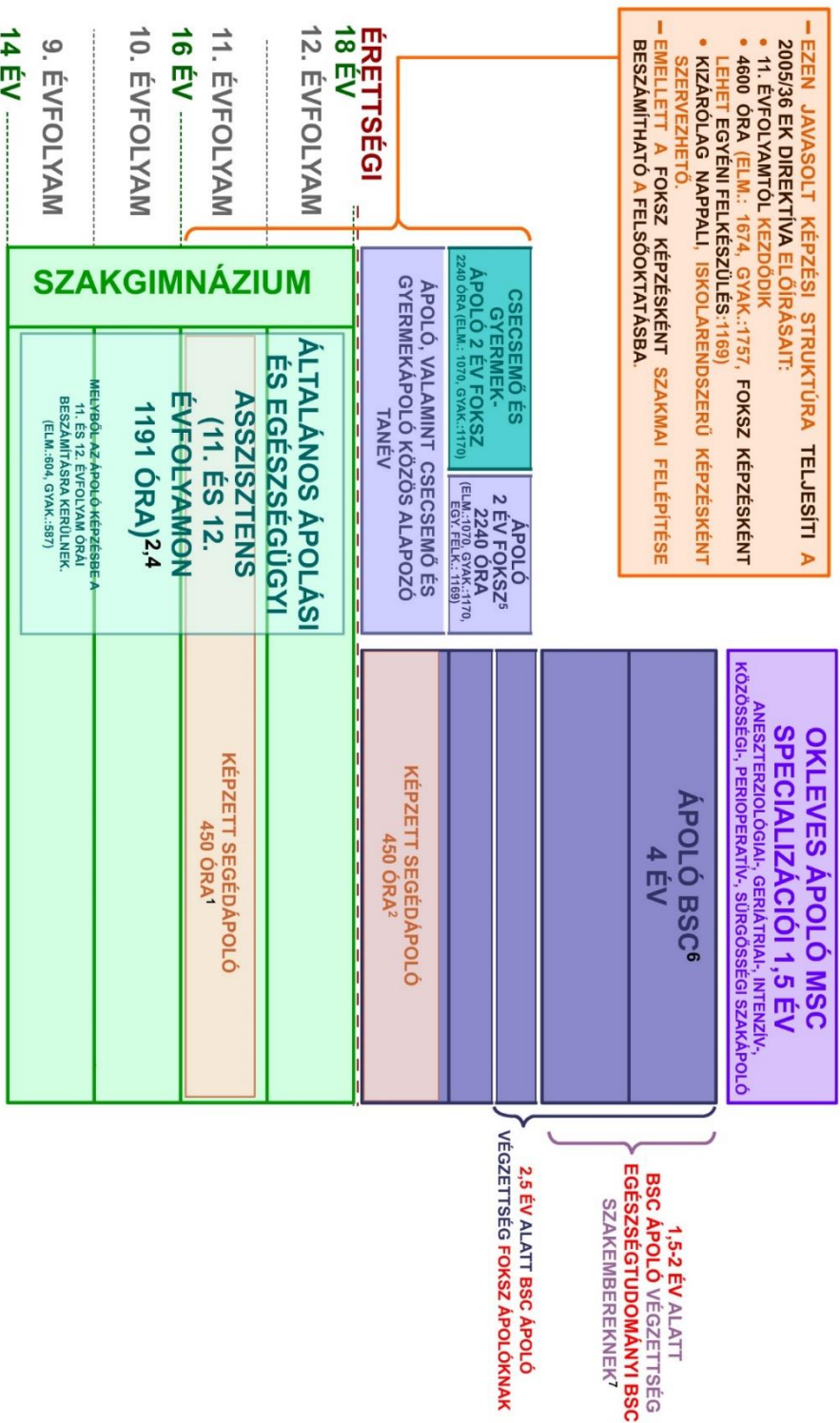
A képzés első tanéve: ápoló, valamint csecsemő- és gyermekápoló közös alapozó tanév, melyet követően a hallgató dönthet, hogy az ápoló vagy a csecsemő- és gyermekápoló „elágazást” választja a második, befejező tanévben. A két képzés közötti nagy átfedés miatt ez a megoldás praktikus lenne, növelhetné az ápolók számát, rövidíthetné a második végzettség megszerzésének idejét.

A **belépés feltételei:** érettségi bizonyítvány, általános ápolási és egészségügyi asszisztensi végzettség (gimnáziumi végzettség esetén az általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés az érettségit követően végezhető el 1 éves képzésként [1191 óra – elmélet: 604 óra; gyakorlat: 587 óra]).

Az **ápoló képzés tömegképzésként** történő megőrzése érdekében az ápoló, valamint a csecsemő- és gyermekápoló képzés **csak akkor alakítható át sikeresen FOKSz képzéssé**, ha a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény 40.§ (1) bekezdésben és a felsőoktatási felvételi eljárásról szóló 423/2012. (XII. 29.) Korm. rendelet 14§-ban **módosításra kerülnek a FOKSz képzés felvételi feltételei között az érettségi vizsga eredményéhez, és pontszámításához kapcsolódó feltételek.** Jelenleg a felvétel feltétele érettségi vizsga sikeres teljesítése, egészségügyi, szakmai vagy pályaalakalmassági vizsgálat, illetve a középiskolai tanulmányok és/vagy érettségi vizsga eredménye (a két legjobb érettségi eredményt figyelembe véve) alapján, ha a számított pontszáma eléri a minimum 240 pontot, vagy azon túlmenően az intézmény által

megállapított felvételi ponthatárt. Ezen felvételi feltételek mellett nem biztosítható az ápolói hiányszakma vonatkozásában a megfelelő számú ápoló képzése, ezért szükséges, hogy a gyakorló ápoló OKJ képzésnél alkalmazottak szerint mindössze a sikeres érettségi vizsga legyen meghatározva bemeneti feltételként. Ugyanakkor a FOKSz képzést követően megfelelő további feltételek (pl.: a FOKSz ápoló képzés későbbiekben meghatározásra kerülő bizonyos alapozó és szakmai tantárgyának, tantárgyanként legalább közepes szintű teljesítésének igazolása) meghatározásával biztosítható, hogy **csupán azok folytathassák a BSc ápoló képzésben tanulmányaikat, akik megfelelő képességekkel és tanulmányi eredményekkel rendelkeznek.** Utóbbi tanulók így 4 év helyett 2,5 éves képzésben, 90 kredit beszámítása mellett **szerezhetik meg a BSc ápolói végzettséget.**

Megjegyzés: **Megvizsgáltuk azt is,** hogy amennyiben az Ápoló és a Csecsemő- és gyermekápoló képzés első évét nem egy képzésként szervezzük meg, hanem **két különálló képzésként,** akkor a képzés első évét (13. évfolyam) döntően elméleti óraszámmal megtöltve (1010 óra elmélet és 110 óra gyakorlat) gyakorló ápoló (vagy gyakorló csecsemő- és gyermekápoló) végzettség lenne adható (és ezen végzettség birtokában az érettségit követő egy éves képzés után már képzett ápolói felügyelettel az ápolói hatáskör nagy részét lefedő feladatkört tölthetne be munkaviszonyban), míg a képzés második éve teljes mértékben gyakorlat lehetne (1120 óra gyakorlat), amelyet már a kórházban/munkahelyén tölthetne a hallgató, és amelyet követően egy gyakorlati záróvizsga sikeres teljesítését követően kapná meg ápolói oklevelét (vagy gyakorló csecsemő- és gyermekápoló végzettségét). **Ebben az esetben azonban a FOKSz képzés nem szervezhető meg,** mert az jogszabályilag 2 éves képzés, és az első évet követően nincs kilépési lehetőség, valamint a képzés első éve, melyben a két év teljes elméleti tananyagtartalmát le kell oktatni, nem szervezhető meg közösen az ápoló és csecsemő- és gyermekápoló képzésben közösen, az eltérő elméleti tananyagtartalom első évbe tömbösítése miatt. Mivel ebben az esetben **a FOKSz képzés nem valósítható meg, így csupán OKJ képzésként kerülhetne megvalósításra.**



¹A KÉPZETT SEGÉDÁPOLÓ KÉPZÉS ÓRASZÁMA BESZÁMÍTÁSRA KERÜL AZ ÁLTALÁNOS ÁPOLÁSI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ASSZISZTENS KÉPZÉSBE. ¹⁶ÉVES ÉLETKORTÓL SZAKGIMNÁZIUMI VÉGZETTSÉGEN KÍVÜL IS MEGSZERZHELTŐ; ²GINNAZIUMI VÉGZETTSÉG ESETÉN AZ ÁLTALÁNOS ÁPOLÁSI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ASSZISZTENS KÉPZÉS AZ ÉRETSÉGT KÖVETŐEN VEGEZHETŐ EL.; ³GINNAZIUMI VÉGZETTSÉG ESETÉN A BSc ÁPOLÓ KÉPZÉS ELŐ EYEBEN TELJESÍTHETŐ A KÉPZETT SEGÉDÁPOLÓ KÉPZÉS; ⁴GINNAZIUMI VÉGZETTSÉG ESETÉN A BSc ÁPOLÓ KÉPZÉS 4. SZEMSZTER TELJESÍTÉSE UTÁN ÁLTALÁNOS ÁPOLÁSI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI ASSZISZTENS VÉGZETTSÉG ADHATÓ; ⁵FOKSZ (FELSOÓKTATÁSI SZAKKÉPZÉS) ÁPOLÓ VÉGZETTSÉGRE ÉPÜLNEK A KÖZÉPFOKU SZAKÁPOLÓ/SZAKASSZISZTENS KÉPZÉSEK; ⁶BSc ÁPOLÓI VÉGZETTSÉGGEL A KÖZÉPFOKU SZAKÁPOLÓ KÉPZÉSEK, VALAMINT A KÖZÖS ALAPOZO TANÉVRE ÉPÜLŐ CSECSEMŐ- ÉS GYERMEKÁPOLÓ KÉPZÉS FENNMARADO RÉSEZE IS ELVEGEZHETŐ; ⁷DIETETIKUSOK, GYOGYTORNÁSZOK, MENTŐTISZTEK, VÉDNÖK, ERGOTERAPEUTÁK SZÁMÁRA;

OLAH ET AL.

9. ábra: A hazai középfokú ápolóképzés FOKSZ képzés szerinti, a 2005/36 EU direktívának is megfelelő átalakításának verziója, a felsőoktatásba való becsatlakozás lehetőségével

II.11.3.5. A hazai ápolóképzésben jelenleg sem betartott 2005/36 EU direktíva későbbiekben történő betartásának akadályai a hazai középfokú ápolóképzés OKJ ápoló képzésként történő megtartása esetén

Megvizsgáltuk, hogy a középfokú ápolóképzés OKJ ápoló képzésként (és nem FOKSz képzésként) átalakítható-e úgy, hogy teljesítse a 2005/36 EU direktíva előírásait. Előjáróban összefoglalva elmondható, hogy erre nincs jogilag, pedagógiaiilag és szakmailag vállalható megoldás az alábbiak miatt:

A 2005/36 EU direktíva előírásait az OKJ ápoló képzés csak teljesíthetetlennek tűnő változtatások mellett tudná a továbbiakban középfokú OKJ ápoló képzésként biztosítani.

A helyzet megoldása számos jogszabály jelentős változtatását igényelné, jelentősen megnövelné a tanulók óraterhelését, mert a közoktatásban **a FOKSz képzéssel ellentétben nincs lehetőség egyéni felkészülés beszámítására, pedagógiaiilag, szakmailag sem lenne vállalható, és a köznevelési szakmai körök támogatását sem látjuk biztosíthatónak.** A közoktatásban – szemben a FOKSz képzéssel/felsőoktatással – nincs lehetőség egyéni felkészülési órák beszámítására, így az EU direktíva 11. évfolyamtól kezdődő 4600 órás előírása nagyon nehezen megvalósítható, csak jogszabály-módosítással lehetséges. Ez azt jelenti, hogy az általános ápolási és egészségügyi asszisztens 11. és 12. évfolyamának 1191 órája és az érettségi utáni OKJ 2 éves ápoló vagy OKJ 1 éves gyakorló ápoló és OKJ 1 éves ápoló 2240 óráján túl az egyéni felkészülés beszámíthatóságának hiányában még 1169 óra hiányzik az EU direktíva által előírt 4600 órához, amit a 11. és 12. évfolyamon kellene elosztani (hiszen az EU direktíva értelmében csak a befejezett 10. évfolyamot követő óraszám számítható be a képzésbe), ami nemcsak megnehezíti/lehetetlenné teszi az általános ápolási és egészségügyi asszisztens képzés megvalósítását, de a felmerülő lehetséges megoldások jelenleg jogszabályellenesek. A 9. és 10. évfolyam 720 szakmai óráját át kellene helyezni a 11. és 12. évfolyamra, és helyette közismereti órákat kellene áthelyezni a 11. és 12. évfolyamról a 9. és 10. évfolyamra. Ez azonban szembe megy jelenleg a szakképzési kerettantervvel, ami előírja, hogy mind a 4 évfolyamon (9-12 évf.)

biztosítani kell a közismereti oktatásra az órakeret 60%-át, továbbá **pedagógiaiilag is aggályos, mert a közismereti tárgyak így szakmailag indokolatlanul messze kerülnek az érettségi idejétől.** A köznevelési ágazaton valószínűsíthetően nehezen keresztülvihető változtatás esetleges megvalósítása esetén, **még mindig fennmarad 449 óra hiány, amit a képzésbe szükséges integrálni.** További hátránya, hogy a középfokú képzésből nem lehet érdemben, jelentős mértékben, és a képzési időt érdemben rövidítő módon a felsőoktatási alapképzésbe kreditet beszámítani, így ebben az esetben **az OKJ ápolók számára nem lenne biztosítható a 4 éves BSc ápoló képzés 2,5 év alatt történő teljesítésének lehetősége sem.**

Információink szerint **napirenden van a szakképzés átalakítása,** sőt azon már dolgoznak az ágazati készségtanácsok is. Sajnálatosnak tartjuk, hogy az egészségügyi területen **az ágazati készségtanács nem kezdte meg működését,** így az az OKJ módosítás előkészítésében sem vehet részt. Csak **reménykedni tudunk** abban, hogy a szakképzés átalakításakor az egészségügy és azon belül **az egészségügyi szakdolgozók érdekei megfelelően kerülhetnek képviselőre.** A szakképzés jelenleg zajló átalakításával kapcsolatos **információhiányból** adódóan **kialakulhat az a helyzet,** hogy oly módon **változik meg a jogszabályi háttér** (pl.: az érettségit követően nem kezdhetik meg munkájukat az egészségügyi szakemberek, csupán további egy év technikus képzést követően), hogy a középfokú ápolóképzés átalakítására jelen tanulmány részeként **kidolgozott koncepció felülvizsgálata szükséges.** Ebben az esetben jelen tanulmány **szerzői,** és a tanulmányt **támogató szervezetek a kitézött célok** (pl.: nagy létszámú, a jelenlegi középfokú képzésnek megfelelő ápoló biztosítása; 2005/36 EU direktívának való megfelelés; BSc ápolóképzésbe beszámítható 1,5 év/90 kredit, stb.) **megtartása mellett** a későbbiekben **aktualizálják** az OKJ átalakításra vonatkozó **javaslatukat.** Továbbra is fontosak a **versenyképességi,** illetve a **minőségi, szakmailag és jogilag megfelelő, életpályát** és fejlődési lehetőséget nyújtó képzésre vonatkozó **szempontok,** tisztázni kell, hogy a szakképzés átalakítása valóban az elérni kívánt **előnyökkel jár-e az egészségügyi képzések esetében is,**

vagy az egészségügy a **speciális szempontjaira** tekintettel **speciális megoldásokat igényel**. Álláspontunk szerint az ágazatnak **nem szabad olyan képzési rendszert elfogadnia**, amely **hosszabb képzési idő** után enged ki különféle szinten középfokú ápolókat a munkaerőpiacra, **továbbra sem biztosítja az EU direktívának való megfelelést**, vagy indokolatlanul **nagy óraszámot/túl hosszú képzési időt** és a felsőoktatásba a jelen tanulmányban szereplő **1,5 év/90 kreditnél lényegesen kisebb beszámíthatóságot** tenne lehetővé. Természetesen a FOKSz képzés bevezetéséig, átmeneti intézkedésként (kb. 2 éves időtartamban) indokolt a jelenlegi, vagy a **jelenlegihez hasonló középfokú képzés megtartása** úgy, hogy az EMMI és a felsőoktatási intézmények részéről **deklarálásra kerül a FOKSz ápoló képzés kereteinek** (pl.: felvételi követelmények módosítása a nagy létszámú képzés biztosíthatóságához) **kidolgozása és bevezetésének időpontja**.

II.11.4. A négy éves ápoló BSc képzés elvégzésének lehetősége 1,5-2 év alatt a más egészségügyi képzésből érkező vagy 2,5 év alatt a FOKSz képzésből érkező szakemberek számára

Ahogy a tanulmány korábbi részében írtuk, javasoljuk, hogy **2030-ig duplázódjon meg a diplomás ápolók létszáma és aránya a hazai egészségügyi ellátórendszerben**. Ehhez hozzájárulhat a képzés **vonzóvá tétele más egészségügyi BSc végzettségű kollégák számára 2 éves képzésként**, valamint a középfokú OKJ ápolóképzés **2 éves felsőoktatási szakképzéssé történő átalakítását követően a BSc ápoló képzés 2,5 év alatti elvégzésének lehetővé tétele**. A BSc ápoló képzés, mint hiányszakma **ösztöndíjas támogatása**, a megfelelő **hatáskör és bérezés** egyaránt szükséges a képzés vonzóbbá tétele, a végzetek pályán tartása és az adminisztratív vezető pozíció helyett a közvetlen betegágy melletti tevékenység vonzóvá tétele érdekében.

Ahogy azt a korábbiakban részletesen ismertettük az **OKJ ápoló képzés FOKSz képzéssé történő átalakítása** nemcsak a **2005/36 EU direktívának megfelelő ápolóképzés kialakítását segíti elő**, többek

között az egyéni felkészülés óraszámában és kreditben történő elismerésével, hanem a középfokú OKJ ápoló képzés két éves felsőoktatási szakképzéssé (FOKSZ) történő átalakítását követően a 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról lehetővé teszi maximum 90 kredit beszámítását az adott területen folyó BSc képzésbe (jelen esetben a BSc ápoló képzésbe), így **a 8 szemeszteres képzés 4 év helyett 2,5 év alatt elvégezhetővé válik**.

II.11.4.1. Ápolás és betegellátás alapszak ápoló szakirány 4 féléves képzés

A BSc ápoló képzés kereteit a 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet szabályozza, a képzés megvalósításával kapcsolatosan az egyetemi autonómia ezen jogszabály betartása mellett kisebb-nagyobb eltéréseket eredményezhet a BSc ápoló képzés tantervének vonatkozásában. Az ugyanakkor megállapítható, hogy **megfelelő tantervi struktúrával az egyes egészségügyi képzések egyes tantárgyainak** (alapozó természettudományi, társadalomtudományi tantárgyak, stb. – lásd később) **egységes tartalmú és számonkérésű oktatása mellett ezen tantárgyak beszámításával és a rövidített képzési programra kidolgozott speciális tantervvel biztosítani lehet a BSc ápoló képzés 2 év alatt történő teljesítését úgy, hogy az ápoló képzéshez tartozó tananyagtartalom** (pl.: klinikum, gyógyszerstan, ápolástan, klinikai gyakorlat) **teljes óraszám/kredit értéke csökkentés nélkül leoktatásra kerül** (a levelező képzésben ez egyes szemeszterekben 4, egyes szemeszterekben 5 konzultációs hetet vehet igénybe). Természetesen ezen két éves képzés a felsorolt valamennyi képzés között megszervezhető (pl.: ápolókból 2 év alatt dietetikus, gyógytornászból 2 év alatt mentőtiszt), korlátot csupán az jelent, ha egyes képzések elindítására levelező munkarendben nem kerül sor.

Az 10. ábra bemutat egy példát az egyes egészségügyi BSc végzettséggel rendelkező szakemberek számára megszervezett 2 éves BSc ápoló képzés tantervére (melytől a fentiekben ismertett egyetemi autonómia okán az egyetemek természetesen eltérő megoldásokat alkalmazhatnak a saját képzési programjaiknak megfelelően). A 8 szemeszter és 240 kredit

ápoló képzésből, ahogy az ábrán látható, a dieteikus, gyógytornász, mentőtiszt, szülésznő, védőnő, ergoterapeuta szakemberek esetében elfogadásra kerülhet 110 kredit (nappali munkarendben 1088 óra [elmélet: 562, tantermi gyak.: 386, klinikai gyakorlat: 140], levelező munkarendben 505 óra [elmélet: 284, tantermi gyak.: 171, klinikai gyakorlat: 50]) az alábbi tantárgyaknak/ismeretköröknek megfelelően: elsősegélynyújtás, egészségügyi latin, sejtbiológia, biokémia, biofizika és egészségügyi műszaki ismeretek, ápolástan, mikrobiológia, egészségügyi kommunikáció, népegészségtan, etika, egészségügyi jog, egészségpedagógia, egészségügyi informatika, diétetika, egészségpszichológia, egészségpszichológia, egészségfejlesztés–egészségnevelés, közegészségtan–járványtan, anatómia, élettan, kórélettan, kutatómódszertani és biostatistikai ismeretek, szakdolgozat készítés, szabadon választható tantárgyak. Ebből adódóan a beszámításokat követően a 4 szemeszteres BSc ápoló képzés során 130 kreditet kell teljesíteni a 10. ábrán szemeszterenként bemutatottaknak megfelelően (nappali munkarendben 2188 óra [elmélet: 864, tantermi gyak.: 314, klinikai gyakorlat: 1010], levelező munkarendben 1121 óra [elmélet: 465, tantermi gyak.: 176, klinikai gyakorlat: 480]). Az egyes szemeszterekben 32-33 kreditet kell teljesíteni, ami megfelel a 87/2015. (IV. 9.) Korm. rendelet 54. § 1. bekezdésében foglaltaknak. **Amennyiben egyes szakirányok között további tantárgyak egységes oktatása és számonkérése is megszervezhető, úgy egyes képzések között akár 1,5 évre is csökkenthető az újabb végzettség megszerzésének ideje** (pl.: egyes klinikai tantárgyak és gyakorlatuk [belgyógyászat, sebészet], gyógyszeratan közös oktatásával szülésznők és ápolók, védőnők képzése között).

Ezen program kísérleti jelleggel **2018 szeptemberétől a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán meg is kezdődött**, a program tapasztalatai segíthetnek a leginkább hallgatóbarát, teljesíthető és vonzó, szakmailag hiteles program kialakításában.

II.11.4.2. Ápolás és betegellátás alapszak ápoló szakirány 5 féléves képzés

A középfokú OKJ ápoló képzés két éves felsőoktatási szakképzéssé (FOKSZ) történő átalakítását követően a 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról lehetővé teszi maximum 90 kredit beszámítását az adott területen folyó BSc képzésbe (jelen esetben a BSc ápoló képzésbe), így a 8 szemeszteres képzés 4 év helyett 2,5 év alatt elvégezhetővé válik.

Alapelveknek tekinthető, hogy a FOKSZ ápoló képzésben végzettek esetében **a képzés szintjéből adódóan nem várható el**, hogy a meghatározó alapozó természettudományi tantárgyak esetében **rendelkezzenek olyan mélységű ismeretekkel**, mint az egészség tudományi BSc képzéseket végzett szakemberek, **ezért ezen tantárgyak beszámítására esetükben nem kerülhet sor** (pl.: anatómia, élettan, kórélettan), valamint bizonyos tantárgyak nem képezik a BSc ápoló képzés alatti ápoló (jelenleg OKJ ápoló) képzés részét, így azok oktatása szükséges (pl.: kutatómódszertan és biostatistika, a minimálisan BSc-hez kötött feladat ellátásához kapcsolódó menedzsment ismeretkörök, belgyógyászati betegvizsgálat, szakdolgozat készítés). **A BSc ápoló képzésnél alacsonyabb szintű ápoló képzésből szintén nem számíthatóak be a szükségszerűen mélyebb alapozó természettudományi ismeretekre épülő, mélyebb szintű elsajátítást igénylő tantárgyak/ismeretkörök** (pl.: klinikum, diagnosztika, gyógyszeratan, szakápolástan és az ezekhez tartozó gyakorlatok, stb.). **Mindezekből adódóan további egy szemeszter szükséges ahhoz, hogy a FOKSZ ápoló végzettségű szakemberek közül a megfelelő tanulmányi eredménnyel és képességekkel rendelkező szakemberek BSc ápolói végzettséget szerezhessenek.** Mint azt az **11. ábrán bemutatott 2 éves FOKSZ ápoló képzésben végzettséget szerzett szakemberek számára elkészített minta V féléves rövidített képzési programra kidolgozott speciális tanterv is mutatja**, mely a gyakorlatban azt jelenti, hogy ezen hallgatók egy szemeszterben elsajátíthatják a kellő mélységű anatómiai, élettani, kórélettani és diagnosztikai ismereteket, valamint a hiányzó kutatómódszertani és biostatistikai és menedzsment ismereteket.

ÁPOLÁS ÉS BETEGELLÁTÁS ALAPSZAK - ÁPOLÓ SZAKIRÁNY 4 FÉLÉVES KÉPZÉS
(DIETETIKUS, GYÓGYTORNÁSZ, MENTŐSZI, SZÜLÉSZNŐ, VÉDŐNŐ VÉGZEJTTSÉGŰEKNEK)
 (NAPPALI/LEVELEZŐ MUNKARENDEK)

ELFOGADOTT ÖSSZESEN
110 KREDIT
 NAPPALI MUNKARENDE: 948 óra
 (ELM: 492, TGY: 316, KGY: 140)
 LEVELEZŐ MUNKARENDE: 435 óra
 (ELM: 249, TGY: 136, KGY: 50)

ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS, EGÉRSÉGÜGYI LATIN, SEJTBIOLÓGIA, BIOKÉMIA, BIOFIZIKA ÉS EGÉRSÉGÜGYI MŰSZAKI ISMERETEK, ÁPOLÁSTAN, MIKROBIOLÓGIA, EGÉRSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓ, NÉPEGÉRSZETTAN, ETIKA, EGÉRSÉGÜGYI JOG, EGÉRSÉGPEDAGÓGIA, EGÉRSÉGÜGYI INFORMATIKA, DIETETIKA, EGÉRSÉGPSZICHOLOGIA, EGÉRSÉGEGYÜZMÉNYTAN, EGÉRSÉGNEVELÉS, KOZEGÉRSÉGIGYAN-JÁRVANYTAN, ANATOMIA, ELETTAN, KORELETTAN, KUTATÁSMÓDSZERTANI ÉS BIOSZTATISZTIKAI ISMERETEK, SZAKDOLGOZAT KÉSZÍTÉS, SZABADON VÁLASZTHATÓ TANTÁRGYAK

TELJESÍTENDŐ ÖSSZESEN: 130 KREDIT
 NAPPALI MUNKARENDE 2188 óra (ELM: 864, TGY: 314, KGY: 1010); LEVELEZŐ MUNKARENDE 1121 óra (ELM: 465, TGY: 176, KGY: 480)

I. SZEMESZTER (ELM: 256/106; TGY: 106/63; KGY: 130/69)	KLINIKAI ALAPISMERETEK ÉS PROPEDEUTIKA (ELM: 239,16; TGY: 239,16; KGY: 230,10)	GYÓGYSZERTAN (ELM: 40,20; TGY: 20,14)	ÁPOLÁSTAN (ELM: 30,26; TGY: 40,26)	KISKLINIKUMI ISMERETEK ÉS SZAKÁPOLÁSTANA I. (ELM: 239,12; ÁELM: 14,10; KGY: 330,20)	KISKLINIKUMI ISMERETEK ÉS SZAKÁPOLÁSTANA II. (ELM: 34,10; ÁELM: 10,6)	CSECSEMŐGYERMEKGYÓGYÁSZAT ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 28,12; ÁELM: 18,8; KGY: 40,20)	SZÜLÉSZET - NŐGYÓGYÁSZAT ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 29,12; ÁELM: 18,8; TGY: 16,6; KGY: 40,12)
--	--	---	--	---	---	--	--

II. SZEMESZTER (ELM: 224/123; TGY: 99/82; KGY: 270/120)	NEUROLÓGIA ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 29,12; ÁELM: 18,8; TGY: 16,8; KGY: 30,20)	BELGYÓGYÁSZAT ÉS SZAKÁPOLÁSTANA I. (ELM: 239,18; ÁELM: 23,16; TGY: 34,18; KGY: 110,50)	SEBÉSZET ÉS SZAKÁPOLÁSTANA I. (ELM: 239,18; ÁELM: 23,16; TGY: 34,18; KGY: 110,50)	EKG ISMERETEK (ELM: 14,8; TGY: 14,8)	EGÉRSÉGÜGYI MENEDZSMENT (ELM: 24,15)	KLINIKAI DIAGNOSZTIKA ÉS DÖNTÉSHOZATAL (ELM: 23,14)
---	--	--	---	--	--	---

III. SZEMESZTER (ELM: 262/123; TGY: 68/36; KGY: 290/125)	BELGYÓGYÁSZAT ÉS SZAKÁPOLÁSTANA II. (ELM: 239,18; ÁELM: 23,16; TGY: 34,18; KGY: 110,50)	PSZICHIÁTRIA ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 14,10; ÁELM: 14,8; KGY: 40,15)	HOSPICE (ELM: 14,6)	SEBÉSZET ÉS SZAKÁPOLÁSTANA II. (ELM: 239,18; ÁELM: 23,16; TGY: 34,18; KGY: 110,50)	ONKOLÓGIA ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 239,12; ÁELM: 18,8; KGY: 30,10)	GERONTOLÓGIA ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 23,12; ÁELM: 14,8)
--	---	---	-------------------------------	--	---	---

IV. SZEMESZTER (ELM: 142/70; TGY: 44/26; KGY: 130/170)	KÖZÖSSÉGI ORVOSLÁS, ÁPOLÁS (ELM: 20,8; ÁELM: 18,6)	INTENZÍV TERÁPIA, ANESZTEZIOLOGIA ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 239,16; ÁELM: 23,14; TGY: 24,14; KGY: 100,40)	OXIOLÓGIA ÉS SZAKÁPOLÁSTANA (ELM: 239,14; ÁELM: 20,12; TGY: 20,12; KGY: 60,20)	SZAKMAI GYAKORLAT (KGY: 160/80)
--	--	---	--	---

ELM: ELMÉLETI, KEM: KLINIKUMÉLMÉLET, ÁELM: SZAKÁPOLÁSTANÉLMÉLET, TGY: TANTERMI GYAKORLAT, KGY: KLINIKAI GYAKORLAT

OLÁH ET AL.

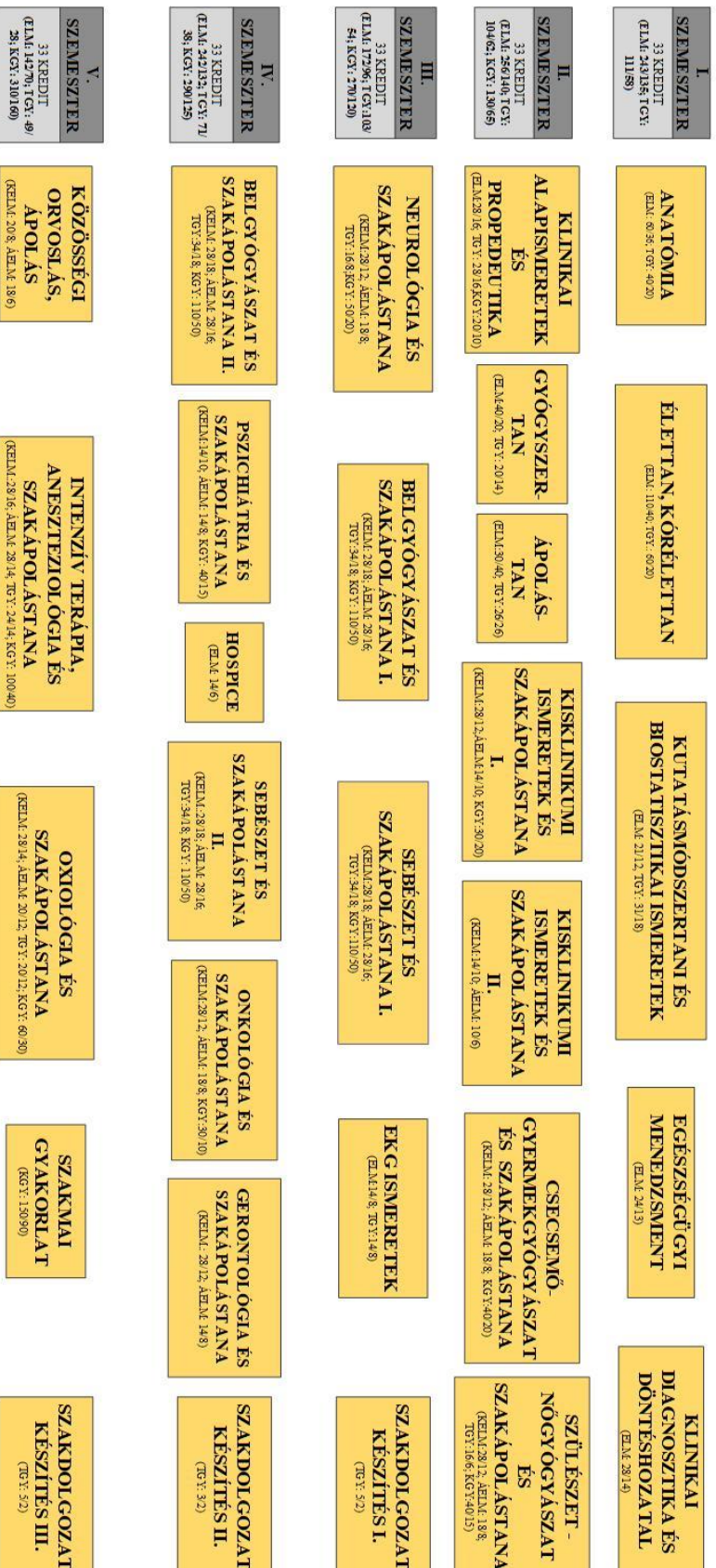
10. ábra: Ápolás és betegellátás alapszak – ápoló szakirány 4 féléves képzés mintatanterve (dietaetikus, gyógytornász, mentősz, szülész, védőnő végzettségűeknek) (nappali/levelező munkarend)

**ÁPOLÁS ÉS BETEGELLÁTÁS ALAPSZAK - ÁPOLÓ SZAKIRÁNY 5 FÉLÉVES KÉPZÉS
(FOKSZ ÁPOLÓ VÉGZETTSÉGGEL RENDELKEZŐK SZÁMÁRA)
(NAPPALI LEVELEZŐ MUNKAREND)**

ELFOGADOTT ÖSSZESEN
75 KREDIT
 NAPPALI MUNKAREND: **643 óra**
 (ELM: 301, TGY: 192, KGY: 150),
 LEVELEZŐ MUNKAREND: **273 óra**
 (ELM: 141, TGY: 72, KGY: 60)

ELSŐSEGÉLYNYÚJTÁS, EGÉSZSÉGÜGYI LATIN, SELTBIOLOGIA, BIOKÉMIA, BIOPHIZIKA ÉS EGÉSZSÉGÜGYI MŰSZAKI ISMERETEK, ÁPOLÁSTAN MIKROBIOLOGIA, EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓ, NEPEGÉSZSÉGTAN, ETIKA, EGÉSZSÉGÜGYI JOG, EGÉSZSÉGPEDA GÓGIA, EGÉSZSÉGÜGYI INFORMATIKA, DIETETIKA, EGÉSZSÉGSZOCIOLÓGIA, EGÉSZSÉGPSZICHOLOGIA, EGÉSZSÉGHÉLLESZTÉS - EGÉSZSÉGNEVELÉS, KOZELEGÉSZSÉGTAN-JÁRVÁNYTAN, SZABADON VÁLASZTHATÓ TANTÁRGYAK

TELJESÍTENDŐ ÖSSZESEN: 165 KREDIT
 NAPPALI MUNKAREND **2493 óra** (ELM: 1055, TGY: 438, KGY: 1000); LEVELEZŐ MUNKAREND **1283 óra** (ELM: 573, TGY: 240, KGY: 470)



ELM: ELMÉLET, KEIM: KLINIKUMI NÉLET, ÁELM: SZAKÁPOLÁSTAN ELMÉLET, TGY: TANTERMI GYAKORLAT, KGY: KLINIKAI GYAKORLAT

11. ábra: Ápolás és betegellátás alapszak – ápoló szakirány 5 féléves képzés mintatanterve (FOKSz ápoló végzettséggel rendelkezők számára) (nappali/levelező munkarend)

Ahogy az **ábrán látható**, a 8 szemeszteres 240 kredites ápoló képzésből a FOKSZ ápoló végzettségűek esetében elfogadásra kerülhet 75 kredit (nappali munkarendben 643 óra [elmélet: 301, tantermi gyak.: 192, klinikai gyakorlat: 150], levelező munkarendben 273 óra [elmélet: 141, tantermi gyak.: 72, klinikai gyakorlat: 60]) az alábbi tantárgyaknak/ismeretköröknek megfelelően: elsősegélynyújtás, egészségügyi latin, sejtbiológia, biokémia, biofizika és egészségügyi műszaki ismeretek, ápolástan, mikrobiológia, egészségügyi kommunikáció, népegészségtan, etika, egészségügyi jog, egészségpedagógia, egészségügyi informatika, diétetika, egészségpszichológia, egészségfejlesztés–egészségnevelés, közegészségtan–járványtan, szabadon választható tantárgyak. Ebből adódóan a beszámításokat követően **az 5 szemeszteres BSc ápoló képzés** során 165 kreditet kell teljesíteni a 11. ábrán szemeszterenként bemutatottaknak megfelelően (nappali munkarendben 2493 óra [elmélet: 1055, tantermi gyak.: 438, klinikai gyakorlat: 1000], levelező munkarendben 1283 óra [elmélet: 573, tantermi gyak.: 240, klinikai gyakorlat: 470]). Az egyes szemeszterekben 33 kreditet kell teljesíteni, ami megfelel a 87/2015. (IV. 9.) Korm. rendelet 54. § 1. bekezdésében foglaltaknak.

II.11.5. Képzési szintenként meghatározott, különös tekintettel a magasabb végzettségű, BSc/MSc ápolók többléttudását is elismerő, azt a kliensek érdekében kiaknázó ápolói hatásköri lista bevezetése

Az alábbiakban javaslatot teszünk a közép fokú ápolóképzés fentiek szerinti átalakításához kapcsolódóan az **egyes képzésekhez rendelni javasolt hatásköri lista vonatkozásában**.

II.11.5.1. Képzett segédápoló

A hatáskör tervezett főbb elemei: Enterális gyógyszereket, előre csomagolt formában adagolt készítményeket elrendelés alapján bead; vészhelyzet esetén haladéktalanul intézkedik, felismeri a közvetlen életveszélyt, elsősegélyt nyújt, felismeri az emberi test élettani működésétől eltérő állapotokat, folyamatokat; dokumentál; alapápolási feladatokat lát el

(higiénés, táplálkozási, üritési szükségletek kielégítése, ágyazás, betegmozgatás); asszisztensi feladatokat lát el (kardinális tünetek mérése non-invasív módon, vércukormérés; vizeletvizsgálat gyorsteszttel; decubitus jeleinek felismerése; előkészítés egyes vizsgálatokhoz/beavatkozásokhoz és segédkezés a kivitelezés során; segédkezik a betegnek a vizsgálatok előtt és után, szükség esetén kíséri a klienst; megfelelően alkalmazza a betegszállítás eszközeit; segédkezés gyógyszerbejuttatásnál; ic, sc, im [deltaizomba] injekciózás [előre töltött adagban elérhető készítmény esetében] és az esetleges szövödmények felismerése; EKG készítés, vér és egyéb mintavétel).

II.11.5.2. Általános ápolási és egészségügyi asszisztens

A hatáskör tervezett főbb elemei: Képes perifériás rövid kanül behelyezésére, gondozására, eltávolítására, beöntés adására, sztómazsák üritésére, cseréjére, börteszt elvégzésére; gyomorszondán keresztüli táplálásra; a húgyhólyag irrigálására; CVK-ból vérvételre; im injekció beadására; előkészíteni gyógyszereléshez, infúziós terápiához; közreműködik gyógyszerelésben; segédkezik infúziós terápia kivitelezésében; képes infúziós palack cseréjére (de nem indíthat új terápiát); képes a cseppszám megváltoztatására; kötécserére az intravénás kanül helyén (CVK-nál nem). Képes midline katéter és IV kanül eltávolítására. Előkészíti és felkészíti a beteget: egyes diagnosztikus és terápiás beavatkozásokhoz és asszisztál egyes beavatkozásoknál; képes egyes akut sebek ellátására, oxigénterápia alkalmazása alacsony nyomású rendszerekkel. Képes felismerni a decubitus jeleit, súlyosságát. Képes bólusba beadni elrendelt fájdalomcsillapítót, hányáscsillapítót, antikoagulánst, diuretikumot, kortikoszteroidot, fiziológiás oldatot, heparinos fiziológiás oldatot és 14 éves kor felett glukózt. Képes részt venni a beteg műtéti előkészítésében, a betegdokumentáció vezetésében, a kötések cseréjében, valamint kommunikálja a beteg szükségleteit a képzett ápoló felé. Laboratóriumi váladék mintavétel kivitelezése és laborba juttatása (széklet, vizelet, köpet, torok-szem-orr-fülváladék, sebváladék, hányadék, széklet).

II.11.5.3. Ápoló (FOKSz)

A hatáskör tervezett főbb elemei: Képes egyénre szabott ápolási tervet készíteni, annak részeként ápolási diagnózis felállítására, ápolási folyamat koordinálására, a befejezett ápolói végzettséggel nem rendelkező szakemberek munkájának irányítására. Képes betegmonitorozásra, orvosi indikáció alapján gyógyszerelő tevékenység ellátására (intravénás injekciózás, infúziós terápia, stb.), egyes további invazív beavatkozásokkal kapcsolatos ápolói feladatokat lát el (pl.: gyomorszonda levezetés/gondozás, invazív betegmonitorozás, centrál véna/artériás kanül, egyéb kanül használata/gondozása; férfi és nő katéterezése és a katéter gondozása, légúti váladék mobilizálása/eltávolítása); oxigénterápia alkalmazása (alacsony és magas áramlási rendszerek); ellátja a táplálásterápia ápolói feladatait, ellátja a transzfúziós terápia körüli ápolói feladatokat, képes a korszerű sebkezelés kivitelezésére. A fájdalom felmérését elvégzi, közreműködik a speciális fájdalomcsillapításban (eda, pca); artéria kanülálásnál/punkcióknál/egyéb diagnosztikai és terápiás beavatkozásoknál előkészít és asszisztál, gyermek szakápolást végez, nem várt események felismerésére, elhárítására/elhárításukban való közreműködésre; haldokló beteg ápolására és halott ellátásra.

Az ápolói hatásköri listák pontos szabályozása és aktualizálása rendkívül fontos, de nemcsak a fent említett képesítések esetében kell elkészíteni, hanem a most rendszerben lévő, de legalább a jelenlegi OKJ-ban szereplő összes egészségügyi szakképzésre vonatkozóan szabályozni kell azokat. Ezekből a hatásköri listákból ki fog derülni, hogy a szakképzések közül melyek azok, amelyek minimális új kompetenciát adnak (az OKJ 55 Ápoló szakképesítéshez képest). Ezen szakképesítések az OKJ-ból törölhetők, a kompetenciák licence formában a szakdolgozóknak megadhatók. (pl: onkológiai szakápoló 5572313 – az ápoló 55-től eltérő kompetenciája, a gyógyszeres és nem gyógyszeres fájdalom csillapítás önálló kivitelezése.)

A változtatás **egyik útja lehet, hogy az OKJ-nak a teljes egészségügyi ágazati részét újra kell gondolni.** A hatásköri listák tisztázása után

fennmaradó, valós munkáltatói igényt tükröző alap és ráépülő szakképzések iskolarendszeren kívüli megszervezhetősége tehermentesíti az iskolarendszert, költséghatékony, és nagyobb rugalmasságot biztosít, mint az iskolarendszerű szakképzés. **Indokolt azonban átgondolni, hogy saját eszközpark nélküli képző milyen feltételek mellett vehet részt az oktatásban.**

II.11.5.4. BSc és MSc ápoló

A BSc és MSc ápolók hatásköri listáját a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről szóló 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet tartalmazza, melynek megfelelően fontos a munkakör és hatáskör betöltéséhez szükséges további jogszabály alkotási/módosítási feladatok ellátása (ismételten megjegyezzük: 2019 tavaszán végez az első MSc évfolyam, és sem a Michalicza-ösztöndíj folyosításának feltételeként szabott **MSc ápolói munkakörök nem állnak rendelkezésre** – így az MSc ápolók nem tudnak eleget tenni szerződésben rájuk rótt munkába állási kötelezettségüknek –, sem a **munkakörhöz tartozó és a rendeletből következő hatáskörök nincsenek jogilag megfelelő módon szabályozva.**)

A licence képzés/vizsga keretében javasolt további hatáskör bővítés részleteit a stratégia II.13. pontja taglalja.

II.11.6. Szakmailag (elmélet és gyakorlat) és pedagógiaileg képzett, az adott tantárgy oktatására alkalmas oktatók biztosítása

Az egyes ismeretekkel kapcsolatosan az **oktatóktól elvárt végzettségek** jelenleg bizonyos esetekben szakmailag **nem megfelelőek**, pl.: az ápoló képzés vonatkozásában klinikum és gyógyszerteran oktatását jelenleg pl.: diplomás ápoló, egészségügyi szaktanár is végezheti.

A szakma presztízsének növelése érdekében **szakmailag (elmélet és gyakorlat) és pedagógiaileg képzett oktatókat** kell biztosítani mind a középfokú, mind a felsőfokú egészségtudományi képzés vonatkozásában. Ennek elősegítését jól szolgálhatná a **kötelező továbbképzési rendszer** e cél érdekében

történő igénybevétele. Ez akkor lehetséges, ha az oktatókkal szemben elvárássá válik az érvényes működési engedély (a feltételek megfelelő módosítása mellett). A szakmai elméleti és gyakorlati oktatást végző szakdolgozók számára szervezett továbbképzések tartalmi elemeinek összeállításánál figyelembe kell venni többek közt az oktatás során átadandó kompetenciákat, a szakterülethez tartozó irányelvek, protokollok, technológia fejlődését, a jogszabályi keretek változását a gyakorlati oktatással érintettek (tanulók/hallgatók/képzésben résztvevők) életkorát. Fontos, hogy az oktatóknak egyaránt legyen lehetőségük elméleti és gyakorlati tudásuk fejlesztésére.

II.11.7. Az egészségügyi gyakorlatvezetői szakképesítéssel kapcsolatos probléma

Ágazatunk rendelkezik egy 55720 01 azonosító számú **egészségügyi gyakorlatvezetői szakképesítéssel**. Ezen hiánypótló, az ágazat specialitásait figyelembe vevő képzés állami támogatással, pályázati keret terhére valósult meg, hiszen az ágazatban hosszú ideig nem volt elérhető tanári végzettség. **A szakképesítés birtokában az eddigiekben lehetőség volt kórházi gyakorlati oktatási feladatok ellátására.** Ugyanakkor a szakképzésről szóló 2011. évi CLXXXVII. törvény értelmében **gyakorlati oktatást felsőfokú pedagógiai végzettség hiányában nem végezhetnek az egészségügyi gyakorlatvezetők, ami a szakemberhiány miatt súlyos problémákat is eredményezhet a képzés vonatkozásában.** Ugyanakkor a képzést elvégző kollégák esetében szemléletváltás tapasztalható, és magas szintű szakmai tudásukat megfelelő pedagógiai módszerek alkalmazásával tudják átadni az egészségügyi képzésben résztvevő tanulók számára.

II.11.8. A szociális gondozó és ápoló képzés problémája

A képzés keretében az **ápolói megnevezés az egészségügyi ágazaton kívüli képzésben,** ágazatunk és a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) érdemi **kontrollja nélkül** szerezhető meg. Az ápoló

megnevezés félrevezető, hiszen nem teljesíti a vonatkozó EU direktívában az ápoló képzés vonatkozásában előírtakat, illetve nem láthatja el az ápolói feladatkört, még a szociális szférában sem. Emellett a **szociális gondozó és ápoló érettségi nélkül, 3 éves képzés** teljesítésével olyan, részben ápolói hatáskör ellátása (pl.: gyógyszerelés, intramuszkuláris injekciózás) mellett **jogosult az ápolói megnevezés használatára,** mely vonatkozásában az **egészségügyi ágazatban** csupán **általános ápolási és egészségügyi asszisztensi végzettség** (tehát **nem használható az ápoló megnevezés!**) megszerzése lehetséges, ráadásul **4 éves képzés keretében és érettségi vizsga teljesítése** mellett.

II.11.9. Az ágazaton belüli szakértői feladatok szabályozatlanságából adódó anomáliák

A szakmaiság megtartása, helyreállítása érdekében kiemelten fontos **az ágazat megfelelő súlyú jelenléte a fejlesztési folyamatokban** (pl.: OKJ, kerettanterv, SZVK, kompetenciarendelet), és a **fejlesztési kritériumok meghatározásában.** Javasolt a szakmához nem értő szervezetek (pl.: MKIK) távol tartása az egészségügyi szakképzések jogi szabályozásának kidolgozása során a speciális szakmai tudást, ágazati keretek ismeretét igénylő területektől. **Nem indokolt külön ÁEEK/MESZK/MKIK szakértői kör fenntartása.** A szakértők személyének ágazati koordinációjú felülvizsgálata időszerű és indokolt feladat.

A jelenlegi szabályozás szerint számos esetben előfordul, hogy **egy szakterület fejlesztésében dolgozó szakértők egymástól függetlenül dolgoznak,** nem ismert számukra az adott szakterület problémája. Számos esetben a szakértői kör meghatározásának szempontja, **nem az adott terület szakmai tapasztalata, gyakorlata a döntő, hanem a szakértő és a megbízó kapcsolata kerül előtérbe,** illetve az, hogy rövid idő (akár 24, 48 óra) alatt képes-e a feladatot elvégezni, így számos esetben olyan szakértő kapja a feladatot, aki képes a fejlesztő által meghatározott kereteken belül, akár mindössze korábbi anyagok felhasználásával

teljesíti a feladatot. **A szakértők személyének ágazati koordinációjú felülvizsgálata időszerű és indokolt feladat.** A szakértők személyének pályázati úton történő kiválasztását a 31/2004. (XI. 13.) OM rendelet szabályozza, melyben a fentiekben jelzett problémák megoldása érdekében szükséges a pályázati feltételek módosítása.

II.11.10. A vizsgaelnöki és vizsgabizottsági tagok feladatellátásával kapcsolatos anomáliák

A vizsgabizottsági elnöki pályázat szabályozása az összes ágazatra vonatkozóan került meghatározásra, így az adott ágazat specialitása nem tud érvényesülni, emellett sajnálatos módon nincs megfelelő felső korhatár sem megszabva a feladat ellátásához. **Jelenleg elnöki funkciót betölthet olyan egyén, akinek nem az adott képzés vonatkozásában van, vagy egyáltalán nincs egészségügyi felsőfokú végzettsége, nincs működési engedélye, illetve az adott szakterületen nincs gyakorlata.** A vizsgaelnökök egy része a vonatkozó jogszabályokkal és az adott szakképesítés követelményeivel sincs sajnos tisztában, nem ismeri a változásokat.

A vizsgabizottsági tagok esetén a vonatkozó jogszabályi környezet általánosságban határozza meg a követelményeket, a konkrét szabályozást a MESZK Oktatási, Továbbképzési és Tudományos Bizottsága végzi (bevonva az érintett Szakmai Tagozatot). Elmondható, hogy napi szinten problémaként jelentkezik a megfelelő személy kiválasztása. **Mivel nincs megfelelő számú és végzettségű szakdolgozó az egyes szakmacsoportokat tekintve, aki a vizsgabizottsági tagi kritériumrendszerének megfelel, és vállalná is a feladat ellátását, így a jelölésnél/javaslatételnél előfordul, hogy ugyanaz a személy kerül jelölésre többször a szakmacsoportban, illetve még így sem biztosítható számos esetben a megfelelő vizsgabizottsági tag.** Az is probléma, hogy a vizsgabizottsági tagok, vizsgaelnökök, szakértők nem kaphatnak a feladat elvégzéséhez munkaidő kedvezményt, így sok esetben csak a saját szabadságuk terhére tudják csak a feladatot teljesíteni. Ebből adódóan is előtérbe

kerülhetnek a nyugdíj mellett tevékenykedő vizsgaelnökök, szakértők, vizsgabizottsági tagok. **Javasoljuk jogszabályi szinten rendezni a munkaidő kedvezményt,** évente maximum 3-6 napot (ez legalább 2 vizsga) vehessen igénybe az érintett szakember. Továbbá módosítani szükséges a 315/2013 (VIII.28.) Korm. rendeletet a vizsgabizottsági tagok összeférhetetlensége vonatkozásában, hogy pl.: a családtagok, rokoni kapcsolatok a vizsgabizottságon belül kizárásra kerüljenek.

II.11.11. A szakmai vizsgák lebonyolításával kapcsolatos anomáliák

II.11.11.1. A szakmai vizsgaszervezőkkel kapcsolatos főbb problémák

A szakmai vizsga előkészítése során a vizsgaszervező a vizsgázók dokumentumait nem minden esetben a jogszabályok szerint állítja össze, a vizsgaszervező intézmény a vizsgázót részben hiányos dokumentumok alapján engedélyezi (bemeneti kompetencia/szakmai előképzettség nem megfelelő; egészségügyi alkalmassági igazolás megléte, érvényessége; előírt gyakorlati igazolás megfelelő; stb.). **Ebből következik, hogy a szakmai vizsga előtt számos vizsgázó nem kezdheti (vagy jogellenesen kezdi) meg a szakmai vizsgát, mivel a szakképzés belépési követelményeinek nem felel meg, és ez a szakmai vizsga előtt derül ki.**

A vizsgaszervező intézmény **nem minden esetben veszi fel a teljes vizsgabizottsággal a kapcsolatot,** ebből kifolyólag a vizsga lebonyolítási rendjét, a gyakorlati vizsgatevékenység tételsorát a vizsgabizottsági elnök saját hatáskörbe fogadja el, a tagok bevonása nélkül. Így a vizsgabizottsági tagok nem tudják minden esetben érvényesíteni a jogszabályban előírt szakmai feladatukat. **Ebből következik, hogy a gyakorlati vizsgatevékenység helyszíne, illetve a gyakorlati vizsgatevékenység tételsora nem felel meg a szakképesítés szakmai és vizsgakövetelményben meghatározott előírásoknak.** A szakmai vizsgákon a szakmai kamarák, illetve szakmai szervezetek által delegált vizsgabizottsági tagok számos esetben szembesülnek olyan helyzettel, amikor a

vizsgabizottság munkájában kevésbé, vagy nem érvényesülnek a szakmai és vizsgakövetelményekből levezethető követelmények, szakmai szempontok. Ennek orvoslására a vizsgaszervezők ellenőrzését végző személyeket a területileg illetékes kormányhivatalok/járási hivatalok rendelik ki, ugyanakkor előfordul hogy az ellenőrzésre kijelölt személyek sem az adott szakterületen jártas szakemberek, és/vagy az ellenőrzés kizárólag a jogszabály által előírt dokumentumok meglétének és jogi megfelelőségének ellenőrzésére terjed ki, míg a vizsgaszervező által összeállított szakmai dokumentumok szakmai megfelelőségének (modulzáró vizsga, gyakorlati szakmai vizsgafeladatok SZVK-nak való megfelelése) ellenőrzésére megfelelő szakmai szakértő hiányában nem terjed ki. Annak érdekében, hogy a vizsga ellenőrzése során a szakmai garanciák érvényesíthetők legyenek, **jogszabály módosítási javaslatot kezdeményezünk, melynek alapja a szakképzési törvényben jelenleg is megtalálható.** A javaslat célja, hogy a komplex szakmai vizsga ellenőrzési eljárása során a szakágazati irányítás javaslatára történjen az egyik szakmai szakértő kirendelése, a vizsgaellenőrzési eljárás során a szakmai aspektusok érvényesítése érdekében.

A szakmai vizsga lebonyolítását követően **nem egységes a feladatellátás, illetve a bizottság által megelőlegezett utazási költség kifizetése.** Mind a feladat, mind a szállás, mind az utazási költség díjazása **függ a vizsgaszervező intézménytől, ami számos esetben problémákat eredményezhet** (ismerünk olyan eseteket, amikor fél/egy évig sem került kifizetésre az útiköltség és a megbízási díj).

II.11.11.2. A szakmai vizsgabizottság működésével kapcsolatos főbb problémák

A Pest Megyei Kormányhivatal a szakmai vizsgabizottság tagját megbízza és közzé teszi, ami publikus a vizsgában részt vevő szereplők számára az ÁEEK, és a MESZK javaslata alapján, a jogszabályi feltételeknek megfelelően, (a késedelmes megbízólevél átvétele miatt). **Több esetben a közzététel akadályozott, ami nehezíti, eseteként lehetetlenné teszi a**

szakmai vizsgabizottság tagjai közötti kapcsolatfelvételt, ami csak a MINERVA rendszerben lezárással történik meg. A vizsgaszervező jogszabályi kötelezettségének nem tud megfelelni, azoknak a háttér dokumentációknak a hiánya miatt, ami késlelteti a bizottság tagjait megillető anyagi, és egyéb jogszabályban rögzített szolgáltatásokat. Javasolt a rendszer szintű informatikai háttér biztosítása, és a javaslatot követően 10 napon belül a döntés közzététele. **A szakmai bizottság tagjai érdemben nem tudják egymással felvenni a kapcsolatot, mivel a vizsga megkezdése előtt (első vizsgatevékenység) nem minden esetben kerül megküldésre a megbízólevél.** Így információ hiánya miatt nem ismert a vizsgabizottság összetétele, a szakmai vizsgát szervező intézmény számos esetben addig nem veszi fel a kapcsolatot a teljes szakmai bizottsággal, amíg a szakmai vizsga MINERVA rendszerben lezárulásra nem kerül.

A szakmai vizsgabizottság tagjai **nem minden esetben tudják a 315/2013. (VIII. 28.) Korm. rendelet szerint érvényesíteni a jogaikat, kötelezettségeiket,** mivel nem egységes a szakmai vizsga szervezése, lebonyolítása. Ebből adódik azon probléma is, hogy mind a bizottság részéről leadandó dokumentumok (megbízólevél, végzettséget igazoló bizonyítványok, oklevelek; utazási költség elszámolásához szükséges dokumentumok, számlák, gépjármű dokumentumai; teljesítés kifizetésének dokumentumai; stb.), mind a jogszabályban előírt szállás igénylés lehetőségét nem egységes szempontok alapján vehetik igénybe a bizottság tagjai.

II.11.11.3. A szakmai vizsgaszervezés engedély kiadásával kapcsolatos problémák

A szakmai vizsgaszervezési engedély kiadásának végzését a megyei kormányhivatal végzi, melynek szempontjaira a **MESZK-nek nincs ráhatása.** Az érvényben lévő jogszabályok szerint amennyiben a vizsgaszervező intézmény már rendelkezik ágazati vizsgaszervezési jogosultsággal, úgy az eljárás folyamata egyszerűsített ügyintézés formájában történik.

Számos esetben előfordul, hogy a **gyakorlati vizsgatevékenység lebonyolítására csak együttműködési szerződés kerül megkötésre, ami nem ad garanciát arra, hogy a szervező az adott szakképesítés szakmai vizsgakövetelményében meghatározott vizsgatevékenység lebonyolítására alkalmas** (pl.: a tárgyi feltételek hiányosak), tehát **nem biztosítottak a szakképzés Szakmai és Vizsgakövetelmény (SZVK) 6. pontját (eszköz- és felszerelési jegyzék) előírtak, vagy nincs szakképzés specifikus vizsgahelyszín.** A vizsgaszervezőtől függő, és írásban rögzítésre kerülő lebonyolítási rendben, illetve a vizsga helyszínén több esetben nincs lehetőség arra, hogy a vizsgatevékenység kivitelezése szakmailag megfelelő módon, szituációhoz kötött élethelyzetben (pl.: páciensen) történjen, és a szakmai készségek manualitás/interakció mérésére objektív módon sor kerülhessen.

II.11.11.4. A szakmai vizsga jóváhagyásával kapcsolatos problémák

A szakmai vizsga jóváhagyása egy elektronikus rendszeren történik, papír alapon. A gyakorlati vizsga helyszíne számos esetben nem egészségügyi intézmény, hanem a vizsgaszervező intézmény helyszíne, így **nem tudható, hogy a gyakorlati vizsgatevékenység kivitelezése hol történik.** Jelenleg **nem egységesek a gyakorlati vizsgatevékenység végzésének feltételei** – pl.: a vizsgaszervező rendelkezik-e olyan demonstrációs teremmel, ahol a szakmai és vizsgakövetelményben meghatározott eszközök elérhetőek, a gyakorlati vizsgatevékenység kivitelezéséhez a szakképzés SZVK 5.3.1. pontja biztosítható-e, és a feladat elvégzéséhez szükséges páciensi kör, illetve a korszerű imitációs eszközök (ápolási torzók, mulageok, ápolási szimulációs fantomok) a vizsgázók létszámának megfelelő mennyiségben és minőségben rendelkezésre állnak-e. **Javasolt a komplex szakmai vizsgára való felkészülési időn/képzési óraszámom túl, szakképesítésként, az adott szakképesítés kompetenciáit teljes egészében lefedő gyakorlati vizsgafeladatsor és hozzá az értékelési szempontrendszer központi kiadása (a tárgyi/eszköz feltételrendszer meghatározásával).** Ezzel kiküszöbölhető a gyakorlati feladatok szakszerűtlen,

pedagógiaiilag sem megfelelő megfogalmazása. A javaslat a jelenlegi rendszerrel szemben védelmet nyújt a vizsgabizottsági tagok és a vizsgaszervező számára is, továbbá – vizsgaszervezőtől függetlenül – egyenlő esélyt biztosít a vizsgafeladatok vonatkozásában a vizsgázó részére. **Elkerülhetővé válik a szakmailag nem megfelelő gyakorlati feladatsorok szerinti vizsgáztatás, illetve a vizsgabizottsági tagok és a vizsgaszervező között a gyakorlati feladatsor elfogadását érintő konfrontálódás.** Javasolt továbbá a vizsga lebonyolításával kapcsolatos segédanyag (útmutató, eljárásrend stb.) összeállítása is, ami részletesen ismerteti a vizsgák szervezésével kapcsolatos tevékenységet. Ez akkor is elősegítené az egységes lebonyolítást, ha nem kerülne jogszabályban rögzítésre.

II.11.11.5. A szakmai vizsga ügyvitelével kapcsolatos problémák

A szakmai vizsgát követően a bizottság tagjainak jelentési kötelezettsége van. Egy felületen jelenik meg a vizsga elnöke és a vizsgabizottsági tagok számára egy feedback, ami zárt kérdéseket és 1-10-ig skálát tüntet fel, emellett összefoglaló észrevétel, esszé kérdés megválaszolására is lehetőséget kínál. A szakmai tartalom az azonosító adatokon felül a szakmai vizsga jogi megfelelőségére, szervezésre, vizsgázók teljesítményére kérdez rá. A főhatóság a korábbi évek tapasztalata alapján az adatokat feldolgozza, de a MESZK-nek a feldolgozott eredményekre nincs rálátása. **Ágazati intervencióval nyitottá kell tenni a szereplők számára a jelentések tartalmát, mert ez képezheti az objektív információk fejlesztésre vonatkozó háttérét.** Továbbá az elnök és a VB tagok észrevételeit, tapasztalatait ki kell értékelni, és a fejlesztésekhez figyelembe kell venni, valamint a vizsgaszervező felé is visszacsatolást kell adni, vele szemben szükség esetén el kell járni, mert ma gyakorlatilag nincs következménye a problémás működésnek.

Megoldási javaslatok

Indokolt ágazati szinten egy minisztériumi háttérintézmény létrehozása, amelynek feladatkörébe tartoznak az alábbiak:

- **Egységes követelmények kidolgozása** – szakképzés indítása, szakmai gyakorlat lebonyolításához szükséges személyi, tárgyi feltételek kritérium rendszerének felállítása, a vizsgafeladat elvégzéséhez szükséges és elvárt helyszín/szintér meghatározása, szakmai vizsga szervezése, akár koordinálása.
- Módszertani anyagok **fejlesztése**.
- Kapcsolattartás képző, szakképző intézményekkel és ágazati szakképzések indításának **koordinálása**.
- Ágazati szinten egységes szakértői adatbázis **kialakítása**, szakértők felkészítése – képzés, szakképzés, továbbképzés stb. vonatkozásában. Nem indokolt különböző szakértői körök fenntartása (pl.: külön ÁEEK szakértő, MESZK szakértő, MKIK szakértő). Emellett a meglévő szakértői kör összetételének **felülvizsgálata** is indokolt és időszerű.
- Hasonlóan a szakmai vizsgálóknak **adatbázisának karbantartásához felülvizsgálatához**, az **érvényes működési engedély** szakmaspecifikusan elvárható, így a korszerű szakmai ismeretekben tájékozott illetékességi kör lesz a szakdolgozókra vonatkozó továbbképzési körben.
- Ágazati szakmai testületekkel **szoros kapcsolattartás**, szakmai követelmények, munkautasítások, protokollok **kidolgozása**.
- Ágazati szinten ellenőrzés megszervezése szakmai testületek **bevonásával**, a képzés, szakképzés, gyakorlati helyek, szakmai vizsgák terén.
- Képző, vizsgaszervezői engedély kiadásához szakmai **szempontok/kritériumok meghatározása**, a **MESZK bevonása**.
- Tananyagok elektronikus úton történő **hozzáféréseinek koordinálása, biztosítása**, mind az iskolarendszerű, mind pedig a felnőttképzések tekintetében.
- Szakképesítésenkénti, adott szakképesítés kompetenciáit teljes egészében lefedő **gyakorlati vizsga feladatsor és hozzá az értékelési szempontrendszer központi kiadása**. Ezzel kiküszöbölhető a gyakorlati feladatok szakszerűtlen, pedagógiaiilag sem megfelelő megfogalmazása. A gyakorlati vizsga feladatsort az ágazati főhatóság szintjén lenne célszerű gondozni, nyilvántartani, kiadni vagy a feladatot ezen jogkörrel felhatalmazott szervezet számára átadni (MESZK, Szakmai Kollégium).

II.12. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK TOVÁBBKÉPZÉSÉNEK SZABÁLYAIVAL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK

II.12.1. Kötelező továbbképzések

A szakmai ismeretek **természetes felejtéséből** adódó, és a **szakmai ismeretek folyamatos bővüléséből, fejlődéséből, változásából eredő hiányosságok kiküszöbölésére** a továbbképzések hazai rendszere a gyakorlati tapasztalatok alapján az elmúlt időszakban **nem nyújtott optimális keretet**. Ennek több oka van, pl.: **a szakdolgozók a továbbképzési időszak szükséges pontszámait konferenciákon való részvétellel és a gyakorlatban eltöltött évekért járó pontokkal meghatározó mértékben tudták (tudják) teljesíteni**, illetve további tényezőként kiemelhető: az „A” jelű továbbképzések egy részének tartalma, a továbbképzések lebonyolítóinak köre, a továbbképzések témaköreinek meghatározása, a képzési szintekhez tartozó **hatásköri listák hiánya**. Ehhez képest **előrelépést jelent** a 63/2011. (XI.29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól, ahol a kötelező továbbképzéseket főiskolai/egyetemi szintű szakemberek esetében már kizárólag egészség tudományi karok végezhetik, míg a középfokú végzettségű szakdolgozók esetében egészség tudományi karok, az ÁEEK, akkreditált egészségügyi intézmények, illetve iskolarendszerű egészségügyi szakképzést folytató intézmények. Ugyanakkor a rendszerrel kapcsolatos **anomáliák is érzékelhetőek**, melyeket az alábbiakban foglaltunk össze.

Az egészségügyi szakdolgozóknak **öt év alatt 150 pontot** kell összegyűjteniük (elmélet 50 pont, gyakorlat 100 pont) a validáció megszerzéséhez. Ebből **30 elméleti pontot kötelező szakmacsoportos továbbképzés (KTK) keretében** kell megszerezni, amely pontszám akár **egyetlen továbbképzéssel** is teljesíthető (de 10 pont még akkor is kapható, ha a szakdolgozó más szakmacsoport képzésén vesz részt és sikertelen a vizsgája). Az egyes

szakmacsoportok számára választható kötelező továbbképzésekkel kapcsolatban probléma, hogy az adott szakmacsoport számos különféle szintű (középfok különböző szintjei, BSc, MSc) és különféle területen szerzett szakdolgozói végzettségeket foglal magába (pl.: 1. szakmacsoport tartalmazza az egészségügyi tanárt, ápolási asszisztent, az egészségfejlesztési segítő és a BSc/MSc ápolót is), azaz **azonos továbbképzésen vehet részt a szakmacsoporton belüli eltérő képzési szinten és/vagy eltérő területen végzettséget szerzett szakdolgozó**, miközben a **szakemberek kompetenciái jelentősen eltérhetnek** az adott témakörben (pl.: „**A vizelet és széklet incontinencia korszerű ellátása**” melyhez egy általános ápolási és egészségügyi asszisztensnek csak előkészíteni van kompetenciája. Hasonló helyzet alakult ki pl.: a „**tartós fájdalomcsillapítás**”, „**sztómaterápia ápolási vonatkozásai**” tekintetében). Egyes esetekben **több szakmacsoport** számára történik a továbbképzés (pl.: a „**parenterális táplálás**” kapcsán a felnőtt ápolás és gondozás szakmacsoporton felül a dietetikai; sürgősségi; gyermekápolás és gondozás szakmacsoport is becsatlakozik, így azonos tartalmat kap egy egészségügyi gyermekotthoni gondozó; betegkísérő; MSc ápoló; mentőtiszt vagy egy okleveles táplálkozástudományi szakember is ezen a képzésen, holott kompetenciáik és előzetes ismereteik a területen nem összehasonlíthatóak.

A szakmacsoportokba sorolható szakképesítések körének frissítése évek óta nem történt meg, ezért az új szakképesítések, szakirányú továbbképzések nincsenek feltüntetve a rendszerben. A MESZK a tagozati besorolásoknál próbálta követni az új szakképesítéseket, és a tagozathoz sorolta. A kötelező szakmacsoportos jegyzék és a MESZK tagozati besorolása emiatt eltérő, pedig sokkal jobban megkönnyíthetné az átláthatóságot és a szakmai munkát, ha a kettőt egységesíteni lehetne.

Megoldási javaslat

Fontos a **kötelező továbbképzések körét végzettségi szintenként és specializációkként** úgy kialakítani, hogy **hatáskör bővítő és/vagy jogszabályilag nem rendezett módon jelenleg is végzett tevékenységek ellátásához** szükséges **licence képzéseket is** abszolválhassanak a szakdolgozók. Emellett módosítani szükséges az 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről 3§ q) pontját is, tekintettel arra, hogy a szakirányú továbbképzésben szerzett **szakirányú szakképzettség** fogalma jelenleg nem szerepel a megfogalmazások között.

II.12.2. Szabadon választható továbbképzések

A szervező által minősítésre benyújtott program minősítését követően az ÁEEK tájékoztatja a szervező intézményt a minősítési eljárásban megállapított pontértékéről, továbbképzés szervezésének időtartamáról, levél formájában. **Számos esetben tapasztalható az a probléma, hogy a továbbképzés tényleges megszervezése során jelentős mértékben eltér a szervező a minősítésre benyújtott és engedélyezett programtól** (pl.: helyszín, időpont, meghirdetett neves előadó helyett más előadó, egy fő előadó által megtartott akár több napos program, stb.). A szervező által benyújtott program számos esetben egyes szakképesítés szakmai programjának egy-egy modul tartalmát tartalmazza, ennek értelmében **nem felel meg a továbbképzés meghatározásnak**. Ennek oka lehet, hogy a szervező így továbbképzésként kíván – akár jelentős, pl.: 150000 Ft-os díj/részvevő ellenében – olyan programot megszervezni, ami jelentősen túlmutat egy szabadon választható továbbképzés keretein, kikerülve pl.: a szakirányú továbbképzés akkreditációs folyamatát. Számos szabadon választható továbbképzést a szervező a felnőttképzésről szóló 2013. évi LXXVII. törvény „B”, valamint „D” képzési körrel azonosítja, illetve számos továbbképzési program a „B”, valamint „D” körös tanfolyammal együtt kerül megszervezésre.

Megoldási javaslatok

A fenti problémák miatt az alábbiak szerint szükséges a szabadon választható továbbképzés szabályozását módosítani

- A vonatkozó rendeletben értelmező rendelkezések megjelenítése a fogalmak tisztázása céljából, pl.: mit jelent a továbbképzés fogalma (pl.: számos esetben találkozunk azzal a problémával, hogy a program előadásai a szakképzési alap program tartalmát közvetítik, értéktöbbletet nem tartalmaznak, vagy túlmutatnak a továbbképzés keretein, és a szakirányú továbbképzések, szakképzések feladatát kívánják megtévesztő módon üzleti okokból ellátni).
- A szervező jogainak, kötelezettségeinek konkrét szabályozása, nem megfelelés esetén **szankció meghatározása** a fent leírt anomáliák elkerülése céljából.
- A jelenleg érvényben lévő jogszabály nem ad lehetőséget a különböző továbbképzések (1 napos, több napos, konferencia) pontértékének differenciálására, az 1 napos továbbképzésre, illetve a több napos szakmai konferenciára is 20 pont a maximum pontérték. Fontosnak tartjuk, hogy **a szakmai programok pontértékének meghatározására legyen differenciált módon lehetőség.**
- A továbbképzés ellenőrzés szabályozásának módosítása, különös tekintettel a szabadon választható továbbképzésekre, mivel a rendelet nem tartalmazza a szervezői feladatokat (időpontváltozás, helyszínmódosítás, elmaradt továbbképzés stb.) **változásának bejelentését.** Mivel ezen továbbképzések meghirdetése nem a SZAFTEX rendszeren keresztül történik, így az ellenőrzéssel kapcsolatos információt a szervezőtől kapja meg a MESZK. Számos esetben előfordul, hogy a **MESZK a szervező téves információszolgáltatásából adódóan nem tudja a kiválasztott szakmai programot ellenőrizni.** A visszaélés egyik jellemző megnyilvánulási formája, hogy az ellenőrzés bejelentésére reagálva a szervező azt nyilatkozza, hogy a rendezvény elmarad. Mindezekből adódóan szükséges a KTK

programokkal megegyező módon a szabadon választható továbbképzések SZAFTEX rendszerben történő megjelenítése is.

II.13. A 2010-BEN BEVEZETETT MAJD MÉG UGYANABBAN AZ ÉVBEN VISSZAVONT SZAKDOLGOZÓI LICENCE RENDSZERREL ÉS AZ ÍRÁSBELI MEGBÍZÁSSAL ADHATÓ TÖBBLET KOMPETENCIÁKKAL KAPCSOLATOS PROBLÉMÁK

Magyarországi viszonylatban az egészségügyi szakdolgozókat érintő, a licencekkel foglalkozó szabályozás **előzményeit áttekintve elmondható, hogy 2010-ben lépett hatályba a 15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet, mely rendelet ugyanezen évben visszavonásra került. Ezen rendelettel kapcsolatban több anomália is megfigyelhető volt, melyek közül a legfontosabbak:**

- szembehelyezkedve a nemzetközi tendenciákkal a középfokú és a **BSc/MSc végzettségű ápolók között nem tett érdemi különbséget** sem a megszerzhető licencek, sem a kompetenciakör bővülés vonatkozásában;
- **olyan területeken hozott létre licenceket, melyek még a középfokú ápolóképzésnek is részét képezték** az eddigiekben pl.: intravénás injekció adása, infúziós terápia, sebkezelés, így tulajdonképpen már meglévő, azonban jogilag számos esetben nem rendezett kompetenciát kívánt megvonni, és további képzéshez kötni;
- a licencek körének kidolgozását **nem előzte meg hatástanulmány készítése,** nem alapult más országok rendszereinek áttekintésén;
- a licencekkel foglalkozó 15/2010. EüM. rendelet bevezetése a középfokú, a BSc és az MSc ápoló képzések, valamint a középfokú, BSc, MSc ápoló képzésekre épülő **szakképzések, szakirányú továbbképzések tananyagtartalmának vizsgálata és szükség szerinti módosítása nélkül, a**

kompetenciakörök képzési szintenkénti elkülönítése nélkül, valamint a továbbképzési rendszerrel való összefüggések részletes vizsgálata nélkül történt meg.

A rendelet visszavonását követően **jelenleg orvosi írásbeli megbízással adható többlet hatáskör**, mely rendszerrel kapcsolatban több probléma merül fel. Intézményként eltérő az írásbeli megbízás megadásának ügymenete: egyes intézményekben „házi” képzéshez kötött, míg más intézményekben ennek hiányában kerül megadásra egy adott feladat ellátására vonatkozó megbízás, megint más intézményekben ugyanezen feladat nem kerül átadásra az ápolóknak. Ezen túlmenően arról pedig **nincsenek pontos ismereteink, hogy hányan végeznek orvosi tevékenységet, hagyomány, vagy csak szóbeli megbízás alapján.**

Mindezekből látható, hogy **indokolt egy megfelelően kidolgozott licence rendszer bevezetése.** A licence/regisztráció-képzés/továbbképzés-kompetenciák fogalmak csak együtt értelmezhetők, illetve a „licence” nemzetközi viszonylatban nem tekinthető egységesen alkalmazott kifejezésnek. Egyes országokban (pl.: USA) a munkába állás feltételeként szabott államonkénti regisztrációt és kompetenciabővítéssel járó kurzusokat is licence-nek nevezik, míg az Egyesült Királyság vonatkozásában a licence kifejezés nem használatos, ott a kompetenciabővítés folyamatos továbbképzési kurzus (Continuing Professional Development) keretei között valósul meg. **A nemzetközi kitekintés során a vizsgált országok tekintetében közös pontként jelent meg a folyamatos továbbképzések (continuing education – CE) kérdése.** Az USA tekintetében a különböző licencek vagy specializációk (certification) – akár BSc alatti, BSc, vagy MSc szintűek – megszerzésekor annak gyakorlására jogosító engedélyt kell kiváltaniuk az ápolóknak, és meghatározott időközönként meg kell újítaniuk azokat, ennek egyik alappillére a folyamatos továbbképzéseken való részvétel. Az Egyesült Királyság tekintetében szintén a folyamatos továbbképzéseken való részvétel a regisztráció megújításának egyik alapfeltétele. Mindkét

ország tekintetében fontos megemlíteni, hogy a **CE kurzusokon való részvétel és sikeres vizsga letétele után az ápolók kompetenciaköre kibővíülhet.** Bizonyos specializációk tekintetében vagy végzettségek megszerzése után azt is meghatározzák, hogy mi az a minimális CE óraszám, amelyet adott specializációs terület témáiban kell letöltenie az ápolónak egy továbbképzési időszakon belül. A továbbképzések sokrétűek lehetnek mind téma, mind időtartam tekintetében, kezdve az 1-2 órás kurzusoktól az egyetemeken tartott komplett kurzusokon való részvételig. **Eközben Magyarországon a munkába állás feltételeként szabott egységes licence vizsga nincs, valamint meghatározott időszakonként ismételt írásbeli/gyakorlati vizsga sincs a végzettség megtartása, és az ahhoz kötött munkakör további betölthetősége érdekében.**

Magyarország tekintetében a licence rendszer vonatkozásában is alapvető **problémaként köszön vissza a képzési szintenként elkülönített módon meghatározott hatásköri listák hiánya,** valamint a képzési rendszer és az egyes képzésekhez társított kompetenciák többszöri átalakítása, **a képzésekkel kapcsolatos minőségi problémák** (pl.: nem megfelelő struktúrájú és tartalmú képzések; iskolarendszeren kívüli ápoló képzés; egyes nem megfelelő képző intézmények működése; stb.).

Megoldási javaslatok

A nemzetközi kitekintés és a hazai lehetőségek elemzése alapján az alábbi konkrét javaslatokat kívánjuk megfogalmazni:

Az ápolóképzések tananyagtartalmának képzési szintenkénti átdolgozásával párhuzamosan szükséges **képzési szintenként a hatásköri listák kialakítása,** csak ezt követheti a **képzési szintenként kialakított, tanfolyam alapú, speciális beavatkozás elvégzésére jogosító, hatáskör bővítő licencek bevezetése.**

Fontos a **kötelező továbbképzések körét végzettségi szintenként és specializációkként** úgy kialakítani, hogy **hatáskör bővítő licence képzéseket is** abszolválhassanak a

szakdolgozók (a téma bővebben az II.12. pontban került kifejtésre). Ezek a kötelező továbbképzések formájában abszolvált képzések alkalmasak arra, hogy a korábban végzett szakdolgozók elsajátíthassák azokat az elméleti és gyakorlati ismereteket, amelyek hiányoznak az általuk jogszabályilag nem rendezett módon jelenleg is végzett tevékenységek ellátásához. **Fontos a képzési programok átalakítása is annak érdekében, hogy indokolatlan területeken ne kerüljön sor kötelező továbbképzés vagy licence képzések bevezetésére, és aktuális képzések esetében mind a középfokú, mind a felsőfokú (BSc és MSc) képzésekbe integrálva kapják meg a hallgatók az ott elsajátítható, hatáskör bővítő ismereteket.**

Meg kell határozni azon licencek körét és témáját, melyeket középfokú, vagy kizárólag felsőfokú végzettséggel lehet elvégezni (2019–2021 között átmeneti intézkedésként a BSc ápoló végzettségre épülő sztóma ápolás II. és a felsőfokú sebkezelés licencek megszerzését lehetővé kell tenni azon középfokú végzettségű ápolók számára is, akik legalább 5 éve folyamatosan, munkaidejük jelentős részében magas szinten dolgoznak sztóma vagy sebkezelő ápolóként, és megfelelő szakmai ajánlással rendelkeznek). Ez pl.: a sztóma ápolás és a sebkezelés területén azt jelentené, hogy **legyen középfokú ápolói végzettséggel elvégezhető sztóma ápolás és licence (sztóma ápolás I. licence, alapfokú sebkezelés licence, inkontinencia licence) egy meghatározott tananyagtartalommal és hatáskörrel, illetve ezen felül legyen kizárólag BSc ápolói végzettségre épülő sztóma ápolás licence (sztóma ápolás II. licence, felsőfokú sebkezelés licence, inkontinencia koordinátor) is, a felsőfokú végzettségből adódó mélyebb tananyagtartalommal és szélesebb hatáskörrel.** Javaslatunk szerint a középfokú sztóma, sebkezelés, inkontinencia licencekkel az érintett ápoló kollégák mindazon tevékenységekre megfelelő felkészítést kaphatnak, és mindazon feladatokat is elláthatják, amelyeket jelenleg is ellátnak. Ugyanakkor a kizárólag BSc ápolói végzettségre épülő sztóma, sebkezelés, inkontinencia licencek lehetőséget adnak a

magasabb végzettségű kollégák többlettudására és képességeire épített bővebb, speciális szakmai ismeretek mentén az ápolói hatáskör jogilag megalapozott bővítésére. pl. **nemzetközi gyakorlathoz igazodva BSc ápolói szinten megfelelően szabályozott orvosi szupervízió mellett a vényfelírási hatáskör biztosítása** (gyógyászati segédeszköz felírása), meghatározott körben sebgyógyítási feladatok ellátása, javaslattétel sztóma helyére, stb. Ez ügyben szeretnénk az érintett szakmai szervezetekkel közösen konszenzusos javaslatot. A licenceket bizonyos időközönként **hosszabbítani szükséges** (és legtöbb esetben a meghosszabbításhoz nem lehet elégséges az adott beavatkozás kellő keretek közötti végzése a szakmai ismeretek fejlődéséből adódóan). **A licence képzés legyen térítésmentes, a képzés/vizsga ismétlésének javasolt gyakorisága tevékenységtől függően 2/3/5 év.**

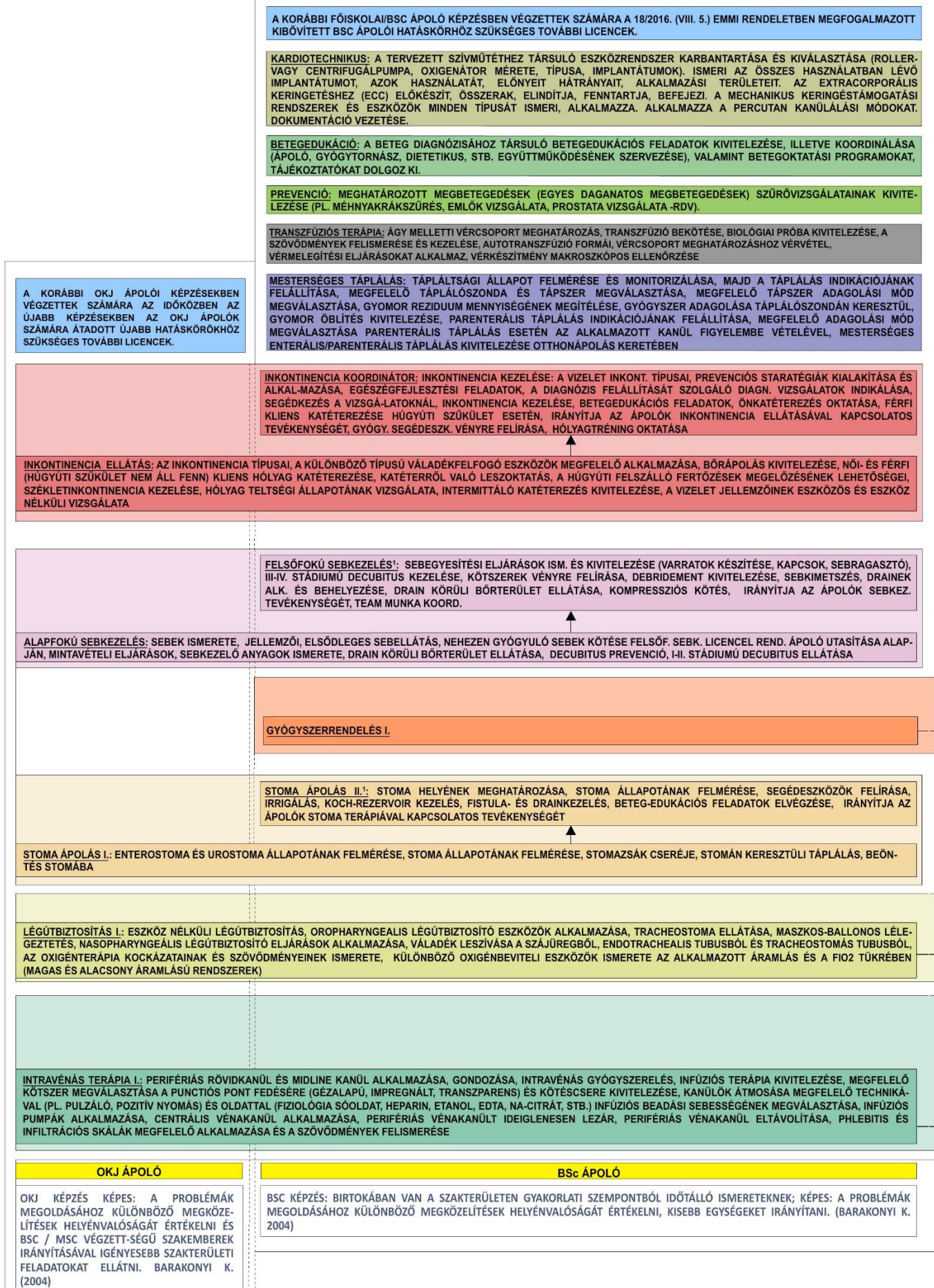
Alapelvnek tekintjük, hogy az OKJ ápolói licencek célja a szakmai ismeretek felejtéséből és a szakmai ismeretek bővüléséből, fejlődéséből, változásából eredő hiányosságok kiküszöbölésére, valamint a jelenleg is széles körben végzett, azonban képzési és szabályozási oldalról nem kellően megalapozott (vagy hosszútávon minőségügyi és szakmai szempontból sem tartható „megbízási rendszer” alapján végzett) tevékenységek legitimálására (pl.: intravénás injekció beadása, infúzió bekötése, sztóma ellátás, sebellátás, férfi beteg katéterezése) **vonatkozzon.**

Másrészről az **orvosi kompetenciakörből átkerülő tevékenységek** (ide nem értve az alapvetően eddig is ápolók által végzett invazív beavatkozásokat, pl.: katéterezés, rövid kanül szúrás, intravénás injekciózás, artéria kanülálás, stb.) **kizárólag BSc és/vagy MSc ápolói végzettséghez** legyenek köthetők részben az alapképzésbe (pl.: légútbiztosítási eljárások, felsőfokú sebkezelés, transzfúziós terápia, mesterséges táplálás elrendelése, fizikális betegvizsgálat, protokollok mentén történő gyógyszerrendelés meghatározott körben, gyógyászati segédeszközök felírása, gyomormosás, hascsapolás, sebszél egyesítés,

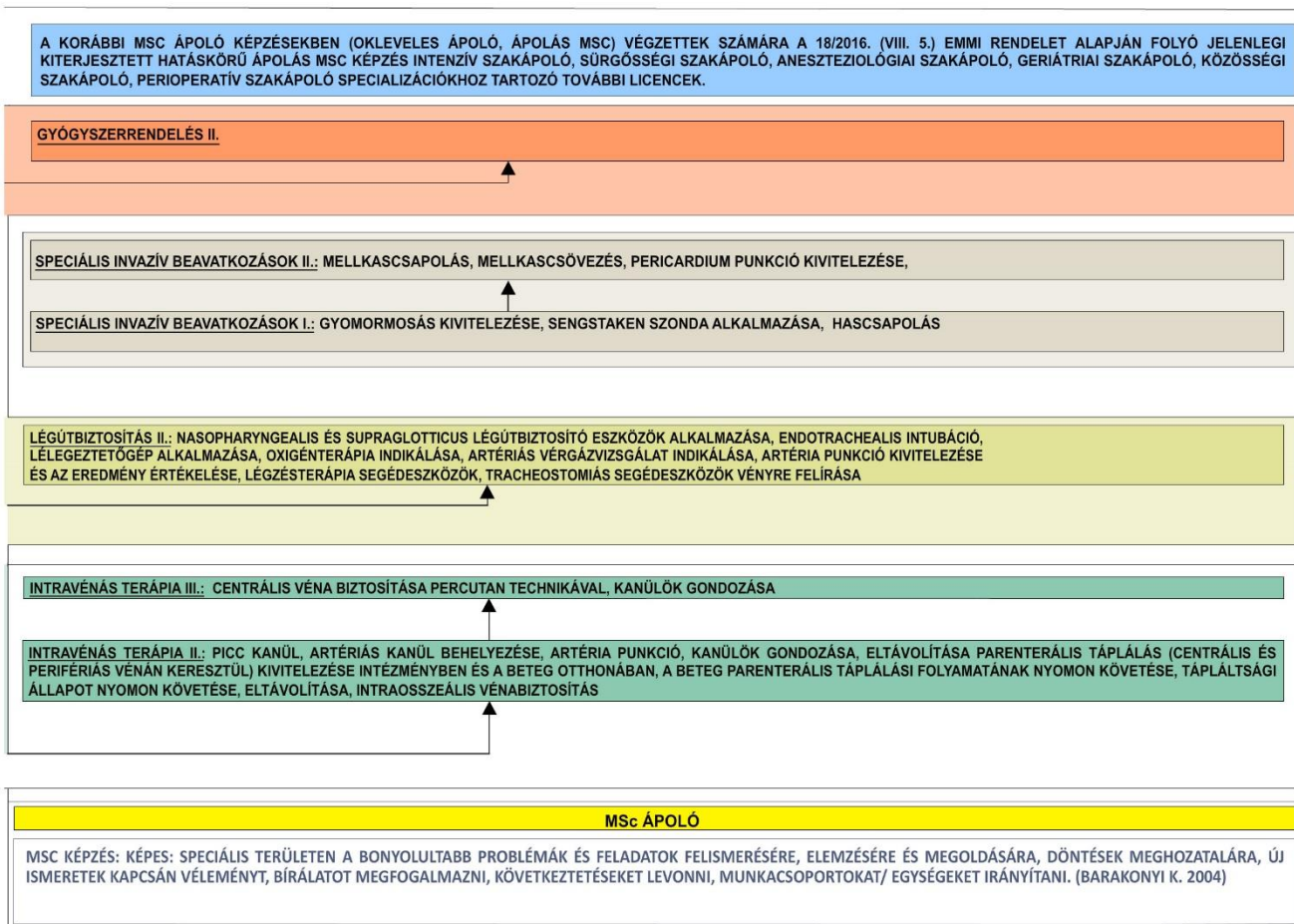
stb.), részben az MSc ápolóképzésekbe integrálva (pl.: gyógyszerrendelés meghatározott körben, endotracheális intubáció, mellkaspunkció, mellkas csapolás, centrális véna biztosítás egyes formái, non-invazív gépi lélegeztetés/légzés asszisztált támogatása vagy kontrollált pótlása/lélegeztetésről történő leszoktatás) alkalmazása, egyes gyógyszerek önálló elrendelése, terápia módosítása, krónikus betegek gondozása, sebész első asszisztensi feladatok elvégzése, alacsony kockázatú betegeknel, tervezett műtétek során, szakorvos által kijelölt esetekben orvosi szupervízió mellett önálló anesztézia végzése, stb.). A BSc/MSc ápolóknál javasolt ezen tevékenységek többsége a 2017-ben elindult kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló képzést megelőzően is megjelentek ápolói/szakdolgozói hatáskörrel, hiszen az Oktatási Hivatal által sok évvel ezelőtt jóváhagyott felsőfokú szakirányú

továbbképzéseknél (pl.: dializáló szakápoló, intenzív szakápoló, műtő szakápoló, sürgősségi és triage szakápoló) nevesítésre kerültek. Ezen túlmenően egyes feladatok esetén megfigyelhető más nem-orvosi szakmák (pl.: mentőtiszt) kompetencia bővülése (pl.: intubáció, gyógyszerrendelés, mellkascsővezés, stb.). **A nem jól funkcionáló felsőfokú szakirányú továbbképzések helyét időközben átvette a jelen tanulmány II.3. pontjában tárgyalt kiterjesztett hatáskörű MSc ápolóképzés.**⁸⁶

Jelen tanulmány szerzői célként tűzték ki, hogy összhangban a nemzetközi irodalmi adatokkal és a hazai szakmai szervezetek képviselőivel, javaslatot tegyenek a magyarországi ápolói licence rendszer egy lehetséges, képzési szintenként meghatározott struktúrájára, melyet az alábbi 12. ábrán ismertetünk:



12. ábra: Javaslát a magyarországi középfokú OKJ / BSc / MSc képzési szintenként elkülönített ápolói licence rendszer kialakítására



Olah et al.

2019-2021 között átmeneti intézkedésként a BSc ápoló végzettségre épülő Stoma ápolás II. és a Felsőfokú sebkezelés licenceket megszerezhetik azon középfokú végzettségű ápolók is, akik legalább 5 éve folyamatosan, munkaidejük jelentős részében stoma és sebkezelő ápolóként dolgoznak és megfelelő szakmai ajánlással rendelkeznek.

Irodalomjegyzék

- ¹ HENYIR adatszolgáltatás (2019) Hozzáférhető 2019. 01. 29. <https://www.orgware.hu/hr-berprogram/koltsegvetesi-megoldasok/henyir-adatszolgáltatás>
- ² Tourangeau, AE., Doran, DM., McGillis, Hall L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, JV., Cranley, LA., (2007) Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients, *Journal of advanced Nursing*, 57(1), 32-44
- ³ Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, J., Silber, JH., (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction, *JAMA*, 288, 1987-1993
- ⁴ Aiken, LH., Clarke, SP., Cheung, RB., Sloane, DM., Silber, JH. (2003) Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality, *JAMA*, 290(12), 1617-1623
- ⁵ Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane DM. et al. (2008) Effects of hospital care environments on patient mortality and nurse outcomes, *J Nurs Adm*, 38. 220-226
- ⁶ Estabrooks, CA., Midodzi, WK., Cummings GG., et al. (2005) The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality, *Nurs Res*, 54(2), 74-84
- ⁷ Jarman, B., Gault, S., Alves B., et al. (1999) Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data, *BMJ*, 318, 1515-1520.
- ⁸ Rafferty, AM., Clarke, SP., Coles J., et al. (2007) Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records, *Int J Nurs Stud*, 44, 175-182
- ⁹ Van den Heede, K., Lesaffre, E., Diya L., et al. (2009) The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse members and educational level: analysis of administrative data, *Int J Nurs Stud*, 46, 796-803
- ¹⁰ Aiken, LH., Cimiotti, JP., Sloane, DM., Smith, HL., Flynn, L., Neff Df. (2011) The effects of Nurse staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments, *Med Care*, 49(12), 1047-1053
- ¹¹ Kendall-Gallagher, D., Aiken, LH., Sloane DM., et al. (2011) Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue, *J Nurs Scholarsh*, 43, 188-194
- ¹² Aiken, LH., Sloan, DM., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus W., et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *Lancet*, 383(9931), 1824-1830
- ¹³ Thom, KA., Li, S., Custer, M. (2014) Successful Implementation of a Unit-based Quality Nurse to Reduce Central Line-associated Bloodstream Infections, *Am J Infect Control.*, 42(2), 139–143.
- ¹⁴ Cimiotti, JP., Aiken, LH., Sloane DM. (2012) Nurse staffing, burnout, and health care- associated infection, *American Journal of Infection Control*, 40, 486-90
- ¹⁵ Kovner, C., Gergen, PJ. (1998) Nurse Staffing Levels and Adverse Events Following Surgery in U.S Hospitals, *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321
- ¹⁶ McGillis Hall L. (2009) Skill mix decision-making for nursing, Retrieved from 2018.11.05. http://www.mcgillishall.com/wp-content/uploads/2010/05/Skill_Mix_EN_web.pdf
- ¹⁷ Institute of Medicine (2011) The future of nursing Leading change, advancing health, Retrieved from 2018.12.17. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/pdf/Bookshelf_NBK209880.pdf
- ¹⁸ Royal College of Nursing (2010) Guidance on safe nurse staffing levels in the UK, Retrieved from 2017.06.20. <https://www.rcn.org.uk/about-us/policy-briefings/pol-003860>
- ¹⁹ Ducharme, J., Buckley, R., Alder, C., Pelletier (2009). The application of change management principles to facilitate the introduction of nurse practitioners and physician assistants into six Ontario emergency departments, *Healthc Q.*, 12(2), 70-77.
- ²⁰ Woo et al. (2017) The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review, *Hum Resour Health*. 15(63), doi:10.1186/s12960-017-0237
- ²¹ Spitzer, R. (1997). The Vanderbilt experience, *Nursing Management*, 28(3), 38-40.
- ²² Hussey, PS., Sorbero, ME., Mehrotra, A., Hangsheng, L., Damberg, CL. (2009) Episode-Based Performance Measurement And Payment: Making It A Reality, *Health Affairs*, 28(5), 1406-1417, doi:10.1377/hlthaff.28.5.1406.
- ²³ Salamanca-Balen, N., Seymour, J. (2018) The costs, resource use and cost-effectiveness of Clinical Nurse Specialist-led interventions for patients with palliative care needs: A systematic review of international evidence, *Palliative Medicine*, 32(2) 447–465
- ²⁴ Mason, JM., Freemantle N. (2005) Specialist nurse-led clinics to improve control hypertension and hyperlipidemia in diabetes: economic analysis of the SPILNT trial, *Diabetes Care*, 28(1), 40-46.
- ²⁵ Position Statements, Where your NP Community Stands on the Issues (2018) Retrieved from 2018.10.15. <https://www.aanp.org/images/documents/publications/costeffectiveness.pdf>

- ²⁶ Broers, CJM., Sinclair, N., van der Ploeg TJ. (2009) The post-infarction nurse practitioner project, A prospective study comparing nurse intervention with conventional care in a non-high-risk myocardial infarction population, *Neth Heart J*, 17, 61-67
- ²⁷ Ryden, MB., Snyder, M., Gross CR. (2000) Value –Added Outcomes: The Use of Advanced Practice Nurses in Long-Term Care Facilities, *The Gerontologist*, 40(6), 654–662
- ²⁸ Condon, C., Duncan, P., Bushnell C. (2016) Reducing Readmissions After Stroke With a Structured Nurse Practitioner/Registered Nurse Transitional Stroke Program, *Stroke*, 47, 1599-1604
- ²⁹ Swan, M., Ferguson, S., Chang, A. (2015) Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review, *Int J Qual Health Care.*, 27(5), 396-404
- ³⁰ Hooker, R., Nicholson, J., Le, T. (2009) Does the Employment of Physician Assistants and Nurse Practitioners Increase Liability? *Journal of Medical Licensure and Discipline*, 95(2), 6-16 National Organization of Nurse Practitioner Faculties, National Directory of Nurse Practitioner Programs, 1994.
- ³¹ Ducharme, J., Alder, RJ., Pelletier, C., Murray, D., Tepper, J. (2009) The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. *CJEM*. 11(5), 455-461.
- ³² Sherwood, GD., Brown, M., Fay, V., Wardell, D. (1997) Defining Nurse Practitioner Scope of Practice: Expanding Primary Care Services, *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 1(2) Retrieved from <http://www.geide.org/uploads/6/4/8/8/6488931/definingscope.pdf>
- ³³ Mandelblatt, J., Traxler, M., Lakin, P., Thomas, L., Chauhan, P., Matseoane, S., Kanetsky, P. (1993) A nurse practitioner intervention to increase breast and cervical cancer screening for poor, elderly black women. The Harlem study team, *J Gen Intern Med*, 8(4), 173–178.
- ³⁴ Brown, SA., Grimes, DE. (1993) *A Meta-Analysis of Process and Care, Clinical Outcomes, and Cost-Effectiveness of Nurses in Primary Care Roles: Nurse Practitioners and Nurse-Midwives*, Washington DC. American Nurses Pub.
- ³⁵ Naylor, MD., Kurtzman, ET. (2010) The Role of Nurse Practitioners in Reinventing Primary Care, *Health Affairs*, 29(5), 893-899
- ³⁶ Horrocks, S., Anderson, E., Salisbury, C. (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. ,324(7341), 819-823
- ³⁷ Litaker, D., Mion, LC., Planavsky, L., Kippes, C., Mehta, N., Frolkis, J. (2003) Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care, *J Interprof Care*, 17(3), 223–237
- ³⁸ Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, EE., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., ... DiCenso, A. (2013) A Systematic Review of The Effectiveness of Advanced Practice Nurses In Long-Term Care., *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148–2161
- ³⁹ Vogelsmeier, A., Popejoy, L., Crecelius, C. (2018) APRN-Conducted Medication Reviews for Long-Stay Nursing Home Residents, *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(1), 83-85
- ⁴⁰ Registered Nurse: Surgical First Assist (RN-SFA) Pilot Project Update (2009) Retrieved from 2018.09.10. <http://www.rnfa-ontario.ca/media/evaluation.pdf>
- ⁴¹ Dulisse, B., Cromwell, J. (2010).No Harm Found When Nurse Anesthetists Work Without Supervision by Physicians, *Health Affairs*, 29, 1469-1475
- ⁴² Needleman, J., Minnick, AF. (2009). Anesthesia Provider Model, Hospital Resources, and Maternal Outcomes, *Health Service Research*, 44, 464-482
- ⁴³ Simonson, D., Ahern, M., Hendry, M. (2007) Anesthesia Staffing and Anesthetic Complications During Cesarean Delivery, *Nursing Research*, 56(1), 9-17
- ⁴⁴ Pine, M., Holt, KD., Lou, YB. (2003). Surgical Mortality and Type of Anesthesia Provider, *AANA Journal*,71(2), 109-116
- ⁴⁵ Hogan, PF., Seifert, RF., Moore CS., Simonson BE. (2010) Cost- Effectiveness Analysis of Anesthesia Providers, *Nursing Economics*, 28(3), 159-169.
- ⁴⁶ Nurse Practitioners and the Primary Care Shortage (2018) Retrieved from 2018.11.22. <https://onlinenursing.regiscollege.edu/resources/mha/infographics/nurse-practitioners-and-the-primary-care-shortage/>
- ⁴⁷ Delamaire, M., Lafortune, G. (2010), Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, *OECD HealthWorking Papers*, 54, Retrieved from.<http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>
- ⁴⁸ Aiken, LH., Cheung, R. (2008) Nurse Workforce Challenges In The United States: Implications For Policy, *OECD Health Working Papers*, Retrieved from 2018.11.05. https://www.who.int/hrh/migration/Case_study_US_nurses_2008.pdf

- ⁴⁹ Kleinpell, RM. (2005) Acute Care Nurse Practitioner Practice: Results of a 5-Year Longitudinal Study, *Am J Crit Care*, 14, 211-219
- ⁵⁰ Oláh, A., Máté, O. (2012) Felnőtt aneszteziológiai, intenzív és sürgősségi szakápoló hatásköri listák összefoglalása, In: Balogh, Z. (szerk.) *Hatásköri listák: Egészségügyi szakdolgozói területen*. (pp. 99-117) Budapest: Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, (ISBN:978-963-08-2611-2)
- ⁵¹ Oláh, A., Betlehem, J., Máté, O., Fullér, N. (2015) Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon, *NŐVÉR*, 28(2), 3-10
- ⁵² Betlehem, J., Pék, E. (2015) A Sürgősségi Egészségügyi Ellátás Képzési Kihívásai Nemzetközi Dimenzióban, *Magyar Mentésügy*, 29(1), 6-12
- ⁵³ Aiken, LH., Sloane, DM., Cimiotti, JP., Clarke, SP., Flynn, L., Seago, JA., Spetz, J., Smith, HL. (2010) Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Serv Res*, 45(4), 904–921
- ⁵⁴ Proposed Federal RN ratios – What you can do about it (2018) Retrieved from 2018. 06. 25. <https://nurse.org/articles/federal-staffing-ratios/>
- ⁵⁵ S.1063 – Nurse Staffing Standards for Hospital Patient Safety and Quality Care Act of 2017 (2017) Retrieved from 2018.06. 25. <https://www.congress.gov/bill/115th-congress/senate-bill/1063/text>
- ⁵⁶ Royal College of Nursing (2010) Guidance on safe nurse staffing levels in the UK, Retrieved from 2018.06.25. <http://www.weds.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1076/rcn%20safe%20staffing%20levels.pdf>
- ⁵⁷ Australian Nursing & Midwifery Federation, Nurse/Midwife: Patient Ratios - It's a matter of saving lives, Retrieved from 2018. 06. 25. <http://www.anmfvic.asn.au/~media/f06f12244fbb4522af619e1d5304d71d.ashx>
- ⁵⁸ BC Nurses' Union (2015) Mandated Nurse-Patient Ratios, Retrieved from 2018.06.25. <https://www.bcnu.org/AboutBcnu/Documents/position-statement-nurse-patient-ratio.pdf>
- ⁵⁹ Ontario Nurses' Association (2016) Submission on 2017 pre-budget consultations to standing committee on finance and economic affairs, Retrieved from 2018.06.25. https://www.ona.org/wp-content/uploads/ona_prebudgetsubmission_2017.pdf?x72008
- ⁶⁰ Kasprak, J. (2004) California RN Staffing Ratio Law, Retrieved from 2018. 06. 25. <https://www.cga.ct.gov/2004/rpt/2004-R-0212.htm>
- ⁶¹ Kane, RL., Shamilyan, T., Mueller, C., Duvall, S., Wilt TJ. (2007) Nurse staffing and quality of patient care, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- ⁶² Dall, TM., Chen, YJ., Sifert, RF., Maddox PJ. (2009) The economic value of nursing, *Medical Care*, 47(1), 97-104.
- ⁶³ Zingg, W., Holmes, A., Dettenkofer, M. (2015) Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus, *Lancet Infect Dis.*, 15(2), 212-224.
- ⁶⁴ Alrubaiee, G., Baharom, A., Shahar, HK., Daud, SM., Basaleem, HO. (2017) Knowledge and practices of nurses regarding nosocomial infection control measures in private hospitals in Sana'a City, Yemen, *Safety in Health*, 3(16) 2-6
- ⁶⁵ Simon, M., Mehmecke, S. (2017) Nurse to Patient Ratios - Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, ISSN: 2509-2359
- ⁶⁶ McGillis-Hall, L., Doran, D., Pink, GH. (2004) Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes, *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45
- ⁶⁷ Uchida-Nakakoji, M., Stone, PW., Schmitt, SK. (2015) Nurse Workforce Characteristics and Infection Riskin VA Community Living Centers: A Longitudinal Aalysis, *MedCare*, 53(3), 261-267
- ⁶⁸ Needleman, J., Buerhaus, P., Stewart M. (2002) Nurse Staffing Levels and The Quality of Care in Hospitals, *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722
- ⁶⁹ Kendall-Gallagher, D., Blegen, MA. (2009) Competence and Certification of Registered Nurses and Safety of Patients in Intensive Care Units, *Am J, CritCare*, 18(2), 106-114
- ⁷⁰ Twigg, DE., Myers, H., Duffield C. (2016) The impact of adding assistants in nursing to acute care hospital ward nurse staffing on adverse patient outcomes: An analysis of administrative health data, *International Journal of Nursing Studies*, 63, 189-200
- ⁷¹ Driscoll, A., Grant, MJ., Carroll, D. (2017) The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: a systematic review and meta-analysis, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 6-22
- ⁷² Cho, SH., Ketefian, S., Berkauskas, VH. (2003) The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs, *Nursing Research*, 52(2), 71-79

- ⁷³ Griffiths, P., Ball, J., Murrells, T., Jones, S., Rafferty, AM. (2016) Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study, *BMJ Open*, doi:10.1136/bmjopen-2015-008751
- ⁷⁴ Hugonnet, S., Villaveces, A., Pittet, D. (2007) Nurse Staffing Level and Nosocomial Infections: Empirical Evaluation of the Case-Crossover and Case-Time-Control Designs, *American Journal of Epidemiology*, 165(11), 1321-1327
- ⁷⁵ Mansukhani, R., Bridgeman, M., Candelario, D., Eckert, LJ. (2015)., Exploring Transitional Care: Evidence-Based Strategies for Improving Provider Communication and Reducing Readmissions, *Pharmacy and Therapeutics*, 40(10), 690–694
- ⁷⁶ Brooten, D., Naylor, MD., York, R. (2002) Lessons Learned from Testing the Quality Cost Model of Advanced Practice Nursing (APN) Transitional Care, *J Nurs Scholarsh.*, 34(4), 369–375
- ⁷⁷ Naylor, M., Keating, SA. (2009) Transitional Care: Moving patients from one care setting to another, *Am J Nurs.*, 108(9 Suppl), 58–63.
- ⁷⁸ Harrington, C., Schnelle, JF., McGregor, M., Simmons, SF. (2016) The Need for Higher Minimum Staffing Standards in U.S. Nursing Homes, *Health Serv Insights*, 12(9), 13-9.
- ⁷⁹ Bridging for PSW to PN Program Certificate (2018) Retrieved from 2019.01.16. <http://db2.centennialcollege.ca/ce/certdetail.php?CertificateCode=7997>
- ⁸⁰ Healthcare Education Services (2013) Medication Administration for CNAs, Retrieved from 2019.01.11. <https://lms.rn.com/getpdf.php/1954.pdf>
- ⁸¹ Hernández-Medina, E., Eaton, S., Hurd, D., White, A. (2006) Training Programs for Certified Nursing Assistants, Retrieved from 2019.02.01. https://www.aarp.org/home-garden/livable-communities/info-2006/2006_08_cna.html
- ⁸² How to become a CNA (2019) Retrieved from 2019.01.12. <http://everynurse.org/becoming-a-cna/>
- ⁸³ US. Department of Veterans Affairs (2014) Document number 5005/71 Retrieved from 2019.02.08. https://www.va.gov/vapubs/Search_action.cfm
- ⁸⁴ CNA to LPN Programs (2019) Retrieved from 2019.01.09. <https://www.practicalnursing.org/cna-lpn-programs>
- ⁸⁵ Department of Health and Social Care (2016) Administration of medicines in care homes (with nursing) for older people by care assistants, Retrieved from 2019.01.08. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/518298/Medicines_in_care_homes_A.pdf
- ⁸⁶ Oláh, A., Fullér, N. (2012) A licence rendszer bevezetésének hazai lehetőségei az ápolás területén a nemzetközi tapasztalatok tükrében, Munkaanyag