

# **Acta Sana**

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Tudományos Lapja

2010.  
V. évfolyam 1. szám



**Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata  
A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és  
Szociális Képzési Kar Tudományos Lapja**

**2010.  
V. évfolyam 1. szám**

**TARTALOMJEGYZÉK**

<b>Milyen terhet viselnek az iskolások?</b>	<b>7</b>
<b>A hátizsák tömegének vizsgálata 3 általános iskolában</b> Koncsek Krisztina, Pósa Gabriella, Józsa Anett, Szabó Gabriella, Varga Ágnes	
<b>A menedzsment egyes kiemelt területei oktatásának jelentősége és lehetőségei az egészségügyi felsőoktatásban</b>	<b>14</b>
Gábor Katalin	
<b>A betegjogok szabályozása a kezdetektől napjainkig</b>	<b>21</b>
Dr. Pogány Magdolna	
<b>Útmutató az Acta Sana szerzői számára</b>	<b>34</b>
<b>Guidelines to the Authors of Acta Sana</b>	<b>36</b>

**The Theory and Practice of the Health and Social Service  
Scientific Journal of University of Szeged  
Faculty of Health Sciences and Social Studies**

**2010.  
Vol. 5. No. 1.**

**CONTENTS**

<b>What kind of load the schoolchildren wear? Measuring the backpack's load in 3 primary school. Koncsek K., Pósa G., Józsa A., Szabó G., Varga Á.</b>	<b>7</b>
<b>Significance and possibilities of educating highlighted management areas in higher health care education Gábor, K.</b>	<b>14</b>
<b>The Regulation of Patients' Rights from the Beginning until Today Dr. Pogány, M.</b>	<b>21</b>
<b>Útmutató az Acta Sana szerzői számára</b>	<b>34</b>
<b>Guidelines to the Authors of Acta Sana</b>	<b>36</b>

Tisztelt Olvasó!

Lecturi Salutem!

Üdvözllet – Invocatio – az Olvasónak!

A Tudományos Bizottság ezúton köszönti olvasóit, és ajánlja figyelmükbe továbbra is a Kar tudományos folyóiratát.

A misszióját változatlanul őrző Acta Sana legfőbb feladata az elkövetkezőkben is hangsúlyt adni és méltó keretet biztosítani a Karon elért tudományos eredmények megismertetésének, valamint generálni az egyes szakterületek közötti tudományos párbeszédet az egyetemi hagyományoknak megfelelően.

A Szerkesztőbizottság támogatni kívánja a kutatóműhelyek kialakulását és működését - különösen az ápolás, fizioterápia, szociális munka és a védőnői munka területén -, továbbá a tudás határoktól független szabad áramlását. Megtisztelő érdeklődését és értékes hozzájárulását megköszönve várjuk kollégáink, hallgatóink és az együttműködő külföldi társintézmények munkatársainak közleményeit, amelyeket magyar és angol nyelven (magyar szerzők tollából is) az útmutatóban foglaltak szerint lehet benyújtani.

Szerkesztők

Greetings – Invocatio - to the Reader

Dear Reader,

The Scientific Committee are greeting the reader and thus recommending the scientific journal of the Faculty to your attention.

Preserving our mission, the main duty of Acta Sana will be in the future as well to focus on and to provide a frame for disseminating the scientific results achieved at the Faculty and to generate an interdisciplinary dialogue according to the University traditions.

The Editorial Board wish to support the development of research networks especially in the field of nursing, physiotherapy, social work and health visiting, and the free flow of knowledge without boundaries. Thanking you for your honouring interest and valuable contribution, we wait for the papers written by our colleagues, students and members of partner institutions abroad, which can be submitted in Hungarian and in English (from the pen of Hungarian authors, too) and according to the Guidelines.

Editors

## Milyen terhet viselnek az iskolások? A hátizsák tömegének vizsgálata 3 általános iskolában

Koncsek Krisztina\* - Pósa Gabriella\* - Józsa Anett\*\* - Szabó Gabriella\*\* - Varga Ágnes\*\*

\* Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Fizioterápiás Tanszék

\*\* Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Gyógytornász szak, hallgatók

e-mail: koncsek@etszk.u-szeged.hu

**Kulcsszavak:** teher, hátizsák, gyerekek, általános iskola

### Összefoglalás

**Bevezetés:** A hátizsák az iskolás gyermekek elengedhetetlen tartozéka. Ugyanakkor világviszonylatban egyre növekvő problémát jelent a már gyermek -, serdülőkorban jelentkező hát és derékfájdalom, melynek egyik hajlamosító tényezője a (túl) nehéz hátizsák. Számos országból rendelkezünk objektív adatokkal, melyek alátámasztják, hogy valóban egyre nagyobb terhet kell a fejlődésben levő gyermekeknek nap, mint nap viselniük. A nemzetközi szakirodalom a testtömeg 10%-nál nem ajánl nagyobb terhelést.

**Célkitűzés:** A szubjektív véleményeken túl nem találtunk olyan tanulmányt, mely a hazai diákok hátizsákját vizsgálta volna. A vizsgálat célja volt feltérképezni, hogy 3 magyarországi általános iskolában mekkora terhet hordanak a diákok és ez megfelel – e a szakirodalmi ajánlásoknak.

**Módszer:** A vizsgálatba 500 főt vontunk be, de 211 (100 fiú, 111 lány; átlagéletkor 11, 2 év) fő adata volt értékelhető. Feljegyeztük az antropometriai adatokat és minden résztvevő 1 héten keresztül naponta rögzítette a táskája tömegét. Az adatfeldolgozás során a táskák tömegét összevetettük a szakirodalmi ajánlással. Az adatokat Statistica 8 szoftver egymintás t-próbájával, variancia analízissel értékeltük.

**Eredmények:** A résztvevők átlagosan 4,7 ( $\pm 1,76$ ) kg - os táskát viselnek. Összességében elmondható, a táskák napi átlagos tömege szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) nagyobb, mint a testtömeg alapján meghatározott ajánlás. Évfolyamonként külön vizsgálva a résztvevőket megállapíthatjuk, hogy a kisiskolások (alsó tagozat) szenvednek leginkább a túl nehéz hátizsáktól.

**Megbeszélés:** A mintánál is az ajánlott maximális terhelést meghaladó vagy megközelítő hátizsák tömeget találtunk, ami egybe vág a nemzetközi helyzettel. A nehéz hátizsák, mindennapos viselése szerepet játszik a gyermekkori gerincbetegségek korai kialakulásában így annak csökkentése, vagy akár teljes elhagyása jelentheti csak a probléma megoldást.

### Bevezetés

A hátizsák népszerű<sup>1</sup> és praktikus módja a teherviselésnek mind az iskolába járók, a kirándulók és a katonák körében<sup>2,3</sup>, s mára a diákok elengedhetetlen tartozékává vált. A gyerekek leggyakrabban teherként a saját iskolatáskájukat, hátizsájukat viselik<sup>4</sup>. Egy 2004-es felmérés szerint 40 millió amerikai tanuló visel hátizsákot<sup>1</sup>, világviszonylatban pedig az iskolás gyerekek 90 % a választja ezt a teherviselési formát<sup>5-8</sup>. Ha megfelelően használják, akkor a mindennapi szükséges felszerelések hordását, szállítását közel a gerinchez, szimmetrikusan valósíthatjuk meg<sup>9,10</sup>. *Malhotra* és *Sen Gupta*<sup>11</sup> még 1965-ben úgy vélekedett, hogy a

hátizsák a leggazdaságosabb módja az iskolatáska viselésének. Minimális energiaráfordítás szükséges és csak kismértékben korlátozza a mozgást. Néhány évtizeddel ezelőtt az iskolások jóval kevesebb terhet hordtak, mint napjainkban<sup>12</sup> a növekvő házi feladat, tankönyv és eszközanyag, az iskolán kívüli elfoglaltságok felszerelése mind az iskolatáskába kerültek<sup>13</sup>.

Teljesen egységes álláspont a szakmai szervezetek között még nincs, számos ajánlás létezik a hátizsák maximális tömegére vonatkozóan, leggyakrabban a testtömeg százalékában kifejezve határozzák meg (1. sz. táblázat).

Szakmai szervezet, tanulmány	Táska tömegére vonatkozó ajánlás a testtömeg %-ban kifejezve
American Physical Therapy Association <sup>14</sup>	max. 15%
American Chiropractic Association <sup>15</sup>	max. 10%; 5-10% között
American Academy of Orthopaedic Surgeons <sup>3</sup>	max. 15-20 %
The American Occupational Therapy Association	max. 15%
American Academy of Pediatrics <sup>16</sup>	max. 10-20%
<i>Rateau</i> (2004) <sup>17</sup>	max. 5-15 %
<i>Voll és Klimt</i> (1977) <sup>10</sup>	max. 10%
<i>Chansirinukor és mtsai</i> (2001) <sup>18</sup>	< 15%

1. sz. táblázat A hátizsák maximális tömegére vonatkozó nemzetközi ajánlások

Ám az biztos, hogy a testtömeg 10%-nál több terhet viselve a testtartás jelentősen megváltozik<sup>2,19</sup>. Ezen változások mértéke függ a hátizsák viselésének módjától (pántok, magasság), annak súlyától és a viselés időtartamától<sup>4,6,20</sup>. A fiziológiástól eltérő testtartás, illetve a túl nehéz hátizsákból adódó terhelés együttes hatásként rizikófaktoroként jelenik meg a korai és késői gerincproblémák kialakulásában<sup>4, 5, 21</sup>, megnöveli a hátfájdalom előfordulását gyermek és serdülőkorban<sup>6,8,22-26</sup>. Magyarországon a 6/2005 Oktatási Miniszteri rendelet<sup>27</sup> ejt szót a kérdésről, s meghatározza, hogy „az 1-4. évfolyamokra beiratkozott tanulók heti órarendjét úgy kell kialakítani, hogy az egyes tanítási napokon használt tankönyvek tömege a három kilogrammot ne haladassa meg”. A rendelet gyakorlati megvalósulásáról vonatkozó információt nem találtunk. Önmagában kritikaként megfogalmazható, egy testtömegtől, testalkattól független ajánlás, előírás nem lehet megfelelő. A magunk részéről a hátizsák maximálisan viselhető tömegét a testtömeg 10%-ban fogadjuk el.

A fentiekből látszik, fontos, hogy megfelelően kezeljük ezt a kérdést, hiszen ez egy olyan rizikófaktor, mely befolyásolható, kiiktatható lenne. A hazai gyakorlatban szakemberek véleményét olvashatjuk, hallhatjuk ám olyan tanulmányt, mely pontos adatokkal rendelkezne az általános iskolások hátizsákjának tömegére vonatkozóan, nem találtunk.

### Célkitűzés

Szerettük volna megtudni, hogy az általunk vizsgált mintában - három magyarországi kisvárosi általános iskolában - mekkora terhet hordanak a gyermekek naponta és ez megfelel-e az ajánlásoknak.

### Anyag és módszer

A felmérésre 2009. októberben került sor 3 magyarországi kisvárosi általános iskolában. Mindhárom iskolában évfolyamonként 1 osztály vett részt, kiválasztásuk véletlenszerűen történt. 500 vizsgálati lap került kiosztásra, melyből 211 volt értékelhető (átlagéletkor 11,2 év, 100 fiú, 111 lány). A vizsgálati lapon a résztvevőknek rögzíteniük kellett az alapvető antropometriai adatokat (testtömeg, testmagasság), életkorukat, az évfolyamot, valamint 1 tanítási héten keresztül a testtömegüket és a hátizsákjuk tömegét. Bár a hátizsák és a testtömeg meghatározásához nem ugyanazon standardizált mérleget használtuk, hanem minden résztvevő a saját otthonában saját mérlegen végezte el a mérést, ám a testtömeg meghatározást is minden nap ugyanazon a mérlegen elvégezte, így az adatok egymáshoz való viszonya feltérképezhetővé vált. Az alsó tagozatos osztályok esetében a szülőket kértük meg a mérések elvégzésére.

Az adatok feldolgozása során kiszámítottuk a testtömeg indexüket (BMI), a napi átlag hátizsák tömegét, a napi átlag testtömegüket, valamint a hátizsák relatív tömegét (napi átlag hátizsák tömeg/napi átlag testtömeg; %), s összevetettük az ajánlásokkal. Statistica 8 szoftvert használva, az adatok feldolgozása során az alap (leíró) statisztikai mutatókon túl, gyakorisági megoszlást és az összefüggések feltárásához pedig egymintás t-próbát, variancia analízist használtunk.

### Eredmények

A résztvevők nemek, és évfolyamok szerinti megoszlást és főbb jellemzőiket (testtömeg, testmagasság, BMI) a 2. sz. táblázat mutatja. A vizsgálatban résztvevők 67 %-a felső tagozatos, kisebb



Évfolyam	Nem	N	Testtömeg	Testmagasság	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	BMI
			(kg)	(cm)	Átlag (SD)	50%
			Átlag (SD)	Átlag (SD)	percentilis <sup>28</sup>	
1. évf.	fiú	7	23,7 (2,63)	125,9 (5,52)	14,9 (1,43)	15,56
	lány	10	26,0 (5,06)	124,2 (2,66)	16,8 (2,78)	15,38
2. évf.	fiú	6	29,8 (6,78)	129,7 (8,50)	17,4 (2,00)	15,91
	lány	2	36,0 (5,66)	140,0 (11,32)	18,3 (0,07)	15,6
3. évf.	fiú	9	32,2 (4,29)	140,4 (5,88)	16,3 (1,48)	16,32
	lány	10	30,3 (4,43)	136,2 (6,05)	16,3 (2,04)	15,9
4. évf.	fiú	16	38,5 (9,07)	144,9 (7,47)	18,2 (3,21)	17
	lány	10	35,9 (11,19)	144,9 (10,04)	16,8 (3,79)	16,72
5. évf.	fiú	11	39,4 (8,32)	150,3 (10,16)	17,5 (3,38)	17,59
	lány	24	39,6 (6,94)	150,1 (8,00)	17,6 (3,10)	17,54
6. évf.	fiú	15	49,9 (10,13)	156,3 (7,77)	20,3 (3,15)	18,29
	lány	12	41,3 (5,00)	155,7 (5,40)	17,0 (2,00)	18,42
7. évf.	fiú	25	52,0 (13,95)	162,6 (10,53)	19,4 (3,54)	18,92
	lány	27	51,0 (10,16)	163,0 (6,00)	19,1 (3,14)	18,91
8. évf.	fiú	11	56,4 (18,49)	163,4 (11,71)	20,7 (4,22)	19,23
	lány	16	56,2 (7,66)	164,9 (4,46)	20,6 (2,39)	19,84

2. sz. táblázat A minta jellemzői testtömeg, testmagasság, BMI alapján évfolyam és nemek szerinti bontásban

részt (33%) képeznek az 1-4. évfolyam tanulók, a nemek szerinti megoszlás azonos, a BMI szerint normál, átlagos testalkatúak, az 50%-os percentilis értékhez<sup>28</sup> viszonyítva jelentős eltérést nem találunk.

A résztvevők adatait együtt vizsgálva elmondható, hogy átlagosan naponta 4,7 kg ( $\pm 1,76$ ) – os hátizsákot viselnek, mely átlagosan a testtömegük 11,7 % ( $\pm 4,55$ ) – nak felel meg. Ha nemek szerint külön bontjuk nincs különbség fiúk és lányok háti-

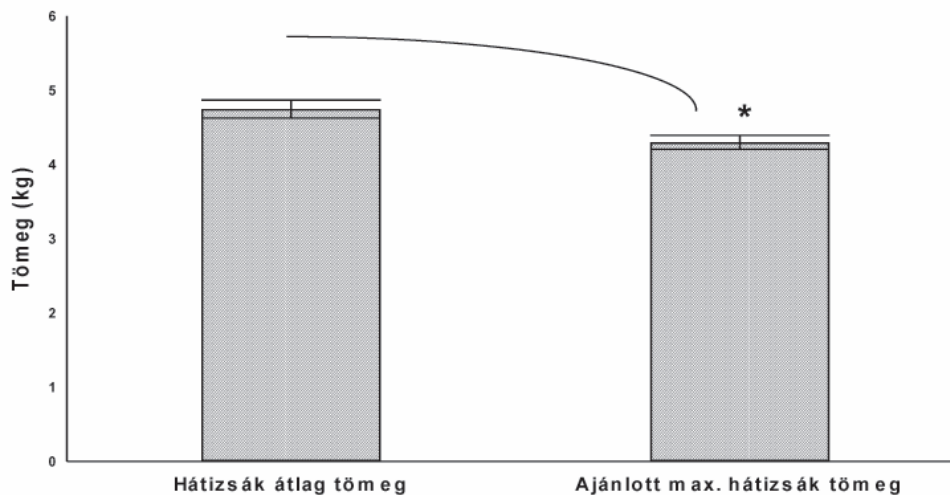
zsákja között. A diákok 47 % - a a testtömegük 10 – 15% - t viseli mindennap a vállán, a 16 % - uk, pedig ennél is nehezebb hátizsákkal jár.

Évfolyam szerinti bontásban, a diákok napi átlagos táskatömegét és relatív hátizsák tömeget, azaz a testtömeghez viszonyított % - os értékeket a 3. sz. táblázatban olvashatjuk.

A második osztályosok kivételével, minden évfolyamon a hátizsák átlagos tömege meghaladja az ajánlásban olvasható testtömeg 10% - át. A vizs-

Évfolyam	N	Napi átlag hátizsák	Napi átlag hátizsák	Relatív hátizsák	Relatív hátizsák
		tömeg (kg)	tömeg (kg)	tömeg (%)	tömeg (%)
		Átlag (SD)	Min – max	Átlag (SD)	Min - max
1. évf.	17	3,8 (0,68)	2,4 – 5	14,9 (3,7)	9,3 – 25,0
2. évf.	8	2,9 (1,40)	1,2 – 5,2	9,9 (6,8)	3,0 – 24,7
3. évf.	19	4,0 (1,22)	1,3 – 6,6	13,6 (4,7)	3,1 – 21,0
4. évf.	26	5,1 (3,04)	2,4 – 18	13,7 (6,5)	4,8 – 36,1
5. évf.	35	4,4 (1,20)	2,2 – 6,8	11,2 (4,0)	3,7 – 18,5
6. évf.	27	4,7 (1,00)	2,6 – 6,6	10,7 (3,7)	5,1 – 19,5
7. évf.	52	5,2 (0,93)	2,3 – 7,5	10,5 (3,0)	5,0 – 18,8
8. évf.	27	5,7 (2,44)	3,0 – 15,4	10,4 (4,2)	3,5 – 25,7

3. sz. táblázat Napi átlag hátizsák tömeg kg-ban és a testtömeg %-ban évfolyamonként



1. sz. ábra A diákok által hordott táska tömegének és az ajánlott maximális hátizsák tömegének összefüggése

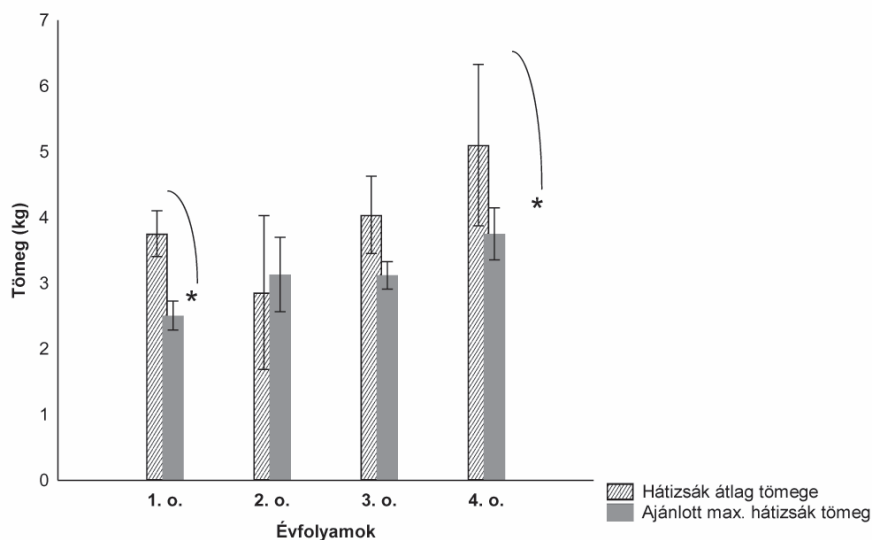
gálatban résztvevő diákok adatait együtt értékelve, szignifikáns különbséget találunk az ajánlott maximális hátizsák tömeg (testtömeg 10%-a) és a napi átlag hátizsák tömege között ( $p = 0,003576$ ) (1. sz. ábra).

Alsó és felső tagozatosakat külön vizsgálva elmondhatjuk, hogy az alsós osztályokban jelentős a különbség az ajánlott maximális (átlag:  $4,2 \pm 2,15$  kg) és a mindennapokban hordott hátizsák tömege ( $3,2 \pm 0,85$  kg) között ( $p = 0,000303$ ). A felső tagozatosoknál nem találtunk jelentős különbséget (hátizsák átlag tömeg =  $5 \pm 1,48$  kg; ajánlott max. hátizsák átlag tömeg =  $4,8 \pm 1,21$  kg).

Az első és negyedik osztályban találunk (2. sz. ábra) szignifikáns különbséget ( $p_{\text{első osztály}} = 0,019524$ ;  $p_{\text{negyedik osztály}} = 0,001921$ ) a hátizsákok tömegében, míg a harmadik osztályban tendenciát ( $p_{\text{harmadik osztály}} = 0,067690$ ) figyelhetünk meg.

### Megbeszélés

Eredményeink alapján mondhatjuk, hogy a vizsgált mintában a diákok az ajánlott maximális táskatömeget megközelítik, egyes korcsoportok esetén pedig meg is haladják. Alsó tagozatosok esetében szignifikáns eltérést, illetve tendenciát tapasztaltunk a viselt és a maximális hátizsák tömege között. A második osztályosok kivételt képeznek ugyan, de meg kell említeni, hogy itt nagyon alacsony volt az elemszám (8 fő). Az iskolakezdés önmagában is növelheti a testtartási rendellenességek, gerincproblémák kialakulásának előfordulását, hiszen az addigi „örökmozgó” életformáról „ülő” életmódra kényszerül a kisiskolás. Az, hogy testtömegük sokszorosát kénytelenek a hét öt napján teherként cipelni csak bizonyítottan ront a helyzeten. Bár az Oktatási Miniszteri rendelet csupán a könyvmennyiséget limitálja alsó



2. sz. ábra A diákok által hordott táska tömege és az ajánlott maximális hátizsák tömeg összefüggése az alsó tagozatos osztályokban

tagozaton 3 kg-ban, a vizsgált alsós osztályokban az átlagos táskamenyiség 4,2 kg, így valószínű ez is a határértéken mozoghat. A felső tagozatosok minimális, statisztikailag nem értékelhető módon haladják meg az ajánlott értéket, ám fontos megjegyezni, hogy az ajánlásokban előforduló „testtömeg 10%-a” a maximum terhelést adja meg és nem az ajánlott, optimális hátizsák tömeget<sup>10,28</sup>. A nemzetközi irodalommal összevetve megállapíthatjuk, hogy könnyebb a hátizsákjuk a görög<sup>21</sup> (1263 fő, átlagéletkor  $15 \pm 2$  év, relatív táskatömeg  $10,6 \pm 3,5$  %) és az angol<sup>29</sup> (679 fő, átlagéletkor:  $12,8 \pm 0,9$  diákoknak relatív táskatömeg 7%) diákoknak. A német tanulók<sup>10</sup> (1-4. osztály, relatív

táskatömeg 11-14% között) hasonlóan nehéz hátizsákkal járnak. A mexikói fiatalok<sup>30</sup> (60 fő, átlagéletkor 13 év) pedig még nálunk is nehezebb, a testtömeghez viszonyítva 15% - os tömegű hátizsákot viselnek.

A gyermekkori gerinc problémák száma rohamosan növekszik<sup>4,5</sup>, így egyre égetőbbé válik a probléma megoldása, hiszen ez egy olyan rizikófaktor, mely kiküszöbölhető lenne. Például iskolaszekrény a felszereléseknek, napközis tanulószoba, hogy ne kelljen hozni, vinni a felszerelést, az iskolában, helyben megoldott szabadidős és sport tevékenységek jelenthetik a megoldást, mely csak rajtunk múlik.

### Irodalomjegyzék

1. Wang Y. T., Pascoe D. D., Weimar W.(2001): Evaluation of book backpack load during walking. *Ergonomics* 44 (9): 858-869.
2. Orloff H. A., Rapp C. M. (2004): The effects of load carriage on spinal curvature and posture. *Spine* 29(12):1325-1329.
3. American Academy of Orthopedic Surgeons.(2004). Backpack safety. [http://orthoinfo.aaos.org/fact/thr\\_report.cfm?Thread\\_ID=105&topcategory=Spine](http://orthoinfo.aaos.org/fact/thr_report.cfm?Thread_ID=105&topcategory=Spine) 2008-10-17-én
4. Negrini S., Carabona R., Sibilla P.(1999): Backpack as a daily load for schoolchildren. *Lancet* 354(9194): 1974
5. Whittfield J. K., Legg S. J., Hedderley D. I. (2001): The weight and use of schoolbags in New Zealand secondary schools. *Ergonomics*, 44(9):819-824
6. Grimmer K. A., Williams M. T. (2000): Gender-age environmental associates of adolescent low back pain. *Applied Ergonomics* 31(4):343-360
7. Grimmer K. A., Williams M. T, Gill T. K.(1999): The associations between adolescent head-on-neck posture, backpack weight, and anthropometric features. *Spine* 24:2262-2267.
8. Pascoe D. D., Pascoe D. E., Wang Y. T., Shim D. M., Kim C. K.(1997): Influence of carrying book bags on gait cycle and posture of youths. *Ergonomics*. 40(6):631-41.
9. Knapik J., Harman E., Reynolds K.(1996): Load carriage using packs: a review of physiological, biomechanical and medical aspects. *Applied Ergonomics* 27(3):207-216
10. Voll H. J., Klimt F. (1977): Die beanspruchung des Kindes durch die schultasche. *Öffentliche Gesundheitswesen* 39(7):369-378.
11. Malhotra M. S., Gupta S. (1965): Carrying of a school bags by children. *Ergonomics* 8:55-60.
12. Zimble S. (2000): Backpacks: Do they cause back aches in schoolchildren, *Children Health Alert* 18:1-2.
13. Singh T., Koh M. (2008) : Effects of backpack loadposition on spatiotemporal parameters and trunk forward lean. *Gait and Posture*. 29(1):49-53
14. American Physical Therapy Association (2009) <http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=Media&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=57741> 2010-02-20-én
15. American Chiropractic Association [http://www.acatoday.org/content\\_css.cfm?CID=65](http://www.acatoday.org/content_css.cfm?CID=65) 2010-02-20-én
16. American Academy of Pediatrics <http://www.aap.org/advocacy/releases/schooltips-spanish.pdf> 2010-02-20-én
17. Rateau R. M. (2004): Use of backpacks in children and adolescents. A potential contributor of back pain. *Orthopaedic Nursing*. 23(2):101-105

18. Chansirinukor W., Wilson D., Grimmer K., Dansie B.(2001): Effects of backpacks on students: Measurement of cervical and shoulder posture. *Australian Journal of Physiotherapy* 47:110-116
19. Lai J., Jones A. (2001): The effect of shoulder girdle loading by a school bag on lung volumes in Chinese primary school children. *Early Human Development* 62:79-86
20. Szpalski M., Gunzburg R., Balagué F., Nordin M., Mélot C.(2002): A 2-year prospective longitudinal study on low back pain in primary school children. *Eur Spine J.* 11(5):459-64.
21. Haisman M. F. (1988): Determinants of load carrying ability. *Applied Ergonomics* 19:111-121.
22. Korovessis P., Koureas G., Zacharatos S., Papazisis Z. (2005): Backpacks, back pain, sagittal spinal curves and trunk alignment in adolescents: a logistic and multinomial logistic analysis. *Spine.* 30(2):247-55
23. Korovessis P., Koureas G., Papazisis Z. (2004): Correlation between backpack weight and way of carrying, sagittal and frontal spinal curvatures, athletic activity, and dorsal and low back pain in schoolchildren and adolescents. *J Spinal Disord Tech.*17(1):33-40.
24. Hong Y., Li J. X., Wong A. S., Robinson P. D. (2000): Effects of load carriage on heart rate, blood pressure and energy expenditure in children. *Ergonomics.* 43(6):717-27
25. Viry P., Greveuil C., Marcelli C. (1999): Nonspecific back pain in children: E search for associated factors in 14 years – old schoolchildren. *Rev Rhum Engl Ed* 66:381-388.
26. 6/2005. (III. 17.) OM rendelet a tankönyvvé nyilvánítás, a tankönyvtámogatás, valamint az iskolai tankönyvellátás rendjéről szóló 23/2004. (VIII. 27.) OM rendelet módosításáról Magyar Közlöny 2005/32. szám.
27. Pintér A. (szerk, 2004): *3. sz. módszertani levél. Útmutató és táblázatok a gyermekkori tápláltság megítéléséhez.* Országos Gyermekkegészségügyi Intézet, Magyar Védőnők Egyesülete. Budapest
28. Murphy S., Buckle P., Stubbs, D (2007): A cross-sectional study of self-reported back and neck pain among English schoolchildren and associated physical and psychological risk factors. *Ergonomics.* 43(6):717-727.
29. Navuluri N., Navuluri B. R. (2006): Study on relationship between backpack use and back and neck pain among adolescents. *Nursing and Health Sciences.* 8:208-215

**What kind of load the schoolchildren wear?  
Measuring the backpack's load in 3 primary school.**

Koncsek K.\*, Pósa G.\*, Józsa A.\*\*, Szabó G.\*\*, Varga Á.\*\*

\* University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies,  
Department of Physiotherapy

\*\* University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies,  
Department of Physiotherapy Students

e-mail: koncsek@etszk.u-szeged.hu

**Keywords: load, backpack, children, primary school**

**Summary**

**Introduction:** The backpack is crucial for schoolchildren. Low back pain is a growing problem worldwide in childhood and adolescents, which can be caused by the (too) heavy backpack. We have objective data from several countries, which underlying that the developing children have to carry heavy backpacks day by day. According to International studies' recommendation the weight should not be more more than 10% of the children's body weight.

**Aim:** Except the subjective opinions, we did not find any studies, which investigates the hungarian students' schoolbag. The purpose of this study was to find out, how much load the schoolchildren wear - in 3 Hungarian primary schools - and it's agree with the recommandation.

**Methods:** In the survey 500 students took part, but 211 (100 boy, 111 girl; aged 11,2 ) students data were evaluated. We recorded the antropometric data and every participant measured his/her backpack weight daily, over a week. During the data processing the weight of the backpack and the weight in the recommandation were compered. The data were estimated by Statistica 8 software, one sample t-test and variance analysis.

**Results:** The participants wear avarage 4,7 ( $\pm$  1,76) kg backpack. According to our finding the daily avarage load of backpack is significantly higher then the weight given int he recommandation. Measuring separatly the classes, we found that the lower school students suffer the most, from the heavy backpack.

**Conclusion:** In the sample we found that the participants wear over or approximately the maximal referenced amount of weight, which is equal with the International studies.

---

## A menedzsment egyes kiemelt területei oktatásának jelentősége és lehetőségei az egészségügyi felsőoktatásban

(PhD disszertáció tézisei)

**Dr. Gábor Katalin**

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

e-mail: gaborka@etszk.u-szeged.hu

### A témaválasztás indoklása

Az egészségügyi diplomások számos új kihívással kell hogy szembesüljenek az utóbbi évtizedekben.

A morbiditás súlypontjai jelentősen eltolódtak Magyarországon és más fejlett országokban is. A vakcinálással, antibiotikumokkal, műtéttel egy csapásra gyógyítható betegségeket felváltották az ún. krónikus degeneratív betegségek (magas vérnyomás, cukorbetegség, szív-érrendszeri megbetegedések). Míg az előbbieknél a beteg - anélkül, hogy együttműködött volna - meggyógyult a halálos betegségből, vagy meg sem kapta azt, az utóbbiaknál - melyek hátterében a fokozódó stresszhatások, környezeti ártalmak, helytelen táplálkozási és egyéb életmódbeli szokások állnak - a beteg intenzív közreműködése nélkül nem lehetséges az egészségi állapot romlásának megelőzése, megállítása.

Általánosan elfogadott nézet, hogy a környezet, az életmód jelentősen befolyásolja ezeknek a betegségeknek a kialakulását. Óriási szerepe van tehát az egészségügyi diplomásoknak, akik el kell hogy érjék a gondozott, beteg együttműködését egészségük megőrzésében, helyreállításában, vagy az egészségromlás megállításában, minél hatékonyabban kiegészítve egymás munkáját. Ehhez kell minél többféle használható eszközt biztosítanunk számukra.

Ilyen eszközök lehetnek a menedzsment szemlélet és technikák, melyek napjainkban többet lendíthetnek a magyar egészségügyön, mint a tudomány és technika szakmai felfedezései. Miután lehetőségem nyílt az egészségügyi dolgozók számos rétegét oktatni, kínálkozott a lehetőség, hogy kutatásom a menedzsment oktatásának jelentőségét és lehetőségeit célozza.

### Az értekezés célja

Keresni a menedzsmentnek azokat a területeit, melyek oktatása a szakmai tevékenység hatékonyabbá válását segítő készségek ill. képességek fejlesztését szolgálja az egészségügyben.

Igazolni a hallgatók megszerzett ismeretanyagának, illetve szemléletének hatását.

### Hipotézisek

1. A végzős védőnő hallgatók nem alkalmaznak egyformán minden vezetői stílust.
2. Gyakran nem használnak a szituációnak megfelelő vezetői stílust.
3. Az oktatás végére javul stílusválasztási képességük.
4. Tudatosodik bennük a szituációnak megfelelő vezetési stílus használatának jelentősége.
5. A védőnői jelentés adatai lehetővé teszik a védőnői munka hatékonyságának megítélését.
6. A védőnők gyakran nem alkalmaznak helyes vezetői stílust gondozottaikkal kapcsolatban.
7. A védőnők másnak ítélik saját vezetői stílusukat, mint környezetük (gondozottak, kollégák).
8. A védőnő hatékonysága függ a helyesen alkalmazott vezetői stílusuktól (stílushatékonyság).
9. A szülői elégedettség is arányos a stílushatékonysággal.
10. A humán erőforrás menedzsment szemléletének használata az egészségügyben csökkenti az elvándorlást és hiányzásokat, fokozza a dolgozók és a betegek elégedettségét.
11. A vállalkozói működési forma szemlélete, szabályai még ismeretlenek az egészségügyi szakemberek nagy része számára, ezek megismerése lehetővé teszi a helyes döntés meghozását.

### Módszerek

Kérdőíves módszerrel vizsgáltuk a vezetői képességeket, a dolgozói és betegelégedettséget.

Az eredményeket összevetettük egymással és a hatékonyságra jellemző statisztikai adatokkal.

Vizsgáltuk a védőnői adatszolgáltatás keretében gyűjtött adatok használhatóságát a szakma minőségbiztosításának céljára.

Menedzsment oktatást végeztünk, és vizsgáltuk ennek hatását.

Elemeztük a dolgozói hiányzások és elvándorlás adatait.

### **Főbb kutatási területek és eredmények**

Védőnő hallgatók egy csoportját oktattuk a „Helyzetfüggő Vezetés” módszerére. A képzés lehetővé tette a modern vezetői ismeretek elsajátítását és konkrét helyzetekben való gyakorlását. Az oktatás előtt kitöltött kérdőívek igazolták első feltevésünket, tehát a résztvevők spontán vezetői szerepükben nem alkalmaztak egyformán minden vezetői stílust. Döntő többségükben “túlvezettek”. Tehát olyan feladatokat is részletesen elmagyaráztak, amit a “beosztott” (gondozott) önállóan is ragyogóan megoldott volna. Ez nemcsak nagyon időigényes módszer, de passzívvá is teszi a vezetett személyt, ellenállást és gyanakvást szül, és mindenképpen rontja a két ember kapcsolatát. Különösen fontos tehát tudatosítani, hogy a rosszul megválasztott vezetési stílus, rontja a hatékonyságot.

Az oktatás hatására tudatosodott hallgatóinkban, hogy a helyzettől, a gondozott felkészültségi szintjétől függően különböző vezetői stílusokat kell alkalmazniuk. Az oktatás végére jóval többször választottak a helyzetnek megfelelően helyesen. Mindezekből azt a következtetést vontam le, hogy a vezetői stílus adekvát változtatása megtanulható, és fokozhatja a munka hatékonyságát és a betegek, hozzátartozók elégedettségét, tehát szükség van ilyen jellegű oktatásra.

A tapasztaltak alapján a Helyzetfüggő Vezetés elméleti oktatását beiktattuk alapképzésünk Menedzsment tantárgyának anyagába.

Következő lépés volt annak kutatása, vajon a már dolgozó védőnők - akiknek feladatukból eredően munkamódszere szinte kizárólag a gondozottak viselkedésének befolyásolása - szakmai hatékonysága összefügg-e spontán vezetői képességeikkel. Az utóbbi vizsgálatára volt már eszközünk, kerestük a védőnő munkájának szakmai szintjéről, minőségéről szóló objektív adatokat. Feltételeztük, hogy a rendszeres védőnői adatszolgáltatás mérőszámai alkalmasak erre.

Sajnos munkánk során kiderült, hogy adatok túlnyomó többsége nem felel meg erre a célra. Mindössze két olyan adatot sikerült találni a védőnői adatszolgáltatásban, melyek alkalmasak a szakmai hatékonyság vizsgálatára. Ez a két adat azonban kevés ahhoz, hogy kiküszöbölje azt a sok egyéb hatást (a helyi egészségkultúra, orvosi tevékenység hatása...), melyek még befolyásolhatják az eredményeket. Mégis érdekes megemlíteni, hogy szinte minden vizsgált változóval történő összevetés során negatív a szakmai hatékonyság korrelációja. A faktoranalízis is azt mutatja, hogy a szakmai teljesítményre utaló érték más faktorra jellemző mutató, mint a többi változó, tehát mást mér.

Az is elgondolkodtató következtetés számomra, hogy az adatokat szolgáltatók jelentős része nem elemzi a saját munkájára vonatkozó adatokat, pedig ezeknek az adatoknak az elemzése, értékelése, összehasonlítása más területek adataival adna lehetőséget a teljesítmény értékelésére, következtetések levonására, javítási lehetőségek feltárására. Ma, amikor az egészségügy minőségbiztosításának kimunkálása mindennapos feladat, különösen jelentős ez a probléma, és oktatásunkban hangsúlyt kell fektetnünk arra, hogy felkeltsük a saját munka eredményeiről regisztrált adatok elemzésének igényét.

Vizsgáltuk azt is, hogy a gondozottak (anyák) elégedettsége korrelál-e a védőnők szakmai hatékonyságával vagy vezetői képességeivel.

Az eredmények azt igazolják, hogy a válaszolók nem a védőnők szaktudását értékelik, hiszen ezt nem tudják megítélni.

A válaszolók nagy része az attitűdöt (figyelmesség, gondosság, lelkiismeretesség, segítőkészség, együttműködés, bármikor elérhető...) emeli ki. Nem elég tehát magas szintű szakmai tudással felruházni hallgatóinkat. Oktatásunk fejlesztésével olyan eszközökkel is el kell látnunk őket, melyekkel el tudják nyerni a gondozottak bizalmát, olyan légkört tudnak kialakítani, melyben a szülő fel meri tenni kérdéseit, el meri mondani a másoktól kapott információkat, hogy megvitathassák azokat, és kialakulhasson helyes meggyőződésük a kérdéssel kapcsolatban. Csak így lehet elérni, hogy valóban helyesen cselekedjenek. Egyik ilyen eszköz az aktuálisan helyes vezetői stílus megválasztása, melyet igyekszünk a bevezetett menedzsment képzés során hallgatóinknak megtanítani.

Kiderült, hogy az általunk vizsgált védőnői csoport 86%-ának elsődleges vezetői stílusa az S3 volt, és nagymértékben fejlesztendő az S1-es, „Feladatkiadó” stílusuk. Az irodalom szerint az ilyen stílusú („együttműködő, meggyőző”) vezetők hajlamosak hatékonyan vezetni az átlagos felkészültségi szintű személyeket, viszont fegyelmelési problémáik vannak, vagy nehezen tudják kezelni a tapasztalatlanokat. Az is kiderült, hogy bár jelentős arányban használtak bizonyos vezetői stílusokat a mintában szereplők, de gyakran nem a megfelelő helyzetben alkalmazták azokat.

Összevetve (több országban készült) 21 disszertáció tapasztalatait - mintegy nemzetközi tendenciaként - megállapítható, hogy – hasonlóan a mi eredményeinkhez - elsődleges vezetési stílusként S3-at, másodlagosként S2-t találtak a kutatók.

A vizsgált - már több éve dolgozó - védőnők a hallgatókhoz hasonlóan tehát szintén gyakran nem használnak megfelelő vezetői stílust gondozottakkal kapcsolatban. Az ő elsődleges vezetői stílusuk azonban eltér a hallgatókétól. Döntő részben tulajdonképpen „laissez faire” stílust alkalmaztak a kérdőívben szereplő szituációk kapcsán. A lelkes hallgatók még inkább hajlamosak túlvezetni, a védőnők sokszor sajnos már frusztráltak, kiegészítettek, és hagyják a dolgokat a maguk útján menni. Mindkét hiba nagymértékben ronthatja a védőnő és gondozottjának kapcsolatát. A vezetési ismeretek oktatásával tudatosítva az adekvát vezetési stílus használatának fontosságát, javítható a védőnői – és más tanácsadói – munka hatékonysága, kialakítható a bizalom légköre az egészségügyi dolgozó és a gondozott, illetve beteg között.

A védőnők saját és mások által észlelt vezetői stílushatékonyságát kétféleképpen próbával összehasonlítva azt láttuk, hogy szignifikánsan eltér az anyák észlelése a védőnőnek saját magáról alkotott képétől. Ez két dologgal magyarázható. Az egyik, hogy a védőnők nem érzékelik megfelelő pontossággal saját spontán vezetői stílusukat. Ha ez így van, oktatásunkban még nagyobb hangsúlyt kell fektetnünk az önismereti képzésre. A másik lehetőség, hogy az anyák nem ismerik eléggé védőnőjüket. Az utóbbi mellett szól, hogy a védőnőnek kollégái által észlelt vezetői stílusa nem tér el jelentősen a saját maguk által elért értéktől. Az, hogy az anyák másnak ítélik a védőnő stílusát, a kettőjük közötti kommunikáció elégtelenségére utal, ami rontja a védőnői munka hatékonyságát. Ez az eredményünk a kommunikációs képzés fontosságát hangsúlyozza.

Azért is jelentős foglalkoznunk ezzel a kérdéssel, mert a védőnői munka egyik legfontosabb minőségindikátora a szülői elégedettség kell, hogy legyen.

Kutatásunk alapján az is valószínűnek látszik, hogy ott, ahol az egészségkultúra színvonala alacsony, vagy az orvos elérhetősége rossz, a védőnő szerepe jelentősebb, így jobban kell, hogy használja vezetői képességeit, és ha ezt használja, az anyák jobban is értékelik azt.

Fontos kiemelten hangsúlyozni a delegálás, mint vezetői stílus fontosságát a modern egészségügyben, hiszen a manapság leggyakoribb krónikus degeneratív betegségek esetén el kell juttatnunk a gondozottat, beteget olyan felkészültségi szintre, hogy delegálhassuk neki saját egészségmegőrzését, vagy betegségének egyensúlyban tartását. A delegálás előnyeit, feltételeit, korlátait az egészségügyre adaptáltam munkámban.

Következő kutatásunk egy nemzetközi ápolásmenedzsment projekt keretében a humán erőforrás menedzsment hatását vizsgálta az ápolás hatékonyságára. Vizsgáltuk a kiinduló helyzetet (hiányzások, elvándorlás, ápolói elégedettség, betegelégedettség), majd a humán erőforrás menedzsment oktatása utáni évben ezeknek az adatoknak a változását.

Az elvándorlás a vizsgált intézetben már az induláskor sem volt magas. A csökkenésből a kis számok és a relatíve rövid megfigyelési idő miatt természetesen nem vonhatunk le messzemenő következtetéseket, még akkor sem, ha a program beindításán kívül más jelentős változás nem történt a megfigyelési idő alatt. Az ápolói elégedettség jobb volt a projekt végén, mint az elején. A betegelégedettséget eredményei nem módosultak jelentősen. Ezt az is magyarázhatja, hogy a betegek elvárásai az utóbbi években növekedtek, az egészségügyi dolgozók toleranciája viszont a fokozódó terhelés és az alulfinanszírozottság miatt csökkent.

Bebizonyosodott ugyanakkor, hogy a nyugat-európai partnerekhez képest hiányosságaink vannak a gyakorlati ápolásmenedzsment területén. Egyes módszerek átvételét meg is kíséreljük, illetve beépítjük oktatásunkba.

Az is fontos tanulsága volt részvételünknek, hogy a finanszírozás rendezésén kívül alapvető lenne a különböző egészségügyi szakemberek (orvos, diplomás ápoló, ápoló, segédápoló...) kompetenciakörének



jogi szabályozása, teljesítmény értékelési rendszer bevezetése, illetve a humán erőforrás menedzsment szemléletének terjesztése, hiszen ez feltétele a költséghatékony, felelősségteljes, motivált munkavégzésnek. A szemléletváltás egyik eszközeként az egészségügyi felsőoktatásban igyekszünk hangsúlyt helyezni ezekre a területekre.

Végül az egészségügy folyamatban lévő reformja, a jogi és finanszírozási környezet változása tette szükségessé és teremtette meg a lehetőségét, hogy kidolgozzunk egy vállalkozás menedzsment oktató programot egészségügyi dolgozók számára, és vizsgáljuk az egészségügyi szakembereknek a vállalkozáshoz elengedhetetlenül fontos kompetenciáit.

A vállalkozási forma lehetősége fontos lépés a hatékonyság és színvonal, valamint az egészségügyben dolgozó szakemberek munka-elégedettségének egyidejű emelése szempontjából is. A vállalkozási forma lehetővé teszi, hogy szabadon, felelős döntéseket hozva, feladataikat legjobban szolgáló módon használják fel a rendelkezésükre álló erőforrásokat. A tulajdonosi pozíció ösztönzi a munkafeltételek javítását (helyiség, eszközök), ami közvetve a betegellátást is előnyösen befolyásolja. A mindehhez szükséges szemlélet és felkészültségbeli változások azonban még nem mentek végbe.

Oktatásunk célkitűzései voltak, hogy

- hozzájáruljunk az egészségügyi diplomások vállalkozói szemléletének kialakulásához,
- biztosítsuk a vállalkozási forma választását megalapozó döntéshez, a vállalkozás indításához és működtetéséhez szükséges tudás- és információanyagot.

Azt tapasztaltuk, hogy a vállalkozás szempontjából fontos kompetenciák, mint pl. a jó kommunikációs készség, motiválás, konfliktus- illetve változáskezelés, az egészségügyi munkában szintén elengedhetetlenül fontosak. Ezekkel a kompetenciákkal hallgatóink már általában magas szinten rendelkeztek. Ami legtöbbjüknél teljesen hiányzott, az önbecsülés, érdekérvényesítés, haszonorientáltság volt. Ezek egyértelműen magyarázhatók az egészségügyben jelenleg uralkodó szemlélettel, de hiányuk szinte lehetetlenné teszi a sikeres vállalkozást. Erre a képzés során a hallgatók is rádöbbentek, felismerték értékeiket és érdekérvényesítésük lehetőségeit.

Képzésünk tehát elérte fő célját, a résztvevő el tudja dönteni, hogy az aktuális gazdasági, jogi helyzetben érdemes-e vállalkozást indítania, hiszen ez a döntés figyelembe kell hogy vegye az egyéni körülményeket, a település, gondozotti létszám, finanszírozás sajátosságait, melyek az egyén vonatkozásában igen eltérőek lehetnek.

A résztvevők megszerezték azt a tudásanyagot, mely lehetővé teszi számukra a helyes döntést, megtanulták, hogyan juthatnak hozzá azokhoz az információkhoz, melyek a döntéshez kellenek, és motiválttá váltak, hogy foglalkozzanak evvel a kérdéssel.

### **Új módszerek és megállapítások**

Az egyes kutatási feladatok során az alábbi kiemelten fontos megállapítások születtek.

1. A gondozottak helyes vezetésének igénye már évtizedek óta megjelenik. Ennek ellenére sem az oktatás során, sem az egészségügyi dolgozók munkájának értékelésekor nem helyeznek súlyt erre a szempontra.
2. Magyarországon elsőként vizsgáltuk a „Situational Leadership” módszerével az egészségügyi dolgozók vezetői képességeit.
3. Elsőként vizsgáltunk a fenti módszerrel védőnőket, mint az egészségügyi dolgozók egy olyan csoportját, akik munkamódszerként szinte csak vezetői képességeiket használhatják, hiszen fő feladatuk a gondozottak viselkedésének befolyásolása.
4. Elsőként hasonlítottam össze
  - az utolsó éves védőnő hallgatók vezetői stílusválasztási készségét a már több éve dolgozó védőnőkével,
  - a védőnők vezetői képességeit a gondozotti elégedettséggel, és a védőnő szakmai hatékonyságára jellemző adatokkal, illetve
  - a védőnők saját vezetői képességéről alkotott képét a gondozottak és a kollégák arról alkotott képével.

5. Kutatásunk eredményeiből adódó új megállapítás, hogy a védőnői adatszolgáltatásnak az általunk vizsgált formája nem használható a szakma minőségbiztosításának alapjául. Munkánk segítheti egy új adatszolgáltatási forma kidolgozását. Mely alkalmas a védőnői szakma minőségbiztosításának kiszolgálására.
6. Sajnálatos új eredmény az is, hogy a védőnői adatszolgáltatás eredményeit sem a jelenleg dolgozó védőnők, sem az egészségügy szervezői nem használhatják hatékonyan.
7. Új megállapításunk, hogy az általunk vállalászási ismeretekre oktató egészségügyi dolgozók legtöbbször teljesen hiányzott az önbecsülés, érdekérvényesítés, haszonorientáltság kompetenciája.
8. Kézenfekvőnek tűnő, de tudatosítandó megállapításunk, hogy az elvándorlás és hiányzások csökkentésének hatékony módja - pénzügyi eszközök hiányában – a humán erőforrás szemléletű vezetés.
9. Fontos felhívunk a figyelmet a delegálás, mint a gondozottak sok területen kívánatos vezetési módszerének tudatos használatára.
10. Nagyon fontos megállapításunk, hogy a magyar egészségügyi reform egyik lényeges feladata az egészségügyi dolgozók pontos tevékenységi körének meghatározása és jogi szabályozása, hiszen ez a költséghatékony és minőségi munka alapvető feltétele, és sajnos egyelőre csak bizonyos területeken létezik.

A fenti eredmények és tapasztalatok alapján kimondhatjuk, hogy a menedzsment szemlélet kulcsfontosságú a magyar egészségügy átszervezésében. Elterjesztésének egyik legfontosabb eszköze az oktatás, amely azonban nem lehet hatékony anélkül, hogy a szakmai és jogi szabályzással szoros kapcsolatban, egységes elveket kidolgozva és vallva működjön. Ennek szellemében szeretném folytatni további munkámat.

#### **A szerzőnek a dolgozat témakörében megjelent publikációi**

##### **Közlemények:**

1. **Gábor K.:** A családorvoslás gyakorlati kérdései Szerk.: Dr. habil. Hajnal Ferenc I. fejezet: Egészségügyi menedzsment családorvosok számára 1-12. egyetemi jegyzet SZOTE (1996)
2. **Gábor K.:** PHARE “Providing Training and Co-ordination for Home Nursing Groups” Oktatási segédanyag Menedzsment 1-31.o. (1997)
3. **Gábor K.:** Egészségügyi menedzsment III. Szervezés, vezetés Jegyzet, Diplomás ápoló távoktatáshoz 80 oldal HIETE Főiskolai Kar Társadalomtudományi Int. (1997)
4. **Gábor K., Pogány M., Dancsházy Zs., Karsai M.:** Humán erőforrások és minőségbiztosítás Vezetéstudomány, 29. 3. 1-5. (1998)
5. **Gábor K., Helembai K., Tulkán I. and al.:** Development of nursing activity through appropriate human resources management - Nursing Care Management European recommendations Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Direction des Affaires Internationales Volume 2, 80-107. (2000)
6. <http://international.ap-hp.fr/publi/publi.htm> Gestion des soins Infirmiers Recommandations Européennes, 11 06 2008
7. **Gábor K., Helembai K., Tulkán I., Csanádi L., Szögi Z., Unginé K. K.:** Leonardo da Vinci program az ápolásért; Európai Unió project az ápolás hatékonyságának javítására - humán erőforrás menedzsment az egészségügyben Orvosi Hetilap 143. 1941-45. (2002)
8. **Gábor K., Pogány M.:** Egészségügyi vállalkozások az egészségesebb lakosságért Kézikönyv Szerk.: Gábor K. 2. modul Általános vállalkozói ismeretek 1-33. PHARE kiadvány SZTE EFK (2003)
9. **Gábor K., Zoltán P., Pogány M., Kárpáti Cs.:** Egészségügyi vállalkozások az egészségesebb lakosságért - Vállalkozási ismeretek a felsőoktatásban és felnőttoktatásban a Phare támogatásával, Nővér 18. évf. 4. szám 13-18. (2005)
10. **Helembai, K., Tulkán I., Gábor, K.:** Az osztályvezető ápolók kompetenciájának felmérése. Nővér, 19 (6) 24-30. (2006)

11. **Gábor K., Tulkán I., Helembai K., Csanádi L., Szögi Z., Unginé K. K.:** At the European union's door - A Hungarian team's experiences of participating in the Project Leonardo for better nursing care *International Journal of Nursing Practice* 14. (4) 329-334. (2008)

**Nyomtatásban megjelent előadáskivonatok:**

12. **Gábor K.:** Team munka az alapellátásban, Teamwork in Primary Health Care (abstract) *Változások az egészségügyi ellátásban - A változások menedzselése SZOTE Népegészségtani Int. 6. Workshop Előadások és előadáskivonatok 27-32., 113-115. (1997)*
13. **Gábor K.:** A humán erőforrás fejlesztésének lehetőségei a multiprofessionális team-ekben *Az ápolás menedzselése: "Multiprofessionális teamek: Kommunikáció az ápolási folyamatban" SZOTE Népegészségtani Int. 5. Workshop Előadások és előadáskivonatok 128-138. (2000)*
14. **Gábor K.:** Possibilities for developing human resources in multiprofessional teams *SZOTE Népegészségtani Int. 5. Workshop Előadások és előadáskivonatok 241-242. (2000)*
15. **Helembai, K., Tulkán I., Gábor K., Csanádi L., Szögi Z., Unginé K. K.:** Az osztályvezető ápolók missziójának jellemzői *Főiskolát és egyetemet végzett ápolók VI. országos találkozója Absztrakt kötet Tisza Press 27. (2004)*
16. **Helembai, K., Tulkán I., Gábor, K., Csanádi L., Szögi Z., Unginé K. K.:** Emergence of health promotion in the mission of head nurses (poszter) *Third International Nursing Conference, "Promoting Global Health: Visions & Strategies," Washburn University Topeka, Kansas USA (abstract )103. (2004)*
17. **Helembai K., Tulkán I., Gábor K., Pogány M.:** The mission of head nurses How to be cooperative in a competitive system? *CoHehRe Annual Conference, Budapest Conference Book 55. (abstract) (2005)*

**Significance and possibilities of educating highlighted management areas in higher health care education**

**Dr. Katalin Gábor**

University of Szeged

Faculty of Health Sciences and Social Studies

Section of Applied Medical Sciences

e-mail: gaborka@etszk.u-szeged.hu

**Summary**

Management approach and techniques can be tools which could propel the development of Hungarian healthcare forward faster than the developments and inventions of medical science and technology. Having had the opportunity to teach and train several different segments of medical professionals provided us with an opportunity to focus my research on the significance and possibilities of management training.

The goals of our work were:

- Finding areas of management training which can contribute to giving skills and abilities necessary to improve the operational effectiveness of the work of medical professionals.
- Authenticating the effect of gained knowledge and professional approach on the work of medical professionals.

Our team conducted management training, and used multiple surveys to gauge the effectiveness of the course. We examined the leadership abilities of healthcare professionals, as well as the satisfaction of employees and patients, using the „Situational

Leadership” management model. The results were compared between categories, as well as to statistical data describing professional efficiency. We developed an enterprise management training programme for healthcare professionals, and examined the intrinsically important entrepreneurial competence of the healthcare professionals.

We conclude that the adequate shifts in leadership styles can be learned, and can increase the effectiveness of professional work, and therefore there is a need for training of this type.

The propagation of the human resource management approach is also of fundamental importance, since this is the prerequisite of the cost effective, responsible, motivated work. Our experience was that the key competences from an entrepreneurial perspective, such as good communication skills, motivation, conflict and change management, are absolutely essential in the healthcare work as well. In general, our students had already possessed these competences on a high level. What most of them were completely missing were self-esteem, validation of interests, and profit-orientation.

It is not sufficient to provide our students with a high level of professional knowledge. Our training must also provide them with tools and methods that can allow them to win the confidence of patients, and enables them to work effectively in cooperation with other professionals in healthcare and other adjunct fields.

Based on our results and experiences, we can state that the management approach has key importance in the reorganization of the Hungarian health care system. The main tool of its dissemination is the medical education system which, however, cannot be efficient without working closely together with the professional and legal regulation, working out and following uniform principles. We intend to proceed with our work in this spirit.

#### **Main additional publications:**

1. **Gábor K., Pogány M., Dancsházy Zs., Karsai M.:** Human resources and quality assurance. *Management Sciences*. 29. (3) 1-5. (1998)
2. **Gábor K., Zoltán P., Pogány M., Kárpáti Cs.:** Medical enterprises for a healthier population – Management knowledge in higher education and adult education with PHARE support, *Nóvér* 18 (4) 13-18. (2005)
3. **Gábor K., Tulkán I., Helembai K. et al.:** At the European union’s door - A Hungarian team’s experiences of participating in the Project Leonardo for better nursing care *International Journal of Nursing Practice*, 14 (4) 329-334. (2008)

## A betegjogok szabályozása a kezdetektől napjainkig

(Habilitációs előadás anyaga)

**Dr. Pogány Magdolna**

Szegedi Tudományegyetem

Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék

e-mail: poma@etszk.u-szeged.hu

**Kulcsszavak:** betegek jogai, betegjogi szabályozás, nevesített betegjogok csoportosítása, a betegjogok érvényesítése

### Összefoglalás

A tanulmány áttekinti a betegek jogainak szabályozását az 1960-70-es évek polgári jogi mozgalmaitól a hatályos magyar szabályozás alakulásáig.

Foglalkozik a betegjogok szabályozásának szükségességével, a fejlődés tendenciáival a betegjogokban és elemzi a betegjogi megközelítéssel kapcsolatos kételkedéseket.

A hazai szabályozás alakulása vizsgálatokor kifejti az orvostikai normák szerepét, majd szól azokról az etikai és jogi normákról, melyek előzményei voltak a hazai betegjogi kodifikálásnak. Az Egészségügyi törvény hatálybalépése óta (1998) eltelt időszak elemzése kapcsán kiemeli az Alkotmánybíróság, valamint az országgyűlési biztosok tevékenységének szerepét a hatályos betegjogi szabályozás alakításában.

Részletezi a betegjogi szabályozás jogforrasi hierarchiában elfoglalt helyét, a betegjogok hatályát és bemutatja a betegek jogainak és az egészségügyi dolgozók kötelezettségeinek összefüggéseit.

A törvény által nevesített 9 betegjogot három csoportba sorolja és feltárja az egyes nevesített betegjogok érvényesülésével kapcsolatos napi gyakorlatot.

Beszámol a betegjogok ismeretéről és érvényesítéséről szerzett tapasztalatokról.

Összefoglalja saját oktatói tapasztalatait és felvázolja azokat a kilátásokat, melyek reményt adnak az emberek-, állampolgárok- és betegek jogai tiszteletben tartására és érvényesítésére.

## I. A BETEGJOGI SZABÁLYOZÁS KIALAKULÁSA ÉS FEJLŐDÉSE

### 1. Nemzetközi tendenciák a betegjogi szabályozásban

Az 1960-as, 70-es években különböző polgárjogi mozgalmak elvei, követelései jogok formájában megjelentek a medicina területén is. A betegjogok között legitimitást nyertek például: az információhoz, a titoktartáshoz, az emberi testhez, az önrendelkezéshez, az egészséges szüléshez, a génállomány védelméhez, az egészséges környezethez, a családtervezéshez, a kegyes halálhoz, stb. való jogok. Az egészségügyi ellátásban a jogok száma szinte megszámlálhatatlan, melyeknek az érvényesülését jogszabályok biztosítják.<sup>1</sup>

Nemzetközileg az a tendencia figyelhető meg, hogy az alapvető emberi jogokat ill. szabadságjogokat az egészségügyi ellátás területére lebontják, és azokat, mint általános és speciális betegjogokat deklarálják.

„A betegek általános jogai széles értelemben átfogják az egészséghez és az egészségügyi ellátáshoz való jogosultságokat is, szűkebb értelemben pedig az egészségügyi ellátás igénybevételének folyamatát átszövő jogosultságok rendszerét jelentik.”<sup>2</sup>

Az, hogy egyes országok a betegjogok általános, vagy részletes szabályozását tartották-e fontosnak, igen sok körülménytől függ.<sup>3</sup> Ezek részletes ismertetésére nem vállalkozunk, azonban néhány – a jogvédelemben mérföldkönek számító – évszámot és szabályozási kört az alábbi táblázatban emelek ki. **(1. sz. táblázat)**

Ugyancsak változatos képet mutat, hogy egyes országok önálló törvényben, vagy több törvénybe illesztett szövegezéssel, esetleg a betegekre vonatkozó kartában szabályozzák a betegek jogait. **(2. sz. táblázat)**

<i>Év</i>	<i>Esemény</i>
1944	<b>Javaslat az orvosi ellátásra</b> – elfogadta a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (69. javaslat, IV. szekció – Philadelphia)
1948	<b>Az emberi jogok egyetemes nyilatkozata</b> – elfogadta az ENSZ Közgyűlés
1973	<b>Betegjogok jegyzéke</b> – kiadta az Amerikai Kórházszövetség
1974	<b>Betegek jogainak és kötelességeinek kartája</b> – kiadva Franciaországban
1974	<b>Kórházi betegek kartája</b> – kiadva Franciaországban
1976	<b>Javaslat a betegek és a haldoklók jogaira</b> – elfogadta az Európa Tanács parlamenti közgyűlése
1979	<b>A kórházi betegek kartája</b> – elfogadta az Európai Gazdasági Közösség kórházi bizottsága
1979	<b>Betegjogok</b> – a volt NDK Kórházi Szabályzatának keretébe illesztve
1980	<b>Ajánlás, mely szerint a beteg legyen aktív résztvevője a saját kezelésének</b> – elfogadta az Európa Tanács miniszteri bizottsága
1981	<b>Lisszaboni Nyilatkozat a betegjogokról</b> – elfogadta a Világ Orvosi Szervezete
1984	<b>A betegek jogainak európai kartája</b> – elfogadta határozatként az Európai Parlament
1985	Ajánlás az orvosok betegekkel szembeni jogi kötelességeiről – megfogalmazta (nem elfogadta) az Európa Tanács miniszteri bizottsága
1986	<b>Betegjogok</b> – felsorolja a Spanyol Általános Egészségügyi Törvény
1989	<b>A betegek jogainak és kötelességeinek valamint a baszk egészségügynek a kartája</b> – kihirdette a Baszk Autonóm Közösség
1991	<b>Körrendelet a betegek jogairól és az orvosok kötelességeiről</b> – kiadva Dániában (megújítva 1992-ben)
1991	<b>A betegek kartája</b> – kiadta az Egyesült Királyság kormánya
1992	<b>Törvény a betegek státuszáról és jogairól</b> – kihirdették Finnországban
1993	<b>Betegjogi kiegészítés</b> – kiadta az Egészségügyi Szervezetek Akkreditációjának Együttes Bizottsága az USA-ban a kórházak akkreditációs kézikönyvében
1994	<b><u>WHO nyilatkozat az európai betegjogok elősegítéséről</u></b> – elfogadta 34 ország Amszterdamban
1994	<b>Orvosi Szerződés Törvénye (a betegjogokról)</b> – kihirdették Hollandiában
1995	<b>Kórházi betegek javított kartája</b> – kiadták Franciaországban
1995	<b>A Lisszaboni Nyilatkozat a betegjogokról javított verziója</b> – elfogadta a Világ Orvosi Szervezete Bali szigetén
1996	<b>Betegjogi törvény</b> – kihirdették Izraelben
1996	<b>A WHO Ljubljanei kartája az egészségügy megreformálásáról Európában</b> – hangsúlyozva a polgárok véleményét és választását, aláírta minden európai uniós tagország
1996	<b>Egyenlőség és betegjogok az egészségügyi reformok kontextusában</b> – elhangzott az európai egészségügyi miniszterek ötödik konferenciáján Varsóban
1996	<b>Törvény a betegjogokról és a betegsérelmekről</b> – kihirdették Litvániában
1997	<b>Betegjogi jegyzék</b> – kihirdették Izlandon
1997	<b><u>Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról</u></b> – elfogadta az Európa Tanács <u>Oviedóban</u>

Forrás: Vienenon Mikko 18. p.

1. sz. táblázat: A jogvédelem: nemzetközi és nemzeti mérföldkövek

<i>Elfogadott törvény</i>	<i>Készülő törvény</i>	<i>Betegjogok különböző szövegekbe illesztve</i>	<i>Betegek kartája</i>
Izland	Fehéroroszország	Bulgária	Franciaország
Izrael	Dánia	Csehország	Írország
Finnország	Észtország	Németország	San Marino
Litvánia	Kazahsztán	Magyarország	Egyesült Királyság
Hollandia	Norvégia	Lengyelország	
	Oroszország	Svédország	
	Szlovénia	Szlovákia	
		Spanyolország	
		Üzbegisztán	

Forrás: Vienenon Mikko 25. p.

## 2. sz. táblázat: A betegjogok elősegítésének fő eszközei néhány európai tagországban

### 2. A betegjogok szabályozásának szükségessége<sup>4</sup>

Aki komolyabb betegséggel kórházba kerül, különösen kiszolgáltatott helyzetben van. Még a legalapvetőbb funkcióihoz is az egészségügyi személyzet segítségére szorul. Ebben az állapotban a beteg általában nem tud kiállni legalapvetőbb szabadságjogaiért sem, és noha azokkal természetesen a kórházban is rendelkezik, nem mindig tartják tiszteletben, ő maga pedig nem tud érvényt szerezni nekik.

A betegjogok szabályozása lényegében annak világos megfogalmazása, hogy **a beteg mit várhat el** az őt kezelő teamtől, egyben körülhatárolva azt is, hogy mi az, **ami nem várható el**. Ezzel védve az egészségügyi személyzetet is a beteg esetleg nem megalapozott igényeitől, a felesleges pereskedésektől.

### 3. A fejlődés tendenciái a betegjogokban<sup>5</sup>

Az új „jogi nyelv” nagy szerepet játszott abban, hogy olyan hierarchizált, aszimmetrikus emberi viszonyok is átalakuljanak, melyekre hagyományosan az egyik fél alávetettsége és kiszolgáltatottsága volt a jellemző.<sup>6</sup> Az orvos-beteg viszonyt is hagyományosan az aszimmetria jellemezte. Sokáig az volt a jellemző, hogy orvosetikai kódexekben fogalmazták meg az orvos kötelességeit. Ez óhatatlanul azt eredményezte, hogy ezt a viselkedésformát követték az egészségügyi dolgozók is. Mivel azonban a deklarációkat összeállító szervezeteknek a betegek nem voltak tagjai (sőt a többi egészségügyi dolgozó sem!), így ez kizárólag az orvosok nézőpontját tükrözhetette, és a betegek elvárásai nem érvényesülhettek bennük.

Az 1970-es évektől kezdve terjed el betegjogok nyelve: amit korábban az orvosok kötelességei oldaláról fogalmaztak meg orvostársaságok, azt ettől kezdve a betegek jogaiként deklaráltak betegjogi szervezetek, egyesületek, illetve egyre inkább a törvényhozás is. Míg korábban elsősorban bizonyos speciális, különösen kiszolgáltatott helyzetben levő betegcsoportok jogait fogalmazták csak meg (pszichiátriai betegek, kísérletben résztvevők) mára már előtérbe került az **általános**, az egészségügy minden területén és minden betegre érvényes **betegjogok** megfogalmazása.

További új betegjogok is megjelentek, melyeket korábban nem ismertek el. Ilyen például a betegnek az a mind több országban deklarált joga, hogy hozzáférhessen a róla készült orvosi feljegyzésekhez. Új mechanizmusokat is kidolgoztak, amelyek a hagyományos polgári, vagy büntetőbírósi peres eljárásokon kívül más lehetőségeket is biztosítanak a betegjogok gyakorlati érvényesítéséhez (pl. ombudsman, betegjogi képviselő, választott bíróság, mediátor, stb. közreműködése).

### 4. A betegjogi megközelítéssel kapcsolatos kételkedések<sup>7</sup>

Sokan úgy érzik, hogy a jogi nyelv használata megrontja az orvos-beteg viszonyt és az egészségügyi dolgozókat defenzívára kényszeríti, ellenségessé változtatja a szükségszerűen bizalmi légkört.

A betegjog megnevezés utal arra, hogy

egyrészt az egészségügyben tapasztalható emberi jogi problémák legnagyobb része leginkább a beteg emberekkel kapcsolatos (tehát lehet, hogy egy alkalmassági vizsgálaton megjelenő személy kevésbé kiszolgáltatott, mint a fekvőbeteg intézményben elhelyezett beteg),

másrészt így jól elkülöníthetők az egészségügyben felvetődő emberi jogi problémák más területek más természetű problémáitól (etikai, szakmai, gazdasági).

## 5. Összefoglalva

A *betegek jogképessége teljes körű*, ugyanúgy és ugyanannyi joguk és kötelezettségük van, mint minden más állampolgárnak. Ugyanakkor a betegek jogainak *gyakorlására* konkrét helyzetben *korlátozottan, vagy csak képviselőjük útján képesek*.

Másrészt a betegek jogai *speciális szerkezetűek*: csak az egészségügyben dolgozók kötelezettségeinek meghatározása, és teljesítése útján érvényesülhetnek.

A jelenleg hatályos betegjogi szabályok a *több jog – speciális jogvédelem* alapelvből indulnak ki, s nem fogadják el a *korlátozott jogok – általános jogvédelem* sokáig jellemző volt gyakorlatát.

## II. A BETEGJOGOK HAZAI SZABÁLYOZÁSÁNAK ALAKULÁSA

### 1. Az orvosetikai normák szerepe<sup>8</sup>

Az 1990-es évek közepéig az egészségügyi jog fejlődését – ezen belül is a betegjogok kiemelt szabályozását – az is késleltette, hogy Magyarországon az *orvosetikai normák* évekig elsősorban ’fantomtörvényként’ fejtették ki hatásukat. Ez a nagyon találó kifejezés Ádám Györgytől származik, aki az orvosi hálapénzről írt munkáiban a kifejezést olyan, gyakran ’idézett’, esetenként még orvosetikai kódexben is szerepeltetett *látszat-jogszabályra* vonatkoztatta, amelyeknek sehol sem található érvényes jogi megfelelője, mégis úgy emlegették, mintha tételes jogi formában is létezne. Hazánkban – hosszú éveken át – az etikai normáról az a hiedelem élt, hogy betartása esetén nem kell semmiféle jogi szankcióval számolni, s ehhez a hiedelemhez gyakran egy jogelv is társult, azaz, hogy az etikai normával ellentétes tartalmú jogi parancs nem is létezhet. („Contra bonos mores” elv: erkölcsstelen magatartásra jogot alapítani nem lehet.)

### 2. Az 1990-es évek „paradigmaváltása”

A magyar jogalkotás területén az 1990-es évektől találkozunk a betegjogok szabályozása iránti igény markánsabb megfogalmazásával.

A korrekt betegjogi szabályozás hiánya a legpregnansabban az önrendelkezési jog gyakorlásának elégtelenségében nyilvánult meg. A napi gyakorlat bizonytalanságainak kiküszöbölésére – mintegy az egységes joggyakorlat kialakítása érdekében – adta ki a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiuma a IV. számú állásfoglalását a betegek tájékoztatásáról, 1991 júliusában. Ez fontos mérföldkő volt, tekintettel arra, hogy a beteg önrendelkezési jogának alapfeltétele a megfelelő tájékozottság.<sup>9</sup>

A jogi szabályozásban fontos állomás volt az adatvédelmi törvény<sup>10</sup>, mely az egészségügyi adatokat „különleges adat”-nak minősíti, és fokozott védelmüket biztosítja.

### 3. Az egészségügyi törvény előkészítése és a hatályba lépés óta felmerült anomáliák

1996-ban kormányhatározat<sup>11</sup> rögzítette az egészségügyre vonatkozó újraszabályozást, melynek egyik elemeként jelölte meg a betegjogok kodifikálását, kilenc pontban részletezve.

A hazai betegjogi kodifikálás alapeleme az 1998. július 1-jén hatályba lépett egészségügyi törvény<sup>12</sup>. A kodifikálás során azok a nemzetközi alapdokumentumok és iránymutatások szolgáltak példaként, amelyek az egyén önrendelkezési jogából kiindulva határozzák meg a betegjogok törvénybe foglalásának egységes elveit. Így a legfontosabb irányt az Amszterdami Deklaráció<sup>13</sup> és a Bioetikai Konvenció<sup>14</sup> biztosította a jogalkotóknak.

Kiemelt szerepű még az egészségügyi adatvédelmi törvény<sup>15</sup>, mely garanciális és eljárási szabályokat fogalmaz meg.

E két törvény a szabályozás szintjén komplex módon biztosítja az alapvető emberi jogok egészségügyi ellátás területén való tiszteletben tartását, védelmét és jogi garanciáit.<sup>16</sup>

Az **Egészségügyi törvényt** hatálybalépése óta **többször módosították**, melyek részben „haladékos adtak” bizonyos betegjogokkal kapcsolatos szakaszok hatálybalépésére (várólista, minőségbiztosítás, betegjogi képviselők, egészségügyi közvetítői eljárások, stb.), illetve egyes betegjogok pontosítására irányultak, vagy például teljesen eltörölték a dajkaterhesség intézményét.

2000-ben az Alkotmánybíróság vizsgálta az egészségügyi törvény egyes rendelkezéseinek alkotmányosságát.<sup>17</sup> A 36/2000. (X.27.) AB határozattal 2001. december 31-el eltörölte a törvény azon rendelkezéseit, amelyek a korlátozottan cselekvőképeseink és cselekvőképtelenek önrendelkezési jogát azonos módon korlátozták. Ezen Alkotmánybírósági határozat hatására vizsgálta felül a jogalkotó a Polgári törvénykönyv cselekvőképességre és korlátozott cselekvőképességre vonatkozó rendelkezéseit. A Ptk. módosítás óta a korlátozottan cselekvőképesekre vonatkozóan ki kell mondani a bíróságnak a gondnokság



alá helyezés kapcsán, hogy mely ügycsoportokban korlátozza a természetes személy cselekvőképességét. Témánk szempontjából az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása, valamint a bentlakásos szociális intézetben történő elhelyezéssel kapcsolatos jognyilatkozatok érdemelnek említést.

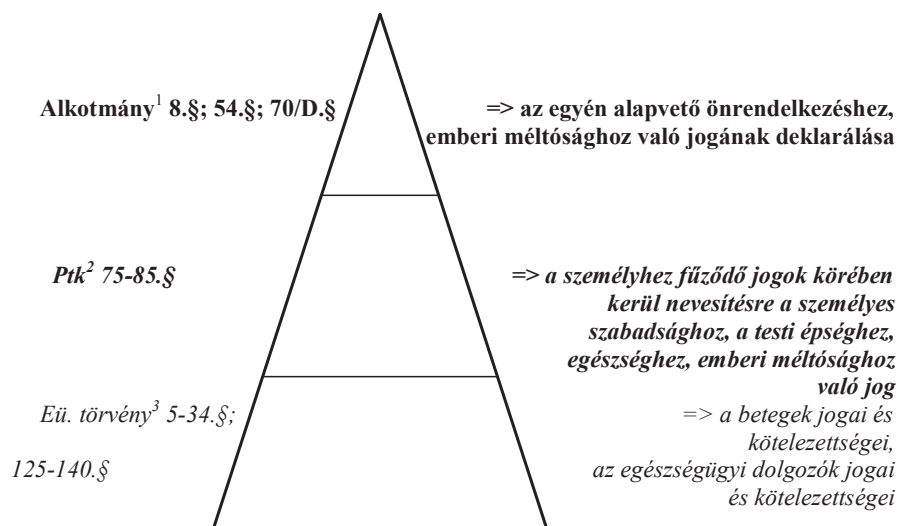
A másik problémakör, amit az Alkotmánybíróság szintén alkotmányellenesnek ítélt, hogy a jogalkotó nem határozta meg a személyes szabadság egészségügyi okokból történő korlátozásának törvényesen elfogadott eszközeit.<sup>18</sup>

Az **országgyűlési biztosok** (állampolgári jogok országgyűlési biztosa, adatvédelmi biztos) számos alkalommal indítottak vizsgálatot a betegjogokkal kapcsolatban, melyek meghatározott ügyekhez kapcsolódtak. Eljárásuk során többször vontak le az ügyekből olyan általános konzekvenciákat, amik a napi gyakorlatra is hatással vannak. Közülük három – legátfogóbbnak tekinthető - jelentést emelek ki:

- OBH 1476/2000. az állampolgári jogok országgyűlési biztosa jelentése, mely egy eset kapcsán az összes nevesített betegjoggal kapcsolatban tartalmaz megállapításokat.
- OBH 3155/2002. az állampolgári jogok országgyűlési biztosa átfogó vizsgálat a betegjogi képviselői jogintézmény működéséről.
- OBH 5019/2003. az állampolgári jogok országgyűlési biztosa és az adatvédelmi biztos közös jelentése a petesejt adományozás jogi szabályozásának vizsgálatáról.

### III. A HATÁLYOS EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNY 'BETEGJOGI SZABÁLYAI'

Áttekintve a nevesített betegjogokat azt látjuk, hogy többségüknek megvan az alkotmányos garanciája, valamint Polgári törvénykönyvünkől is számos betegjog „levezethető”. (1. sz. ábra)



<sup>1</sup> 1949. évi XX. tv. a Magyar Köztársaság Alkotmányáról

<sup>2</sup> 1959. évi IV. tv. a Polgári Törvénykönyvről

<sup>3</sup> 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről

#### 1. sz. ábra: Jogforrási hierarchia a betegjogok szabályozásában

Az Egészségügy törvény több helyen szól a betegek jogairól.

II. fejezetében a kiemelten nevesített betegjogokon kívül, szabályozza a betegek kötelezettségeit is. Szabályozza továbbá azokat a lehetőségeket és intézményeket, melyeket a beteg igénybe vehet jogainak érvényesítéséhez.

A törvény VI. fejezete rendelkezik az egészségügyi dolgozók jogairól és kötelezettségeiről.

A jogokkal és kötelezettségekkel kapcsolatosan feltétlenül szólni kell még arról az általánosan elterjedt beidegzésről is, ami a laikus gondolkodásban ezzel kapcsolatban teret kapott. E szerint a jogokat és kötelezettségeket úgy állítják párba, hogy csak a kötelezettségek teljesítése után élhet az egyén a jogaival. A valóságban azonban, ami az ellátott oldalán jogként jelenik meg az az ellátó oldalán a kötelezettség. (3. sz. táblázat)

Megnevezés	Beteg joga	Egészségügyi dolgozó (intézmény) kötelezettsége
<i>egészségügyi ellátás</i>	6-9. §	125-128. §
<i>emberi méltóság</i>	10. §	1. § c)
<i>kapcsolattartás</i>	11. §	-
<i>intézmény elhagyás</i>	12. §	2. § (1)
<i>tájékoztatás</i>	13-14. §	28. §; 134-135. §
<i>önrendelkezés</i>	15-19. §	1. § c); 2. § (1)
<i>ellátás visszautasítása</i>	20-23. §	-
<i>dokumentáció megismerése</i>	24. §	136-137. §
<i>titoktartás</i>	25. §	138. §

3. sz. táblázat: A jogok és kötelezettségek összefüggései

Az egészségügyi törvény<sup>19</sup> hatálya, így természetesen a betegjogoké is a Magyar Köztársaság területén tartózkodó természetes személyekre<sup>20</sup>, tehát bel- és külföldre egyaránt kiterjed.

- **Betegnek** azokat a személyeket tekinti a törvény, akik egészségügyi ellátást vesznek igénybe, vagy abban részesülnek, melynek során érvényesülnie kell az esélyegyenlőségnek.
- Bizonyos jogok tekintetében a törvény személyi hatálya kiterjed a **hozzátartozókra**, vagy a **beteg által megjelölt személyre**.

Ugyancsak kiterjed az Eütv. hatálya a Magyar Köztársaság területén működő **egészségügyi szolgáltatókra**<sup>21</sup>.

Az Eütv. szabályai szerint kell folytatni a Magyar Köztársaság területén minden **egészségügyi tevékenységet**<sup>22</sup>.

Fontosnak tartom kiemelni, hogy az Eütv. szakítva a korábbi paternalista szemlélettel **hangsúlyosan foglalkozik az egyén szerepével**.<sup>23</sup>

#### IV. A NEVESÍTETT BETEGJOGOK CSOPORTOSÍTÁSA<sup>24</sup>

Az egészségügyi törvény 9 betegjogot sorol fel, melyek minden beteget megilletnek. Ezek lényegében 3 csoportba sorolhatók.

##### 1. Az első „csoport”, valójában egy jogot tartalmaz, az egészségügyi ellátáshoz való jogot.

Egyrésztől tágran értelmezve ez egyben önrendelkezési jog is, hiszen az is egy döntés, hogy egyáltalán él-e az egyén ezzel a jogával.

Másrésztől ez azért is külön hangsúlyos, mert ez a jogosítvány kollektív és egyéni jogokat is megfogalmaz, míg a többi betegjog az egyéni jogokhoz tartozik.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog, **mint kollektív jog** lényegében az esélyegyenlőség biztosítását jelenti, melyen az egészségügyi ellátáshoz való igazságos és megkülönböztetés nélküli hozzáférést kell érteni, melyből következően megvalósulása és elérhetősége erősen függ az adott állam fejlettségétől, és mértéke elsősorban társadalmi, gazdasági és politikai tényezőkön múlik.

A kollektív jogok esetén egyértelmű az állami, önkormányzati felelősség.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog, mint **egyéni jog** - ekkor már a konkrét betegről van szó, aki igénybe veszi az ellátást - az alábbiak biztosítását jelenti.

- Életmentő beavatkozást, fájdalomcsillapítást, szenvedések csökkentését. (GENERALCLAUSULA!)
- A betegek felvételének és ellátási rendjének szabályozását.
- A szakmailag és állapotának megfelelő ellátás biztosítását.
- A betegek diszkriminációmentes ellátását.

## 2. A jogok második csoportja – most már a konkrét igénybevételről van szó -, az önrendelkezési jogok csoportja.

Ide három, nevesített betegjog tartozik:

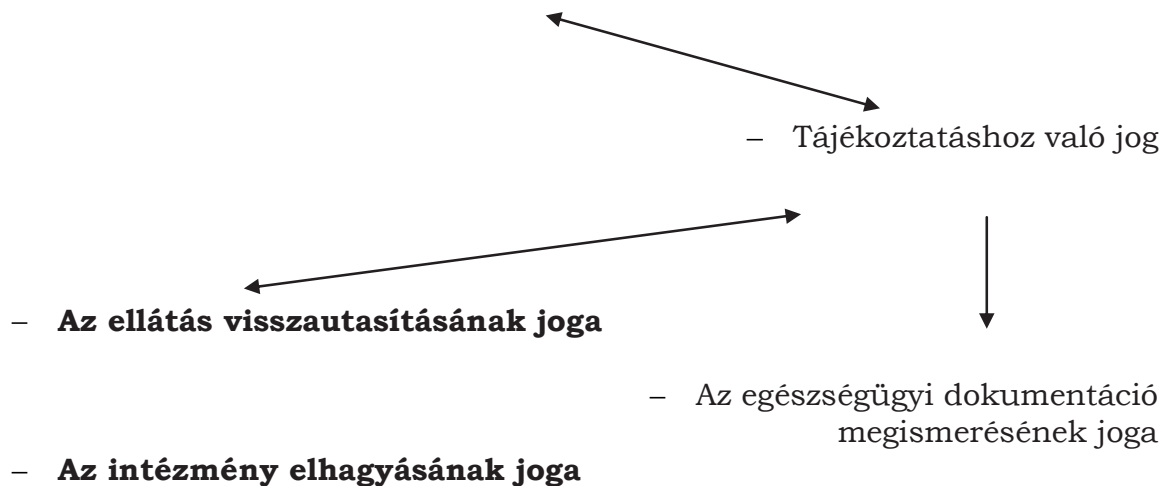
- az önrendelkezéshez való jog = a beavatkozásokhoz hozzájárulás
- az ellátás visszautasításának joga
- az intézmény elhagyásának joga

Az első lényegében magába foglalja a másik kettőt, de nem véletlen, hogy a jogalkotó mégis kiemelte, ezzel is hangsúlyossá téve.

Ugyanakkor az önrendelkezéshez való jogok, azon belül is az ellátás visszautasításának joga körében találjuk meg a többségét, azoknak a szabályoknak, melyek a gyakorlatban vagy egyáltalán nem, vagy a jogalkotói akarattól lényegesen eltérően érvényesülnek. (2. sz. ábra)

– **Kíván-e élni az egészségügyi ellátáshoz való jogával?**

– **Mely beavatkozásokhoz járul hozzá?**



2. sz. ábra: Az önrendelkezési jogok csoportja

### Az önrendelkezéshez való jog – önrendelkezés a saját testről

A hatályos törvény a szerv-, szövetátültetés tekintetében a vélelmezett beleegyezés elvét követi. Amennyiben tehát valaki életében ez ellen kifejezetten nem tiltakozott, szervei, szövetei felhasználhatók halála után. Ez a szabályozás nem köztudott, illetve kevesen gondolnak arra, hogy ilyen nyilatkozatot tegyenek talán azért, mert a közfelfogás is helyesli ezt a megoldást, a „halál után az életért” elv érvényesülését.<sup>25</sup>

A szabályozás lehetővé tenné, hogy az ellátást végzők döntsék el, hogy van-e a betegnek átültetésre alkalmas szerve. Az egészségügyi intézményi gyakorlat azonban az, hogy megkérdezik a hozzátartozókat a szerv, szövetkivétel-, adományozás lehetőségéről. Az esetek többségében a döntési helyzetben lévő hozzátartozó a saját elképzelésének megfelelően nyilatkozik, ami általában azt is jelenti, hogy nem ad hozzájárulást. Ez is egyik oka lehet, hogy hazánkban nem történik annyi szerv- és szövetátültetés, amennyi orvos szakmai szempontból indokolt lenne.

A gyakorlat tehát („kontra legem”) ellentétes a törvénnyel, illetve a törvényhozó akaratával, valamint a fenti a „halál után az életért” elv érvényesülésével.<sup>26</sup>

### Az ellátás visszautasításának joga – cselekvőképes beteg visszautasítási joga

Az olyan betegségben szenvedők esetén mely – jelenkori ismeretek szerint – gyógyíthatatlan, csak akkor utasítható vissza az életfenntartó, vagy életmentő beavatkozás, ha meghatározott alakiságok

(közokirat, magánokirat, stb.) mellett tett visszautasító nyilatkozat érvényességét a törvényben előírt összetételű bizottság megerősítette.<sup>27</sup>

A törvényi szabályozás a gyakorlatban nem érvényesül. Túlzott szigorát, bürokratizmusát sokan – elsősorban a kegyes halál (eutanázia) hívei – kritizálják.<sup>28</sup>

Az ellátás visszautasításának joga – cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg visszautasítási joga.

A cselekvőképesekhez képest még több garanciális eljárási szabályt ír elő a törvény, ha gyógyíthatatlan betegséggel összefüggő ellátást kíván visszautasítani a beteg.<sup>29</sup>

Nem ismert pillanatnyilag olyan eset, melyben sor került volna a beleegyezés bírósági pótlására. Vélelmezhetően két ok miatt. Egyrészt beteg gyermek esetén a szülő, ha racionálisan tudja is, hogy a gyermek gyógyíthatatlan, ezt emocionálisan nem fogadja el sokáig, így szinte elképzelhetetlen, hogy életfenntartó, vagy életmentő beavatkozást visszautasítson. Másrészt a közvetlen életveszély kimondásával – amely majd csak utólag vizsgálható, hogy tényleg fennállt-e - az orvos elkerüli a nyilatkozatpótlás szükségességét.<sup>30</sup>

Különleges esetben, hogy a kezelőorvos az indokoltnak tartott beavatkozásokat el tudja végezni, hatósági közreműködést is igényelhet.<sup>31</sup>

Pillanatnyilag arra sincs adat, hogy ilyen közreműködésre sor került volna.<sup>32</sup>

Az ellátás visszautasításának joga – cselekvőképes rendelkezési joga későbbi cselekvőképtelensége esetére<sup>33</sup>.

Nem jellemző ma hazánkban, hogy ezzel a lehetőséggel éljenek az emberek – különösen egészségesen - betegségük esetére.

A cselekvőképes betegnek ezek a nyilatkozatai – azon túl, hogy közokiratban rögzítettek – csak akkor érvényesek, ha pszichiáter szakvélemény is csatlakozik hozzájuk.

Miután arra sincs adat, hogy a helyettes döntéshozót megnevezze a cselekvőképes személy, arra vonatkozóan még kevesebb információ van, hogy megújított, illetve visszavont nyilatkozatok lennének. Így a további törvényi szabályozás az eljárás garanciáját tükrözi, de a tényleges gyakorlatot nem feltétlenül.<sup>34</sup>

A fentiekkel kapcsolatosan is, a tapasztalat azt mutatja, hogy az ellátás visszautasítása nem létező, nem működő az egészségügyi intézmények gyakorlatában.<sup>35</sup>

Az önrendelkezési jogok gyakorlásának elengedhetetlen feltételei azok az ismeretek, melyek nélkül nem lehet felelős döntést hozni. A felelős döntéshez nélkülözhetetlen:

- a tájékoztatáshoz való jog
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga

A tájékoztatáshoz való jog jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Nemcsak azért, mert a hazai gyakorlat messze nem felel meg a modern betegjogi szemléletnek és elvárásoknak, hanem azért is, mert az elégtelen vagy rossz tájékoztatás az egyik leggyakoribb oka a betegek elégedetlenségének és az ebből születő eljárások és kártérítési igények sorozatának.

Számtalan cikk, beszámoló, napi tapasztalat azt igazolja, hogy arányait tekintve a tájékoztatáshoz való jog az egyik leggyakrabban sérülő betegjog.

### **3. A betegjogok harmadik csoportja az emberi méltósághoz való jogok csoportja.**

Ezekről elmondható, hogy nemcsak az egészségügyben lenne szükséges az érvényesítésük, hiszen sokszor sérülnek más közintézményben is (pl. diákjogok az oktatásban).

Az emberi méltósághoz való jog sérelmét több ombudsmani vizsgálat is feltárta. Az egyik jelentés sumázott megállapítása is jól mutatja, hogy mennyi tennivaló van még ezen a területen.

*„Az emberi méltóság megsértése – utólag – soha nem bizonyítható. Tanúk általában nincsenek, a bizonyításbeli nehézségek az ilyen jellegű ügyek kimenetelét eleve kétségessé teszik. Többször az elutasító válasszal az ügy abbamarad. Az esetek sokfélesége mellett is megállapítható, hogy az **emberi méltóság sérelme a betegek által a legnehezebben tolerálható jogsértés**, mivel abban mindig a nem megfelelő emberi hozzáállás és a bizalmi viszony hiánya nyilvánul meg. Ezekben az esetekben az egészségügy közismerten nehéz anyagi helyzetére való hivatkozás sem állja meg a helyét.”<sup>36</sup>*

Az emberi méltósághoz való jogok az alábbiak:

- az emberi méltósághoz való jog  
Az emberi méltóság megőrzését olyan egészségügyi intézményi kötelezettségként foghatjuk fel, mely ugyanúgy GENERALCLAUSULA, mint a fájdalomcsillapításhoz és a szenvedések csökkentéséhez való jog. Azaz minden szintű és típusú egészségügyi szolgáltatásban biztosítani kell, még olyan esetekben is, amikor – az ellátás esetleges körülményeiből kifolyólag - más betegjogok érvényesülése nem garantálható.<sup>37</sup>
- a kapcsolattartás joga
- az orvosi titoktartáshoz való jog

Itt is elmondható, hogy lényegében az első magában foglalja a további kettőt. Ezen jogok megvalósulásának **alapfeltétele a partnerség** beteg és ellátó között.

Az emberi méltósághoz való jogok megvalósulásának természetesen megvannak a **technikai feltételei** is, mint megfelelő körtermi viszonyok, izolálási lehetőség, intimszféra biztosítása, látogatási körülmények, hozzátartozói jelenlét, külvilággal történő kommunikációs lehetőség. Ezek jó része persze anyagi lehetőségek függvénye, de számos közülük szemléleti és szervezési kérdés.

A titoktartás kérdésköre is igen neuralgikus, hiszen a jelenlegi helyzetben sok illetéktelen is hozzáférhet az adatokhoz, és a legfőbb gond, hogy vissza is élhet velük. Gondoljunk itt pl. a hagyományos orvosi vizit adatvédelmi összefüggéseire is. De pl. a körtermi betegvizsgálat sem felel meg az emberi méltóság követelményeinek és az adatvédelemnek.

## V. TAPASZTALATOK A BETEGJOGOK ISMERETÉRŐL ÉS ÉRVÉNYESÍTÉSÉRŐL

### 1. A felnőttkorú magyar lakosság betegjogi ismeretei<sup>38</sup>

Személyes kérdőíves megkeresés módszerével vizsgálták, hogy a felnőttkorú személyek mit várnak a betegjogok törvényi szabályozásától, mennyiben bíznak-bíznak ennek hatékonyságában, milyen alapvető betegjogi ismereteik vannak, milyen forrásokból tettek ezekre szert, elégségesnek tartják-e az e téren megszerzett ismereteiket, kaptak-e az egészségügyi intézményekben számukra megfelelő tájékoztatást az ellátásukkal kapcsolatos jogaikról. A kérdezést a Közalapítvány betegjogi képviselői végezték véletlen mintán. Az eredmények – a nagy elemszám (1695 fő) ellenére is – inkább orientáló jellegűek.

#### 1.1. Vélekedés az egészségügyi ellátást igénybevevő lakosság kiszolgáltatottságáról

*Ön szerint a beteg ember ma Magyarországon mennyire kerül kiszolgáltatott helyzetbe akkor, amikor egészségügyi ellátást kell igénybe vennie? (teljesen kiszolgáltatott 1 2 3 4 5 egyáltalán nem kiszolgáltatott)*

Az 1668 válaszadó értékelésének átlaga: 2,45. A beteg embert erősen kiszolgáltatottnak (1-2 értékek) tartja a válaszadók több mint fele, és csak minden hatodik megkérdezett gondolja úgy, hogy a testi-lelki autonómia az egészségügyi ellátás során is megőrizhető (4-5 értékek).

#### 1.2. A kiszolgáltatottság mértékének változása a betegek jogainak törvénybe foglalása után

*Ön szerint, ha törvénybe foglalják a betegek jogait, akkor az csökkenti a beteg kiszolgáltatottságát? (egy csöppet sem 1 2 3 4 5 nagy mértékben csökken)*

Az 1570 válaszadó értékelésének átlaga: 3,07, ami mérsékelt optimizmust sejtet. Az indoklásokból kiderül, hogy akik valamilyen pozitív változást várnak a betegjogok kodifikációjától, leginkább abban bíznak, hogy a jogszabályok követése mindenki számára kötelező és kikényszeríthető.

#### 1.3. A lakosság ismeretei a betegjogok szabályozottságáról

*Az Ön ismeretei szerint mely törvény szabályozza a betegek jogait Magyarországon?*

Az 1267 főből közel fele nem tudott segítség nélkül konkrét törvényt említeni, viszont akik vállalkoztak rá, meglehetősen pontos ismeretekről tettek tanúbizonyságot. (egészségügyi törvény: közel 40%)

*A betegjogokat szabályozó törvények ismertsége a felsoroltak közül*

Akik maguktól, segítség nélkül nem tudtak megnevezni (kitalálni) egyetlen olyan törvényt sem, ami betegjogokat szabályoz (803 fő), azok rákérdezésre 59%-os arányban jelölnek meg helyes válaszokat, mai nem sokkal rosszabb, mint magabiztosabb társaiké.

„A betegek jogairól szóló” fiktív törvényt létezőnek véli, ami „logikus tévedés”. (Lehet, hogy 1995-96-ban azoknak volt igazuk, akik külön törvényben akarták szabályozni az alapvető betegjogokat?)

#### **1.4. Vélekedés a lakosság jogi ismereteiről**

*A saját és mások betegjogi ismereteinek megítélése (alig vannak ismereteim 1 2 3 4 5 jól tájékozott vagyok)*

Az interjúalanyok **saját** betegjogi ismereteiket 2,70-es átlagra becsülik, másokét csupán 2,27-es átlagúnak vélik.

Az alapfokú végzettségűek, saját megítélésük szerint, gyakorlatilag semmit sem tudnak arról, hogy milyen jogok illetik meg őket, ha egészségügyi ellátást vesznek igénybe.

### **2. A betegjogok érvényesítésére rendelkezésre álló eljárások<sup>39</sup>**

Egy magyar beteg több mint 10féle eljárást indíthat, ha úgy érzi nem megfelelően bántak vele a kórházban, a rendelőben vagy a háziorvosnál. Más kérdés, hogy a páciensek többsége a lehetőségek töredékével sem él.

„A büntető- és a polgári perek dominálnak.” – állítja egy egészségügyi jogász, aki úgy véli, elkerülendő a párhuzamosságokat, össze kellene hangolni ezeket az eljárásokat.

A rendelkezésre álló lehetőségek:

- Panasz a szolgáltatónál; panasz a fenntartónál
- Etikai vizsgálat a Magyar Orvosi Kamara területi etikai bizottságánál; Etikai vizsgálat a megyei vagy az – egészségügyi miniszter irányítása alatt működő – Országos Etikai Tanácsnál
- ÁNTSZ eljárása
- Egészségbiztosítási Felügyelet eljárása
- Betegjogi képviselő közreműködése; Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermekjogi Közalapítvány közreműködése
- Közvetítői Tanács
- Szakmai felelősségbiztosító eljárása
- Peren kívüli egyezségi ajánlat a szolgáltatónak
- Szabálysértési eljárás
- Polgári peres eljárás
- Büntetőeljárás

### **3. Oktatói tapasztalatok és remények**

A szemeszterenként oktató és vizsgáztatott több száz hallgató körében szerzett tapasztalataim alapján nyilvánvaló, hogy olyan **szocializációs előzményekkel és környezetben**, ahol

- az általános, vagy középiskolai tanár felolvassa az osztály előtt az „elkapott” diáklevelet,
- az egészségtan tanár hallgató úgy véli, hogy a gyermeknek kevesebb joga van, mint a felnőttnek,
- a főiskolai oktató az előadásairól való sorozatos késésével kapcsolatban azt tartja, hogy a hallgató ráér várni,
- a televízió egyes műsorainak legfőbb show-eleme, a szereplők emberi méltóságának a sárba tiprása,

meglehetősen nehéz néhány órában olyan szemléletet formálni, amely pozitívan lesz meghatározó a betegekkel való tevékenység vonatkozásában.

Mindezek ellenére vélelmezhető, hogy **több év távlatában biztató kilátásaink vannak**, hiszen:

- a közoktatásban bevezetésre került kerettanterv már kitér az emberi jogok oktatására,

- a felsőoktatási intézményeknek - így az egészségügyieknek is – kompetencia alapú tanterveket és tantárgyi követelményeket kell kialakítaniuk, melyekben remélhetőleg még nagyobb hangsúlyt kap az emberi és állampolgári jogok tiszteletben tartásának követelménye, valamint érvényesítése,
- egyre inkább bevezetésre kerül a „probléma orientált oktatás”, melynek során konkrét esetek megoldásával, a hallgató nagyon aktív közreműködésével integrálhatók a különböző tantárgyakban – természet és társadalomtudományokban – elsajátított ismeretek.

## Jegyzetek

- 1 Blasszauer B. 121. p
- 2 Bölcs Á. 5-6. pp
- 3 Vienonen Mikko 17-29. pp.
- 4 Kovács J.
- 5 Kovács J.
- 6 Gondoljunk rá, mennyit változott az utóbbi évtizedekben a nő-férfi, a szülő-gyermek, tanár-diák, rendőr-gyanúsított, stb. viszony.
- 7 Kovács J.
- 8 Sándor J.
- 9 Meg kívánom jegyezni, hogy a hatályos törvény tájékoztatásra vonatkozó szakaszai szinte szó szerint vették át az állásfoglalás szövegét, ezzel az etikai normát jogi normává írták át, ami a jogfejlődés egyik útja.
- 10 1992. évi LXIII. tv. a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról
- 11 1093/1996. (VIII. 30.) Korm. határozat az egészségügyi törvény főbb elveiről és az előkészítéssel kapcsolatos feladatokról
- 12 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről
- 13 WHO (ENSZ Egészségügyi Világszervezete) – A Declaration on the Promotion of Patients Rights, Amszterdam, 1994. március (1994-ben tartott WHO - tanácskozás eredményeként jött létre. A WHO Európai Regionális Irodája az Európai Parlament felkérésére készítette el a nemzetközi dokumentum tervezetét, amely rögzíti a betegjogok alapelveit. A tanácskozáson az egészségügyi jogalkotás európai tendenciáinak és gyakorlati problémáinak megvitatását követően 36 európai ország fogadta el a dokumentumot, amely azóta is a legfontosabb iránymutatóként szolgál a jogalkotók számára.)
- 14 Európa Tanács – Egyezmény az ember jogainak és méltóságának védelméről, tekintettel a biológiai és az orvostudományi alkalmazására. Ovideó, 1997, április 4. (A Bioetikai Konvenció közel hétéves előkészítő munka után vált a bioetika elveinek keretegyezményévé. Az Európa Tanács tagállamai, más meghívott államok és az Európai Unió képviselői 1997-ben fogadták el és írták alá a nemzetközi dokumentumot. Az aláíró államok, így Magyarország is, arra vállaltak kötelezettséget, hogy a Konvencióban támasztott követelményeket beillesztik saját jogrendszerükbe.)
- 15 1997. évi XLVII. tv. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok védelméről
- 16 Kőszegfalvi E.
- 17 36/2000. (X. 27.) AB határozat
- 18 Heuer O. 6.p
- 19 1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről (a továbbiakban Eütv.)
- 20 Eütv. 4. § (1) a)
- 21 Eütv. 4. § (1) b); 3. § f), g)
- 22 Eütv. 4. § (1) c)
- 23 Eütv. 5. §
- 24 Marczell M. 587-594 pp. felhasználásával
- 25 Eütv. 19. § (2)
- 26 Pogány 69.p
- 27 Eütv. 20. § (3)-(5)
- 28 Pogány 72. p
- 29 Eütv. 21. § (2)
- 30 Pogány 74. p
- 31 Eütv. 21. § (3)

- 32 Pogány 74. p  
33 Eütv. 22. § (2)  
34 Pogány 75. p  
35 Érdekes kérdés, hogy miért nem természetes az ellátás visszautasítása az egészségügyben? Bármely szolgáltatásnál természetesnek tűnik, hogy visszautasítható, akkor miért nem természetes ez az orvosi ellátás esetében.  
36 OBH 3155/2002. Az állampolgári jogok biztosának átfogó vizsgálata a betegjogi képviselő jogintézmény működéséről  
37 Pogány M. 43. p  
38 A Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermejjogi Közalapítvány által 2007. október-novemberben végzett kutatás tapasztalatai.  
Forrás: [www.jogvedok.hu/old/jogvedok.hu/news/betegjogi\\_ismeretek.pdf](http://www.jogvedok.hu/old/jogvedok.hu/news/betegjogi_ismeretek.pdf)  
39 Pálmai E.

### Irodalomjegyzék

1. **Ádám Gy.** (szerk.): *Egészségügyi jogi kézikönyv*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1990.
2. **Bánki E.**: *Ritka a betegjogok tudatos megsértése*, Medical Tribune, 2003. július 3. 8-9.
3. **Blasszauer B.**: *Orvosi etika*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1995.
4. **Bordás M.**: *Az egészségügy privatizációja*. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2002,39,3,200-218
5. **Bölcs Á., Jurasits Zs. Pordán E.**: *A betegek jogai a hazai szabályozás tükrében*. Lege Artis Medicinæ, 1991. 1. 5-6.
6. **Heuer O.** (szerk.): *Betegjogok Magyarországon – Szabályok és gyakorlat*. Társaság a szabadságjogokért (TASZ). Budapest, 2002. 4.p
7. **Jakab T.–Marin Z.**: *Egyes egészségügyi ellátások visszautasításának jogszabályi feltételei*. Lege Artis Medicinæ 9. évfolyam 3. szám 228-235.
8. **Kovács J.**: *A modern orvosi etika alapjai*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1997.
9. **Kőszegfalvi E.**: *Egészségügyi jogi kézikönyv*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1999.
10. **Marczell M.**: *Betegjogok a menedzsment szemszögéből*. Egészségügyi Gazdasági Szemle 2001,39,6,587-594.
11. **Pálmai E.**: „A büntető- és polgári perek dominálnak” HVG 2007. június 07.
12. **Pogány M.-Dóka I.**: Az emberi méltóság etikai és jogi aspektusai. Egészségügyi Menedzsment 2003. május-június 84-86.;
13. **Pogány M. – Dóka I.**: Emberi méltóság az egészségügyi intézményi gyakorlatban. Egészségügyi Menedzsment 2003. július-augusztus 93-96.
14. **Pogány M.**: *A betegjogok szabályozása és gyakorlata*. JATEPress 2007.
15. **Sándor J.**: *Gyógyítás és ítélkezés*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1997.
16. **Vienonen Mikko**: *The Role of the World Organization in Realising the Right to Health Care*. In: Andre den Exter, Herbert Hermans (eds.): *The Right to Health Care in Several European Countries*. Kluwer Law International, The Hague-London-Boston, 1999.



**The Regulation of Patients' Rights from the Beginning until Today**  
*(The Summary of the Habilitation Lecture)*

**Dr. Magdolna Pogány**

University of Szeged

Faculty of Health Sciences and Social Studies

Department of Social Work and Social Policy

e-mail: poma@etszk.u-szeged.hu

**Keywords:** patients' rights, regulation of patients' rights, classification of identified patients' rights, enforcement of patients' rights

**Summary**

The study reviews the regulation of patients' rights from the time of the civil rights movements of the 1960's and 1970's until the recent developments in Hungary.

First, it deals with the necessity of the regulation of patients' rights and the tendencies in their progress, and also analyses the doubts that arise in connection with patients' rights approaches.

Examining the changes in domestic regulations, it explains the role of medical ethical norms and also those ethical and legal roles that led to the codification of the Hungarian patients' rights. With reference to analysing the period since the endorsement of the Health Act (1998), it points out the role of the Constitutional Court and the actions of the parliamentary commissioners in forming the prevailing regulations of patients' rights.

It gives full details of the place of the patients' rights regulation in the legal source hierarchy, the force of patients' rights, and it describes the connections between patients' rights and the duties of health care providers.

The paper classifies the nine patients' rights identified in the Law as three groups and explores the everyday practice in connection with the enforcement of each identified patients' right.

It reports on the knowledge of patients' rights and the experiences on their enforcement.

Finally, it summarizes own teaching experiences and outlines the prospects that give hope that people's, citizens' and patients' rights are respected and enforced.

## Útmutató az Acta Sana szerzői számára

**A folyóirat célja:** Az Acta Sana lektorált folyóiratként összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és esetismertetéseket közöl. Előnyben részesülnek azok a közlemények, melyek az ápolói, védőnői, fizioterápiás és szociális munka elméletéhez és gyakorlatához, valamint képzéséhez kapcsolódnak.

Közöljük még hallgatóink Országos Tudományos Diákköri Konferencián díjazott előadásait közlemények formájában, beszámolókat országos és nemzetközi konferenciákról.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

**Kézirat nyelve:** magyar (magyar és angol nyelvű összefoglalóval), vagy angol (magyar szerző esetén magyar és angol nyelvű összefoglalóval; külföldi szerző esetén csak angol nyelvű összefoglalóval).

A kéziratokat elektronikus formában kérjük beküldeni. Az illusztrációkat (számítógéppel rajzolt ábrák, táblázatok, grafikonok) külön fileként, fekete-fehér színben, jól elkülöníthető formában kérjük elküldeni. A fotók reprodukálásához eredeti papírképet, esetleges elektronikus hordozón a már digitálisan feldolgozott képet szükséges csatolni. A használt szoftver megjelölése kívánatos. A Microsoft Office program csomag használatát kérjük.

**A kézirat tartalmazza:** 1. címlap; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzék (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

**Forma és stílus:** Az oldalszámozást a címlaptól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címlapon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve- az utolsó szerző neve előtt "és"- a szerzők munkahelye (feltüntetve a város is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2-3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbiakat kell figyelembe venni:

“Bevezetés”, “Célkitűzés”, “Módszer”, “Eredmények” és “Következtetések” lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. Az összefoglalókat kérjük a fentiek szerint egyértelműen tagolni. A magyar és angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt - külön-külön - ne haladják meg.

Az egészségtudománnyal kapcsolatos közleményekben az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell.

6. A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell közölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az idevonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemények hossza a 10 szabvány (1800 karakter/oldal) gépelt oldalt nem haladhatja meg.

7. Irodalmi hivatkozások. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat idézettségük

sorrendjében kell megadni, az egyes tételeket új sorokban, sorközzel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után “és mtsai” (négy szerző esetén a harmadik szerző neve után “és mtsa”) írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példa:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás prevenciójában. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. Az idézett hivatkozások száma maximálisan 30, amelytől eltérni csak különlegesen indokolt esetben lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjen.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

9. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

10. Valamennyi ábra címét és a hozzátartozó esteleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és a táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

**Ortográfia:** A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimológikus írásmód követendő.

A kézirat elfogadására akkor kerülhet sor, ha maradéktalanul megfelel az útmutatóban foglaltaknak.

**Az Acta Sana évente két alkalommal jelenik meg: márciusban és októberben.**

**A kéziratok a Szerkesztőbizottsághoz július 15-ig, vagy december 15-ig nyújthatók be:**

**E-mail: [apolasi@etszk.u-szeged.hu](mailto:apolasi@etszk.u-szeged.hu)**

**Postai úton:**

**Acta Sana Szerkesztősége,  
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Szerkesztőség

---

---

## Guidelines to the Authors of Acta Sana

**Aim of the journal:** Acta Sana “Mens sana in corpore sano” - The Theory and Practice of Health and Social Care - is a peer-reviewed Scientific Journal of the University of Szeged, Faculty of Health Sciences and Social Studies. The journal carries comprehensive articles, original scientific papers and case studies. Papers connected to the education, theory and practice of nursing, health visiting, physiotherapy and social work are preferred. Awarded *National Scientific Student Conference* presentations by the students of the Faculty are published as papers, as well as accounts on home and international conferences. The editorial board reserves the right to judge and accept manuscripts. Studying this guide and preparing the manuscript according to it will accelerate the editing processing.

**The language of the manuscript:** Hungarian (with abstract written in Hungarian and English) or English (with abstract written only in English).

Manuscripts should be sent in electronically. Please, attach the illustrations (computer drawings, charts, diagrams) as separate files in well differentiated black and white form. In case of photographs, please send the paper pictures but you may send electronically processed images, too. You should also indicate the software used. Please use the Microsoft Office package.

**The manuscript** includes: 1 the title page, 2 English summary (with English title) and keywords, 3 a list of abbreviations (if needed), 4 text, 5 list of literature, 6 charts, 7 list of diagrams, and 8 diagrams separately.

### Format and style:

Pages should be numbered continuously starting from the title page. Individual items should be listed on separate pages.

1. The following should appear on the title page in this order: the title of the manuscript without any abbreviations, the name of the author(s) with an “and” before the last one, the workplace of the authors.
  - 2-3. The summary should be sent in Hungarian and /or in English in separate pages. They should not contain abbreviations. The following should be taken into consideration: the “introduction,” “aims,” “methods,” “results,” and “conclusions” should be formulated briefly so that the reader be able to understand the gist of the paper by reading the summary only. The summary should be divided clearly to show these parts. The Hungarian and English version should look similar and they should not be longer than a standard typed page each.
- Keywords in Index Medicus should be used in papers on medicine.
4. A separate list should be made on abbreviations that are not generally accepted.
  5. A clear layout is especially important for the reader. The raised question should be formulated in a few sentences in the beginning of the main part of the paper. Detailed historic introduction should be avoided.
  6. In the part of the methodology, the implemented methods that led to the results should be described clearly and accurately. If the methods were published earlier, only the basic principles should be outlined referring to the adequate literature. Statistical methods and their literature should also be added. The results and discussion parts should be edited separately and clearly. The discussion should be connected to the latest adequate information and to the statement that the authors sed to make their conclusions. The novelty of the results should be evident. The methods, results and discussion should be completed with suitable subtitles. The length of the paper should not exceed ten standard (1,800 characters/page) typed pages.
  7. References. The list of literature should be limited to the latest original publications and summaries. Only those references can be listed among the literature which are referred to in the text and are in direct connection with the discussed issue. The references should be put in the order of their appearance in the text. Each item should be written in new lines divided by empty lines. In case of more than three authors, “et al.” should be written after the third author. As for journals, their international abbreviation should be used.

Example:

Kovács I.: A védőnő szerepe a perinatalis halálozás megelőzésében. Orv. Hetil., 2002, 123, 1234-1238.

8. The number of references cannot be more than 30, from which you can deviate only in a special, justifiable case. Numbers in brackets in the text should indicate references. At the end of the references, the correspondent author's name and full address must be added.

9. Charts should have titles and each chart should be on a separate page. The explanation of the abbreviations – if any – in the title and the chart should appear on the same page as the chart.

10. All titles and explanations of abbreviations that belong to diagrams should be put on a common page.

The same data should not appear in the diagrams and in the charts.

**Orthography:** Common foreign words can be written according to the rules of Hungarian spelling otherwise etymological spellings should be followed.

*Papers are accepted only if they fully comply with these guidelines.*

*Acta Sana is published two times per year: in March and October.*

*The manuscripts should be submitted to the Editorial Board no later than 15 of July or 15 of December:*

**E-mail: [apolasi@etszk.u-szeged.hu](mailto:apolasi@etszk.u-szeged.hu)**

**Address:**

**Acta Sana Szerkesztősége,  
SZTE Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.**

Editors

Jegyzetek

Jegyzetek

Jegyzetek