

IME

Egészségügyi
vezetők szaklapja,
tudományos folyóirat

INNOVÁCIÓ | MENEDZSMENT | EGÉSZSÉGÜGY



BETEGBIZTONSÁG

BETEGEK A BETEGBIZTONSÁGRÓL

Javítja az ellátás
biztonságát a betegek
aktív szerepvállalása

44. oldal

BETEGBIZTONSÁG

A BETEGELTŰNÉSEK FŐ OKAI

A megelőzés lehetőségei
a NEVES jelentési rendszer
elemzésével

52. oldal

KÓRHÁZMENEDZSMENT

HOGYAN SEGÍTSÜK A BEAVATKOZÁSOKAT?

A tervezett
műtétek elmaradása
világszinten probléma

30. oldal

HARTMANN



M:IP

Küldetésünk: a fertőzések megelőzése

Holisztikus küzdelem az egészségügyi ellátásban előforduló fertőzések ellen



Küldetésünk: a fertőzések megelőzése, a HARTMANN támogatja a kórházakat az egészségügyi ellátás során kialakult fertőzések csökkentésében. A holisztikus megközelítés, melyet orvosokkal és ápoló személyzettel együtt fejlesztettek ki, optimalizálja a higiéniai folyamatokat és megelőző intézkedéseket. Védelem az emberek és az egészségügyi intézmények számára.

Beköszöntő



A betegbiztonság emlegetése gyakran ellenérzést kelt az ellátást végzők körében. Ez az ellenérzés a finanszírozási nehézségekkel, az eszköz- és szakemberhiánnyal magyarázható, de fontos szerepe van a témával kapcsolatos ismerethiánynak is. Az ellátók tanulmányaik során nem találkoznak a témakörrel, így nem ismerik a különböző minőségfejlesztési eszközök, módszerek alkalmazásával elérhető eredményeket, a hibákhoz vezető okokat, valamint ezek kiküszöbölésének gyakorlati megvalósítási lehetőségeit. Az az általános gyakorlat, hogy hibák esetén számonkérés történik – az elsődleges okok kezelése nélkül – nem vezet eredményre.

De miért is van szükség arra, hogy foglalkozunk a betegbiztonsági kérdésekkel?

A fejlett egészségügyi ellátással rendelkező országok kutatásai a kórházi ellátásban 10%-ra teszik azon betegek arányát, akiknél az ellátás következményeként valamilyen károsodás, ún. nemkívánatos esemény alakul ki. Ezek mintegy fele megfelelő intézkedésekkel megelőzhető lenne. Nem csupán a fekvőbeteg-ellátásban fordulnak elő ilyen események. Míg a kórházakban elsősorban a gyógyszerelési hibák nemkívánatos hatásai, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések, az esések miatti károsodások jelentik a nemkívánatos események többségét, az alapellátásban és a járóbeteg-szakellátásban a diagnosztikus tévedésekből és késésekből, valamint a helytelen gyógyszerelrendelésekből fakadó károsodások a leggyakrabban előforduló nemkívánatos események.

A nemkívánatos események nemcsak az egészségkárosító hatásuk miatt érdemelnek kiemelt figyelmet, hanem az általuk generált kiadások miatt is. Az ellátás következtében kialakult egészségkárosodásokat kezelni kell, és ez sokszor jelentős kiadást jelent az egészségügyi intézmények, illetve a finanszírozók számára. Az OECD által végzett kutatás szerint a hibák és a nemkívánatos események következményes költségei az akut kórházak költségvetésének 15%-át is kitehetik. Emellett számos nemkívánatos esemény megelőzése lényegesen kevesebb forrást igényel, mint amennyi költség felmerül a kialakulásuk esetén.

A közelmúltban lezárult kutatásaink szerint a hazai betegellátás során előfordult nemkívánatos események okai között kiemelt szerepe van a szakmai és a működési szabályok hiányának, illetve annak, hogy a létező szabályoktól eltérnek az ellátók. Azt is megállapítottuk, hogy az intézmények nem vonják le a tanulságokat az előfordult hibákból és nemkívánatos eseményekből, így azok ugyanolyan okok miatt ismét bekövetkeznek. A dokumentációs és kommunikációs hiányosságok és gyengeségek ugyancsak jelentős előidéző okok a hibák és a nemkívánatos események előfordulásakor.

Az Egészségügyi Menedzserképző Központban zajló oktatási programjainkban a hallgatók számos olyan projekten dolgoznak, amelyek valamilyen minőségügyi, betegbiztonsági probléma megoldását célozzák, és azokat sikerrel meg is valósítják. Ezzel bizonyítják azt, hogy gondos tervezéssel, megfelelő változásvezetési módszerekkel a jelenlegi hazai körülmények között is meg lehet valósítani eredményes fejlesztéseket, ezzel csökkenteni lehet a betegkárosodást előidéző kockázatokat és a nemkívánatos események előfordulását.

Az IME szaklapban a továbbiakban nagyobb teret kívánunk adni a betegbiztonsággal kapcsolatos kutatások, fejlesztések, eredmények, gyakorlati tapasztalatok bemutatásának annak érdekében, hogy ezen keresztül is támogassuk a kapcsolódó ismeretek és a megvalósítható megoldások terjesztését. Fontosnak tartjuk, hogy a publikációk segítségével is rá tudjuk irányítani a figyelmet a témakör jelentőségére, és igazolni tudjuk, hogy lehetséges és érdemes foglalkozni betegbiztonsági kérdésekkel. Várjuk a minőségügyi vezetők, csoportok, kutatók és a témával foglalkozó munkatársak írásait, hogy minél gazdagabb, szélesebb témakörben tudjuk az IME hasábjain keresztül elősegíteni a biztonságosabb betegellátást.

*Dr. habil. Belicza Éva
egyetemi docens
Betegbiztonsági Tanszéki Csoport*

Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat

Főszerkesztő Prof. Dr. Gaál Péter
Felelős szerkesztő Dr. Pásztélyi Zsolt
Lapigazgató Lengyel Livia
Szerkesztőség / Hirdetésefelvétel ime@memt.hu
Lapkiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság
1201 Budapest,
Ady Endre utca 206.
Dr. Gaál Péter elnök

Székhelye
Felelős kiadó

Korábbi főszerkesztők Prof. Dr. Kozmann György
2002–2022

Alapító Tamás Éva

Rovatvezetők

Dr. Battyány István Prof. Dr. Melegh Béla
Dr. Dank Magdolna Prof. Dr. Nagy Zoltán
Dévényi Dömötör Dr. Németh Attila
Prof. Dr. Domján Gyula Prof. Dr. Nyirády Péter
Prof. Dr. Gadó Klára Novákné Dr. Pékli Márta
Prof. Dr. Kerpel-Fronius Dr. Rákay Erzsébet
Sándor Dr. Valent Sándor
Király Gyula Vártokné Fehér Rózsa
Dr. Kósa József Dr. Weltner János

Szerkesztőbizottsági tagok

Babos János Öri Károly
Dr. Bacskai Miklós Puskás Zsolt
Dr. Dózsa Csaba Dr. Péntes Melinda
Dr. Gaál Péter Dr. Rosta László
Dr. Horváth Lajos Dr. Sinkó Eszter
Dr. Joó Tamás Skultéty László
Dr. Kósa István Dr. Süle András
Dr. Melcer Zsolt Prof. Dr. Tóth Kálmán
Prof. Dr. Molnár Zsolt Dr. Tóth Árpád
Nagy István Dr. Varga Imre
Dr. Németh Orsolya

Szerkesztőbizottság Tanácsadó Testülete

Dr. Velkey György **Elnök**
Alföldi István Dr. Rauth Erika
Dr. Ivády Vilmos Dr. Stubnya Gusztáv
Králik György Prof. Dr. Szilvási István
Prof. Dr. Merkely Béla Dr. Tamás László János
Dr. Nagy Kamilla Dr. Vassányi István
Dr. Rácz Jenő

Szenior tanácsadók

Prof. Dr. Kékes Ede Prof. Dr. Zámbo Katalin
Raffai Sándor

Mobil +36 30 459 9353
e-mail ime@memt.hu
Honlap www.imeonline.hu
www.memt.hu

Megjelenik évente 4 alkalommal
Előfizetési díj 1400 Ft/db + 5% áfa
+ postaköltség 600 Ft/
alkalom

Terjesztés, előfizetés Magyar Egészségügyi
Menedzsment Társaság
Nyomdai előkészítés Lengyel Zsuzsi Design Kft.
Nyomdai munka Vargé Nyomda

Az e számban megjelent cikkek reprodukálása bármely módon és bármely nyelven, egészben vagy részben a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság előzetes írásos engedélye nélkül szigorúan tilos!

A kiadó fenntartja magának a jogot a hirdetések elfogadására. Szerkesztőségünk a lapban közölt hirdetéseket a legnagyobb körültekintéssel gondozza, de a hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

ISSN 1588-6387 (Nyomtatott)
ISSN 1789-9974 (Online)

Tartalom

Dr. habil. Belicza Éva

Beköszöntő _____ **3**

Dr. Kullmann Lajos, Dr. Cserhádi Péter, Dr. Dénes Zoltán

Integrált rehabilitációs ellátás II. –

Nemzetközi tapasztalatok és tanulságok _____ **5**

Dr. Kovács Gábor, Dr. Mohos Elemér, Dr. Kis János Tibor,

Dr. Tabák Ádám, Dr. Gerendy Péter, Dr. Dózsa Csaba,

Dr. Dózsa Katalin, Pettkó Judit, Ujhelyi Krisztina, Dr. Kaló Zoltán

A bariátriai műtétek egészségpolitikai szerepe a 2-es típusú

cukorbetegségben szenvedő elhízott betegek ellátásában _____ **12**

Dr. Dózsa Csaba László, Tóth Melanie Éva, Borcsek Barbara,

Prof. Dr. Vályi-Nagy István, Dr. Szilávik János, Cseh Borbála

Javaslat az egészségügyi ellátással vagy lélegeztetéssel

összefüggő tüdőgyulladások hatékony gyógyszeres

terápiájának egészségbiztosítási finanszírozására

Magyarországon _____ **21**

Dr. Mikesy Gergely, Sinka Lászlóné Adamik Erika, Dr. habil. Belicza Éva

Hogyan segítsük a beavatkozásokat?

– Az elmaradt tervezett műtétek okainak és a megelőzés

lehetőségeinek vizsgálata _____ **30**

Lengyel Livia

Az egészségügyi online kommunikációs környezet,

valamint annak pandémia okozta változásai

az internetkeresési trendek tükrében _____ **38**

Báldy Barbara, Dr. Safadi Heléna, Dr. Lám Judit PhD

Betegek a megbízhatóságról _____ **44**

Sinka Lászlóné Adamik Erika, Dr. habil. Belicza Éva,

Grézló Orsolya, Farkas Szilvia, Ugrin Irina, Dr. Dombrádi Viktor

A betegeltűnések, azaz az elkóborlások és önkényes távozások

legfontosabb általános okai és a kockázatfelmérés szerepe

a megelőzésben _____ **52**

Csiki Gergely

Az egészségügy már nem finanszírozható úgy, ahogy eddig _____ **61**

Tarcza Orsolya

Jó úton halad, vagy változtatásokra szorul

az ágazat átalakításának folyamata? _____ **63**

Dr. Dombrádi Viktor, Dr. Surján Cecília, Dr. Mikesy Gergely

Beszámoló a 2023-as dán egészségügyi minőségügyi

és megbízhatósági konferenciáról _____

65

Integrált rehabilitációs ellátás II. – Nemzetközi tapasztalatok és tanulságok

*Integrated services in rehabilitation medicine II. –
International experiences and lessons*

Dr. Kullmann Lajos¹ ✉, Dr. Cserhádi Péter^{2,4}, Dr. Dénes Zoltán^{3,4}

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Gyógynevelési Módszertani és Rehabilitációs Intézet, Budapest

²Pécsi Tudományegyetem Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina önálló Tanszék, Pécs

³Semmelweis Egyetem Rehabilitációs Medicina Tanszék, Budapest

⁴Országos Mozgásszervi Intézet (OMINT) – Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI), Budapest

✉ i.kullmann@t-online.hu

A rehabilitációs ellátás hazánkban jellemzően kórházakban történik, pedig az Egészségügyi Világszervezet és a szakterület nemzetközi szervezetei szerint ez nem kívánatos. A nemzetközi szakirodalomban lakóhely közeli ellátási lehetőségekről, az ezekkel szerzett tapasztalatokról számolnak be. Jelen publikáció az utóbbi évek nemzetközi szakirodalmának áttekintése nyomán készült, az integrált rehabilitációs ellátás lehetőségeinek és feltételeinek feltárása érdekében. Célzott szakirodalom-keresés történt a PubMed adatbázisban, a címek és absztraktok, végül a kiválasztott közlemények áttekintése alapján, és a fontosabb eredményeket mutatjuk be. Szisztematikus elemzés nem történt. Az integrált rehabilitációs ellátási modellt nagyszámú fogyatékos, vagy fogyatékossgal fenyegetett populáció esetében, leggyakrabban esendő idős emberek érdekében alkalmazzák. Az ellátási szintek vertikális és az ellátást végző különböző teamek munkájának horizontális koordinációja is szükséges, valamint jó kommunikáció közöttük, illetve a páciensekkel. Új rendszer indítását megfelelő erőforrások, elsősorban a multidiszciplináris teamek jelenlétének biztosításával, illetve a meglévők képzésével érdemes kezdeményezni. Az ellátás folyamatos monitorozása szükséges, a páciensek értékelését is figyelembe véve. A cikk ismerteti a kedvező költség/haszon adatokat, ám még kevés a hatékonyságra vonatkozó egyértelmű bizonyíték. Közép-kelet-európai országokban az integrált ellátás feltételei a hazaihoz hasonlóan mérsékeltek. Szerzők saját vizsgálatuk korlátjai között említik, hogy nem készült szisztematikus elemzés, a felhasznált források rendszerekből adódó és módszertani heterogenitása jelentős, ami az eredmények értékelését nehezíti. Ennek ellenére jól látható tendenciák ismerhetők fel, amelyek kritikusán elemezve kerülnek bemutatásra. Az integrált rehabilitációs ellátás fejlesztésének fontos feltétele az összes érintett szereplő bevonása a tervezésbe és az eredmények monitorozásába, az átalakítás erőforrás szükségleteinek, valamint a megfelelő kommunikációnak és koordinációnak a biztosítása.

Kulcsszavak: fogyatékossgal élő emberek, esendő idős emberek, rehabilitáció, ellátási útvonalak, ellátás minősége, team munka

Provision of rehabilitation services in Hungary is typically hospital-based. According to World Health Organization and key international professional organizations this is not desirable. International literature provides rich sources of possibilities and collected experiences of community-based rehabilitation care as well. In the international literature, authors present continuous developments in this field. In the present publication a review of contemporary publications for collecting information on the possibilities and conditions of establishing integrated rehabilitation care was performed: targeted search of literature in PubMed database and narrative reporting on findings of selected publications based on screening of titles and abstracts, finally full texts. Systematic data analysis has not been completed. Extensive publication activity on integrated rehabilitation care can be seen, yet no widely accepted definition of the concept can be detected. Definition of applicable components in the given environment gets more attention. Integrated care model targets populations with more frequently occurring disabilities or likely to develop disabilities, most frequently at frail elderly persons. Well managed vertical coordination between care levels, and horizontal coordination between sites including local social care services is needed. Communication among members of multidisciplinary teams of providers, and between professionals and clients are equally important components. Inclusion of both providers and service users together with their informal care providers in service-planning is essential. When initiating new systems of provision with adequate resources, the presence of the multidisciplinary team members is vital. Continuing education of available professionals may also be needed. Continuous monitoring of the care process is necessary, including the evaluation by users. Although some favourable

cost/benefit data are known, only few clear outcomes on efficiency have been reported. Restriction of resources, increasing burden of the population, lock of once launched initiatives are characteristic unfavourable features at developing integrated care in countries of Central-Eastern Europe including Hungary. Authors consider as limitation of their study that only narrative reporting of findings were performed, without systematic data analysis. Selected publications are heterogenous in their social political systems and thus making evaluation of results is difficult. Yet, well recognizable tendencies have been identified and are presented after critical evaluation. Joint strategic goals have been developed for surmounting the difficulties. Triple goal of development of integrated rehabilitation services are the improvement of health condition of the affected population, good acceptance of the programme by users as requirement of their active participation, and achievement of favourable cost/benefit outcomes. Conditions of achieving those goals are the inclusion of effected participants (users and professionals) in planning and monitoring the outcomes, provision of needed resources at the care transformation including funding, and careful management of appropriate communication and coordination.

Keywords: persons with disability, frail elderly people, rehabilitation, integrated care pathways, quality of care, team work

BEVEZETÉS

A rehabilitációs medicina (az Európai Unió országainak többségében fizikális és rehabilitációs medicina) definíciója a szakterület európai Fehérkönyve szerint az alábbi fontos elemeket tartalmazza: az orvostudomány önálló diszciplínája, szemléletében egységes, interdiszciplináris klinikai szakterület, amely az egészségkárosodás miatt fogyatékos vagy fogyatékoság szempontjából fokozottan veszélyeztetett személyek funkcióképességének optimalizálására irányul [1]. A lakosság idősödésével, gyakoribbá váló funkciókárosodásai miatt a rehabilitációs szükségletek növekedésére és az integrált betegút szervezés és a lakóhely közeli ellátások szerepének erősödésére lehet számítani.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) már az 1970-es évek második felében megkezdte az ún. közösségi rehabilitációs szolgáltatások (community based rehabilitation services, CBR) feltételeinek kidolgozását és a szervezését támogató anyagok publikálását, előbb a fejlődő országok részére, majd Európa számára is [2]. Az integrált ellátás szervezését azóta is fontos fejlesztési iránynak tartja [3]. A széleskörűen értelmezett rehabilitáció támogatása, minden hátrányos helyzetű lakos, köztük az idős populáció részére elérhetővé tétele ma is a WHO prioritásai közé tartozik [4]. A hazai ellátási rendszer átalakításának időszakában az integrált ellátással kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok bemutatása érdeklődésre tarthat számot.

CÉLKITŰZÉS

Jelen közlemény célja, hogy elsősorban az utóbbi évek nemzetközi közleményeinek áttekintése alapján ismertesse az integrált betegútszervezésnek a rehabilitációs medicinában releváns szempontjait, és ezeket kritikusán elemezve mutassa be.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Szerzők a közösségi rehabilitációs ellátások irodalmát annak kezdetei óta figyelemmel kísérik. A legújabb szakirodalom áttekintése a PubMed adatbázis felhasználásával történt a „care pathways” „integrated care”, „integrated health care”, „community based rehabilitation” „persons with disabilities”, „rehabilitation medicine”, „primary health care”, a „cost benefit”, „effectiveness”, „quality of care” és a „training in rehabilitation”, „continuing education”, címszavak kombinációival. A címszavak, majd a relevánsnak ítélt absztraktok olvasása alapján legfontosabbnak ítélt közleményeket tekintettük át és elemeztük kritikus szemlélettel. Az így kiválasztott cikkek irodalmi hivatkozásai közül néhány további közleményt is megvizsgáltunk. Nem végeztünk szisztematikus szakirodalom elemzést, az eredmények narratív összegzését adjuk közre.

EREDMÉNYEK

A fogalom és komponensei

A WHO Európai Regionális Hivatalának 2016-ban az integrált egészségügyi ellátásról kiadott dokumentuma három különböző definíciót is felsorol: folyamat-, felhasználó- és rendszer-alapút, azaz az ellátók, az ellátottak, ill. az egészségpolitika szempontjait hangsúlyozó változatokat [3]. Már most kiemeljük, hogy rehabilitáció során a páciensek elvárásainak figyelembevétele nélkülözhetetlen. Elsősorban azért, mert a rehabilitáció olyan, a fogyatékosággal élő személyek tevőleges együttműködését feltételező folyamat, amiben csak akkor vesznek részt aktívan, ha annak célkitűzései saját elvárásaikkal találkoznak.

A szakirodalom áttekintése alapján egyértelmű, hogy az integrált betegút szervezés fogalmának nincs egységes definíciója. Felfogható „ernyőfogalomként”, amelybe különböző képességek különböző szükségleteire reagáló eltérő működési és koordinációs modellek tartoznak, és amelyek támogatják a páciensek elégedettségét a koordináció és az ellátás folyamatossága révén. A változtatás általában három célkitűzés mentén zajlik: javítani kívánják a lakosság egészségi állapotát, a lakosság egészségüggyel kapcsolatos tapasztalatait, valamint csökkenteni az egyébként folyamatosan növekvő költségeket [5]. Az ellátás kulcselemei a bizonyítékok és a páciensek elvárásai alapján megfogalmazott világos célkitűzés, a multidiszciplináris megközelítés, a kommunikáció és koordináció javítása, az eredmények dokumentálása, monitorozása és elemzése, valamint a megfelelő erőforrások meghatározása. Az ellátást akkor tekintik integráltnak, ha több ellátási szintet foglal magába [6]. Az eredmények a rehabilitációban azóta mutathatók ki, amióta funkcionális skálákat és életminőség-felmérést alkalmaznak. Az áttekintett tanulmányok egyike olyan komplex szolgáltatás-

nyújtási célokat emel ki, mint az akut ellátástól a közösségi ellátásig tartó ellátás tervezés és szervezés, a korai és folyamatos beavatkozás, illetve a személyre irányultság és a szociális támogatás [7]. Utóbbi cél a horizontális, ágazatok közötti együttműködést is feltételezi [8-10].

Hughes és munkatársai az integrált ellátás igen részletes magyarázatát adják szisztematikus, szövegmagyarázó irodalomlemezük alapján [11]. A fogalmat szélesen értelmezik, mint összekapcsolódó klinikai, szervezési és egészségpolitikai változásokat, amelyek célja a szolgáltatások hatékonyságának, a páciensek ellátással kapcsolatos tapasztalatainak (elégedettségének) és a szakmai (egészség-) eredményeknek a javulása (hatásosság). Abból indulnak ki, hogy főleg a kedvező gazdasági fejlettségű országokban a lakosság idősödése és az ezzel együtt járó multimorbiditás miatt új ellátástervezésre van szükség. A betegút epizódok kezelése helyett a krónikus állapotok folyamatos gondozására szükséges áttérni. Egészségpolitikai szempontból négy fontos megállapítást emelnek ki. 1) Az integrált ellátást elterjedőben lévő ellátási gyakorlatok együtteseként érdemes felfogni, amelyet kontextuális tényezők befolyásolnak, nem pedig mint egyetlen beavatkozást, amelylyel előre meghatározott eredményt lehet elérni. (Ezt igazolják a különböző célokból, eltérő környezetben bevezetett programok eredményei.) 2) A személyközpontú, kapcsolatokra alapozott ellátás hozzájárulhat a páciensek elégedettségéhez, de nem az határozza meg. 3) Összefüggés lehetséges a javuló pácienselégedettség és a rendszerelnyők között, de az integrált ellátás kimenetei különböző szintűek és nem biztosan azonos irányúak. (Vagyis lehet, hogy javult az ellátás páciensek általi értékelése, ám nem sikerült költségeket megtakarítani, vagy fordítva.) 4) Szükség van arra, hogy az egészségpolitika kritikusan értékelje a programokat, hogy időben észlelhessen a konfliktusokat és feszültségeket a program célkitűzései és a körülmények között, amelyek mellett bevezetik a változást. (Pl. rendelkezésre állnak-e mindazok a feltételek, erőforrások, amelyek a kívánt egészségcél és a páciensek javuló elégedettségének eléréséhez szükségesek.)

A tanulmányokban érintett populáció

A szakirodalom áttekintése alapján a legtöbb programot az idős, esendő lakosság egészségmegőrzése, illetve rehabilitációja céljából indították [7,12]. Ezen kívül ismertek krónikus népbetegségek, mint a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), stroke, onkológiai betegségek, ill. az utóbbi években a post-Covid szindróma miatt létrehozott programok, illetve kevésbé gyakran pl. traumás agysérülés vagy ritka betegségek esetében is megkísérelték az integrált ellátás szervezését [13-16]. Utóbbiak esetében vagy nem sikerült a várt eredményt kimutatni – pl. traumás agysérülés esetében –, vagy még hiányoznak a meggyőző, hosszabb távú tapasztalatok [17, 18].

Kommunikáció és együttműködés az ellátók és az ellátási szintek között

A hagyományos kommunikáció az időben először ellátást nyújtó szervezet orvosi dokumentációjával (zárójelentés, lelet) történik, amit az elvárások szerint az elbocsátás idő-

pontjában adnak ki. Ezt elsősorban sürgős vagy komplikált esetekben telefonon keresztüli kapcsolatfelvétellel is kiegészítheti. Integrált ellátásban a hagyományos modell sokszor nem eléggé eredményes, így további formák is ismertek. Egy ausztrál tanulmány foglalja össze a lehetőségeket [19].

- A hagyományos modellt virtuális interfész modellnek nevezi.
- Az „in-reach” (bevonás) modell esetében a kórház alapellátási csapatot vont be az elbocsátás és az ellátás otthoni folytatásának tervezésébe, megkönnyítve a folyamatok átmenetet (Egyesült Királyság), illetve egy, a kórházban tartózkodó közösségi ápoló vett részt a kórházban az elbocsátás tervezésében, aki az állapotnak megfelelő ellátást legjobban biztosító közösségi terepet biztosította (Ausztrália).
- Az „out-reach” (kinyúlás) modell esetében a kórház egyes szakellátó tagjai mentek ki a közösségbe, ott támogatva az ellátás folytatását (Amerikai Egyesült Államok). A házi orvos, illetve más esetben az alapellátási csapatok voltak felelősek a kórházakban megkezdett programok folytatásáért.
- A negyedik modellt független interfész modellnek nevezik, ami megegyezik a gyakorlatban már sok országban bevezetett „case management” tevékenységgel. Ebben egészségügyi vagy szociális szakember biztosítja (pótolja) az ellátók közötti kapcsolatot, a megkezdett ellátás megszakításmentes folytatását.

A különböző modellek eredményei ellentmondásosak, az integrált ellátással szembeni eredmény-elvárások mindegyikét egyik modell sem igazolta. További európai programokat is megismertünk tanulmányútjaink során, illetve nemzetközi kongresszusokon.

Az integrált betegútszervezés módszertani kérdései

A gondos tervezés és folyamatos monitorozás alapvetően fontos. A minőségi ciklushoz hasonló módon történik, egyes lépéseinek, elemeinek még részletesebb leírásával találkozunk. Egy kanadai munkacsoport, reflektálva a WHO egészséges idősödéssel foglalkozó programjának szempontjaira,

A lépés száma és megnevezése	A lépések fontosabb tartalmi elemei
1. a vezetési struktúra meghatározása	helyi multidiszciplináris csapat bevonásával
2. érintett populáció felmérése	az idős lakosság rizikóbecslése súlyosság alapján
3. a helyi erőforrások feltérképezése	szocio-demográfiai, település adottságai, infrastruktúra, szervezetek, szabályozás, kapcsolatrendszerek, fontos személyek, közösségi erőforrások, kultúra és hiedelmek, helyi politikai és gazdasági tényezők
4. ellátási útvonalak tervezése	esendőség fókusz, akut fekvőbeteg-ellátás, járóbeteg-ellátás, rehabilitáció, krónikus ellátás, esések megelőzése, demencia problémái, „out-reach” támogatás
5. új munkamódszerek fejlesztése	case-management, in-reach, out-reach
6. multidiszciplináris team-munka támogatása	koordináció a szolgáltatók (és személyek) között
7. személyre szabott ellátás	érintettek bevonása
8. jólét támogatása a közösségi (otthoni) életben	közösségi közlekedés, szociális támogatás, lakásátalakítás, gyógyszerelés támogatása, bevásárlás, aktív tevékenységek ösztönzése, információ, tanácsadás
9. működési feltételek biztosítása	munkaerő, finanszírozás, információs rendszer
10. monitorozás, értékelés	a folyamatok megfigyelése, eredmények mérése, a személyzet és a felhasználók véleményének megismerése

1. táblázat
Idős emberek integrált ellátásának tervezése, a legfontosabb lépések. (forrás: Barry és munkatársai alapján [7])

öt lépésben határozza meg a feladatokat [20]. Egy ír tanulmány ismerteti három pilot tanulmányon alapuló akciókutatását. A kivitelezéshez tíz pontos, bizonyítékokra alapozott munkatervet határoztak meg [7]. Lényegében a fentihez hasonló szempontokat ismertetnek, nagyobb részletezettséggel. Ezért ezt mutatjuk be. (1. táblázat) További hasonló módszertani ismertetések is olvashatók az igen kiterjedt szakirodalomban.

A módszertani kérdések között említendő a COVID-19 pandémia kezelése során szinte világszerte bevezetett digitális kommunikáció, illetve ezen keresztüli tanácsadás, a „telehealth” és a telerehabilitáció [16]. A hirtelen megnövekedett ellátási szükségletek miatt ez természetes reakció, ám éppen az idős, esendő lakosság esetében – akik sokszor még a hagyományos ellátás útvesztőiben sem ismerik ki magukat – nem jelenthet általános, mindenki számára elfogadható megoldást, amint erre egy szingapúri tanulmány is rámutat. Az állapotváltozás felmérése sem végezhető kizárólag ilyen formában [21]. Szakemberekkel, informális gondozókkal és egészségpolitikusokkal végzett fókuszcsoporthoz megbeszélések alapján a szerzők mégis szükségesnek tartják alkalmazását, mint az egyik lehetséges módszert, a jövőben is.

Ide kapcsolódik egy tanulságos új-zélandi tanulmány [9]. Hátrányos helyzetű régió, közel 50%-os maori lakosságú területén indítottak integrált ellátási programot. Legalább két krónikus betegséggel élő személyeket vontak be, akik az előző évben fokozott mértékben vették igénybe az ellátórendszert. A programot diplomás ápoló és a helyi közösség egészségi ismeretekkel is rendelkező, elismert tagja, mint team vezető, együttműködve az alap- és a kórházi ellátással. Nem csak maori lakosokat vontak be. A bevont személyek szükségleteit, elvárásait felmérték, és kapcsolódásukat szükség szerint telefonos bátorítással is serkentették. Nehezebb volt az ellátók, főleg az alapellátás bevonása, akik féltek a kommunikációs teher növekedésétől, egészségközpontú autoritásuk elvesztésétől a „túlzott” pácienscentrikusság miatt, valamint bevételeik csökkenésétől és az egész változástól. Félelmüket személyes találkozásokkal és az eredmények folyamatos visszajelzésével (hírlevelek) lehetett csökkenteni. További nehézséget jelentett, hogy kevesebb páciens tudtak bevonni, és jóval több kommunikációra, képzésre volt szükség az eredetileg tervezettnél. Ez a résztvevők, főként az ellátók szemében rontotta a program hitelességét. Technikai nehézséget okozott, hogy az alapellátási és kórházi kommunikációs platformok különböztek, ezért közös platformot kellett biztosítani. A résztvevők többféle állapot-paraméter követésére alkalmas „telehealth monitort” kaptak, amit megtanultak értékelni, így hamarabb tudták saját állapotromlásukat felismerni. A team otthonukban látogatta meg a pácienseket, viselkedési és szociális szükségleteiket figyelembe véve, ott együtt döntöttek a belépésről. A végső döntést a páciens hozta meg. Egy éves követés alapján kedvező eredményekről számoltak be. A páciensek egészségi állapota javult, a jelentős beruházás ellenére az egészségügyi költségek és a háziorvosok terhei is csökkentek. A résztvevő páciensek saját szerepük növekedését élték meg.

További, kvalitatív, a páciensekkel, illetve gondozóikkal készített tanulmányok is aláhúzzák a páciensek bevonásá-

nak jelentőségét, elvárásaik és szociális szükségleteik figyelembevételét [12,13,18,22]. A „what matters you?” (mi bánt, mi fontos?) kérdésre az ellátottak gyakran nem egészségi, hanem szélesen értelmezett szociális problémákat neveznek meg. Nagyban segítheti az integrált rehabilitációs ellátás szervezését és a páciensek általi elfogadását, ha e kérdésekre vonatkozóan is kapnak választ, támogatást vagy javaslatokat, pl. hol található támogatást. A rehabilitáció mindig az egész emberrel foglalkozik.

Az eddigiekben elsősorban a „mit tegyünk” kérdéséről volt szó. Felmerülnek azonban kétségek is, ezért ezekről, főleg a „hogyan” kérdéstről is beszélni kell. Egy korábbi holland tanulmány a pszichiátria területén belül bevezetett integrált ellátás kedvezőtlen tapasztalatairól számolt be [23]. Szakintézeti integráció történt a pszichiátriai szakellátási szintek között, ugyanakkor a kapcsolat az alapellátással és a hozzájuk csatlakozó gondozó hálózattal megromlott, pontosabban arra korlátozódott, hogy a háziorvos nem látta el, hanem tovább utalta betegét. Ennek további következménye az lett, hogy a páciensek már eleve kikerültek az alapellátást. A szerzők véleménye szerint monopolizáció történt a különböző ellátási szintek harmonizációja helyett.

Egy közelmúltban készült szisztematikus irodalomelemzés az integrált ellátás valamennyi résztvevőjének – páciens, gondozó és ellátó – véleményét vizsgálta az idős, esendő személyek integrált ellátásával kapcsolatban [24]. Az ellátók problémaként élték meg az érintett populáció állapotának komplexitását, a másik oldal nehezebb a rendszeren belüli eligazodást és a hozzáférést az ellátórendszerhez. Akadályozó strukturális tényezőként értékelték az erőforrások (finanszírozás, szakember-ellátottság) korlátait, a folyamatjellemzők közül azt, hogy a pácienseket és gondozóikat csak kevéssé vonták be a döntéshozatalba, illetve a személyes támogatás (case management) hiányosságait. Javaslatokat is tettek: az érintett szolgáltatók között egységes információs technológiára, az ellátás koordinációjáért felelős személy kijelölésére, a megfelelő finanszírozás és erőforrás biztosítására, a különböző szolgáltatói szinteken tevékenykedők bevonására a rendszer átszervezése során, és az érintett egészségügyi és szociális ellátók képzésére vonatkozóan.

Egy stroke-ellátási útvonal tervezésével foglalkozó francia tanulmány az ott létező négy modell szakember résztvevőivel készített interjúk alapján a legfontosabb akadályozó tényezőkként az alábbiakat jelölte meg [25]. A bevezetés legfontosabb akadálya az erőforrások (elsősorban a humán erőforrás) elégtelensége. A már meglévő rendszer sikeres működtetésének feltétele az együttműködő intézmények, illetve személyek közötti kommunikáció javítása. Ennek érdekében olyan folyamat- és eredményindikátorok bevezetését javasolják, amelyek nem az egyes intézmények, hanem az együttműködő rendszer működését jelzik (ilyenek jelenleg nem ismertek), valamint „az adott ellátási bürokráciát és gazdasági realitást figyelembe vevő” szakmai irányelvek fejlesztését.

A fenti probléma elvezet ahhoz a kérdéshez, hogy mit tehetünk, ha nincs elég szakképzett teamtag, hogyan lehet mégis

elindítani egy programot? Egy kanadai tanulmányban arról számoltak be, hogy kifejezetten a magyar alapellátásban szereplő két csapatot, az orvost és az ápolót képezték, azzal a céllal, hogy a többi szakemberrel sikeresebben tudjanak együttműködni. Minden résztvevő megkapta a közösségi ellátásra vonatkozó szakmai irányelvet. Egyik csoportjukat képzésben is részesítették, amelyben az online elemek mellett szerepelt két egész napos, személyes részvétellel zajló, gyakorlatorientált program is más team-tagokkal együtt. Akik a képzésen részt vettek, azoknak a gyakorlata kedvezően változott [26]. A vizsgálat limitációja volt, hogy az érintett lakosokat nem kérdezték meg, tehát csak a szakember oldal visszajelzése ismert.

Egy másik, Cochran tanulmány alacsonyán és közepesen fejlett országokban vizsgálta hátrányos helyzetű csoportok támogatását javító képzés eredményességét szisztematikus irodalomelemzés keretében. Nemcsak az egészségügyi, hanem a szociális ellátás is szerepelt a programokban, a szakemberek mellett sok laikus segítő is. Csak mérsékelt pozitív eredményt tudtak kimutatni, a bevont közlemények egy részében semmilyen változást sem találtak [8]. Ennek a vizsgálatnak a legfőbb korlátja a vizsgálati helyszínek, résztvevők és módszerek igen nagyfokú heterogenitása volt.

Költségek és eredmények

A „megéri-e bevezetni” kérdésével kapcsolatban egy metaanalízist, egy szisztematikus irodalomelemzést és egy holland kontrollcsoportos tanulmányt mutatunk be.

A metaanalízisbe vont összesen 34 tanulmány összesített eredménye a költségek marginálisan szignifikáns csökkenését és az eredmények szignifikáns javulását mutatja, de különböző alcsoportokra vonatkozóan az eredmények meglehetősen heterogének voltak [5]. Mind a költségek (kórház, járóbetegellátás, fejlesztés, bevezetés, társadalmi, utazási, munkából kiesés), mind az eredmények (klinikai, életminőség, QUALY, halálzás) vizsgált paraméterei jelentős különbségeket mutatnak. Egy-egy paraméteren belül is sok különböző mérési módszer fordult elő. A tanulmányok 50%-a jelzett költségmegtakarítást a kontrollcsoporthoz képest, de ennek mértéke csak az összes tanulmány 26%-ában volt szignifikáns. Az eredmény paraméterek 65%-ban javultak, 38%-ban szignifikánsan. Alcsoportokat is vizsgáltak régiók (földrészek), kutatási módszer, illetve időtartam és az integrált ellátás bevezetett módszere szerint. Különböző volt a követési időszak. Szignifikáns változások csak legalább 12 hónapos követési idő után jelentkeztek.

A szisztematikus irodalomelemzés stroke betegek integrált rehabilitációs ellátásának költségeit és eredményességét vizsgálta [14]. Az alábbi eredmények érdemesek kiemelésre. A támogatott korai kórházi elbocsátás szignifikáns költségcsökkenést csak a tanulmányok egyhatodában mutatott, általában a rövidebb kórházi tartózkodás eredményezte a költségek csökkenését. A klinikai eredmények egyik esetben sem romlottak. Négy közösségi rehabilitációs programot eltérő kontrollokkal vetettek össze. Általában jobb klinikai eredményeket találtak azonos, egy esetben magasabb költségek mellett. Mindegyik tanulmány fejlett gazdaságú or-

szágból származik. A költségek csökkenésének a hiányát azzal magyarázzák, hogy a kisebb egészségügyi kiadások mellett jelentősebb szociális kiadások keletkeztek. A további tanulmányok különbözősége és alacsony száma miatt nehéz komoly következtetésre jutni. A szerzők az értékelés következő limitációira hívták fel a figyelmet: a tanulmányok többségében csak egészségügyi költségeket figyeltek, a követési idő általában rövid volt, nem vették figyelembe a stroke súlyosságát, továbbá, a korábban publikált eredmények az aktuális viszonyokra már nem biztosan igazak.

A kontrollcsoportos tanulmány komplex egészségügyi problémákkal élő idős populáció integrált egészségügyi ellátását vizsgálta [27]. A funkcióképességet Katz-indexszel, a QUALY számításhoz az életminőséget EQ-5D-3L kérdőívvel vizsgálták. Ezek Hollandiában széles körben alkalmazott módszerek. Ma már a rehabilitáció szempontjából relevánsabb, részletekre jobban rámutató módszerek is elérhetők mind a funkcióképesség, mind az életminőség vizsgálatában, amelyet a szerzők is elismertek. A költségek vizsgálata a szociális költségekre (pl. szociális gondozó, környezet adaptációja, közlekedés) is kiterjedt. A vizsgálati csoportban jobb funkcionális eredményeket értek el jelentősen alacsonyabb költségek mellett. Értékelhető életminőség-nyereséget viszont nem sikerült kimutatni.

MEGBESZÉLÉS

Jelen közlemény korlátjai között említendő, hogy erőforrások hiányában nem készült szisztematikus szakirodalom-elemzés. A felhasznált közlemények különböző célkitűzéssel, környezetben és módszerekkel készültek, így összevetésük nehéz. Végül, a szerzők véleményét is befolyásolhatta az aktuálisan változó és részleteiben még nem kellően ismert környezet/szabályozás.

A bemutatott eredmények alapján látható, hogy az integrált rehabilitációs ellátás fejlesztésének különböző motivációi, modelljei és módszerei léteznek. Általában mindegyiknek része a koordináció javítása a betegút szervezésében, elvárás az ellátás szakmai minőségének és a páciensek értékelésének a javítása, de legalább a szinten tartása (összevetve a hagyományos, kórház dominanciájú ellátással), valamint a költség/haszon arány javítása, ill. legalább a megőrzése. Hangsúlyos elem az ellátott személyek és az informális gondozók (családtagok, barátok, szomszédok) bevonása az ellátás tervezésébe és az eredmények értékelésébe.

Mielőtt az egészségpolitika részére hasznosítható következtetéseket vonnánk le, érdemes áttekinteni a közép-kelet-európai országok integrált egészségügyi (és szociális) ellátásának a helyzetét, problémáit. Egy kilenc ország szerzői által közölt cikk nem a rehabilitációról, hanem általában integrált egészségügyi ellátásról szól, ám figyelmet fordít az idősekre, így a rehabilitációban kiemelten érintett populációra is [28]. Megállapítja, hogy az országok hasonló politikai és gazdasági helyzetben voltak, jellemző rájuk az erőforrások hiánya, az alacsony finanszírozás és az, hogy egyre több terhet kell a lakosságnak viselnie, még ha ez nem is egyforma módon történik. Politikai konszenzus hiányában gyakran a megkez-

dett átalakítások is megszakadtak vagy teljesen abbamaradtak. A nemzetközi szerzői team a helyzet elemzése alapján öt stratégiai célt határozott meg:

- az érintett személyek és a közösség bevonása a döntések előkészítésébe,
- az irányítás és az elszámoltathatóság erősítése,
- az ellátási modell módosítása a kórháztól a járóbeteg- és az alapellátás irányába, a prevenció szempontjai és a szociális preferenciák figyelembevételével,
- koordináció az ellátási szintek között és azokon belül,
- támogató környezet kialakítása, figyelemmel az ellátás minőségére és biztonságára, illetve a szakemberképzésre.

A stratégiai célok egyes elemeinek megvalósulását négy fokozatú skálán értékelték. Érdekes megvizsgálni, milyenek találták a szerzők a helyzetet a vizsgált kilenc országban. Az egyes célok területén általában a lehetséges pontszám felét sem érte el az aktuális helyzet. Magyarországon egyedül a 3. céllal kapcsolatban teljesültek az elvárások 50%-ot meghaladó mértékben.

Eredményeinket a hazai helyzet szempontjából vizsgálva három szempontot emelünk ki:

- Az egészségügyi ellátás keretén belüli vertikális integrációt jól elő kell készíteni, a bemutatott sikertelen példával szemben [23]. Jó hazai példát mutat be tanulmányunk első, a hazai helyzet feltárására vonatkozó része [10]. Ez azonban önmagában nem elegendő, horizontális integrációra is szükség van, elsősorban a szociális ellátással, amire szintén ismertek kedvező hazai példák [10].
- Jelenleg az alapellátásban, illetve a lakóhelyközeli ellátásokban a multidiszciplináris team tagjai közül csak kevesen érhetők el. Irigylésre méltó állapotokat is ismerünk, Finnországban 1 orvosra 11 további szakember jut, viszont ez nem minden fejlett gazdasággal rendelkező európai országra jellemző [25, 29]. Így, a jelenlegi hazai helyzetben stroke vagy más komplex funkciókárosodá-

sokkal járó állapotokban a CBR bevezetését még nem javasoljuk, ám sok más esetben kedvező lehetőségnek véljük a hazai fejlesztést. Ismerve a személyzeti ellátás hazai gondjait, célzott képzések, továbbképzések segíthetik a fejlesztést.

- A külföldi tapasztalatok alapján megszívleendő az eredmények folyamatos monitorozása, minimálisan egy éves időszakban, de inkább hosszú távon. Ez annál inkább fontos, mert a hosszútávú eredményekkel kapcsolatban nagyon kevés információ érhető el, ám „A funkcióképesség fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)” és a WHO további referenciaosztályozásainak rendszerszintű alkalmazása ennek jó alapja lehet [30].

KÖVETKEZTETÉSEK

A bemutatott eredmények alapján látható, hogy az integrált rehabilitációs ellátással kapcsolatban hármas célkitűzés körvonalazódik:

- a népesség egészségi állapotának javítása,
- ez járjon együtt az érintett személyek kedvezőbb értékelésével, elégedettségével, valamint
- hosszú távon az ellátás hatékonyságának javítása.

A bevezetés módszereiből fontosságuk miatt kiemeljük az összes érintett csoport bevonását a tervezésbe, a szükséges erőforrások biztosítását, valamint a folyamatos intenzív kommunikációt az érintettek között.

Anyagi támogatás

A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek

A szerzőknek a közlemény témájával kapcsolatban nincsenek érdekeltségeik.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance: White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018; 54: 125-155. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05143-2>
- [2] World Health Organization: Disability prevention and rehabilitation. WHO Document A29/INF. DOC/1. 1976.
- [3] World Health Organization Regional Office for Europe: Integrated care models: an overview. Working document. Copenhagen, 2016. (Available at: 30. 01. 2023) https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/32247/5/Integrated-care-models-overview.pdf
- [4] World Health Organization Executive Board: Strengthening rehabilitation in health systems. WHO Document EB152/CONF.1. 2023. (Available at 30. 01. 2023): https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_8-en.pdf
- [5] Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A et al.: Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Health Econ.* 2020; 21: 1211-1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- [6] Larsen T: Guest editorial note on integrated care pathways: a basic tool for triple aim improvement of healthcare by collaborative local action. *Int J Integr Care.* 2012; 12: e232 <https://doi.org/10.5334/ijic.1123>
- [7] Barry S, Fhalluin MN, Thomas S et al.: Implementing integrated care in practice – learning from MDT’s driving the integrated care programme for older persons in Ireland. *Int J Integr Care.* 2021; 21: 15. <https://doi.org/10.5334/ijic.4682>
- [8] van Ginneken N, Chin WY, Lim YC et al.: Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

- 2021, Issue 8. Art. No.: CD009149. (Available at 30. 01. 2023) <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub3>.
- [9] Carswell P: Te Whiringa Ora: person-centred and integrated care in the Eastern Bay of Plenty, New Zealand. *Int J Integr Care*. 2015; 15: None. <https://doi.org/10.5334/ijic.2242>
- [10] Cserhádi P, Kullmann L, Dénes Z.: Integrated service provision in rehabilitation medicine I. – national background, strengths, weaknesses [Integrált rehabilitációs ellátás I – Hazai előzmények, erősségek, gyengeségek] *IME* 2023; 22(3): 5-11. <https://doi.org/10.53020/IME-2023-203> [Hungarian]
- [11] Hughes G, Shaw SE, Greenhalgh T: Rethinking integrated care: A systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *Milbank Quarterly* 2020; 98: 446-492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>
- [12] Bernsten G, Høyem A, Lettrem I et al.: A person-centred integrated care-quality framework, based on qualitative study of patient's evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Services Res*. 2018; 18: 479. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>
- [13] Wodskou PM, Høst D, Godtfredsen NS, Frølich A: A qualitative study of integrated care from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relatives. *BMC Health Services Res*. 2014; 14: 471. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-471>
- [14] Tummers JFMM, Schrijvers AJP, Visser-Meily JMA: Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *Int J Integr Care*. 2012; 12: e193. <https://doi.org/10.5334/ijic.847>
- [15] van Hove JC, Vernooij RWM, Fiander M: Effects of oncological care pathways in primary and secondary care on patient, professional and health systems outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020; 9: 246. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01498-0>
- [16] Décarý S, De Groote W, Arienti C et al.: Scoping review of rehabilitation care models for post-Covid-19 condition. *Bull World Health Organ*. 2022; 100: 676-688. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.288105>
- [17] Laver K, Lannin N, Bragge P et al.: Organising health care services for people with an acquired brain injury: an overview of systematic reviews and randomised controlled trials. *BMC Health Services Res*. 2014; 14: 397. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-397>
- [18] Ward AJ, Murphy D, Marron R et al.: Designing rare disease care pathways in the Republic of Ireland: a co-operative model. *Orphanet J Rare Dis*. 2022; 17: 162. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02309-6>
- [19] Guerin M, Grimmer K, Kumar S: Community services' involvement in the discharge of older adults from hospital into the community. *Int J Integr Care*. 2013; 13: None. <https://doi.org/10.5334/ijic.917>
- [20] Dubuc N, Bonin L, Tourigny A et al.: Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *Int J Integr Care*. 2013; 13: e017. <https://doi.org/10.5334/ijic.976>
- [21] Yoon S, Mo J, Lim ZY et al.: Impact of COVID-19 Measures on Discharge Planning and Continuity of Integrated Care in the Community for Older Patients in Singapore. *Int J Integr Care*. 2022; 22: 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.6416>
- [22] Everink IHJ, van Haastregt JCM, Maessen JMC et al.: Process evaluation of an integrated-care pathway in geriatric rehabilitation for people with complex health problems. *BMC Health Services Res*. 2017; 17: 34. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1974-5>
- [23] Hutschemaekers GJM, Tiemens BG, de Winter M: Effects and side effects of integrated care: the case of mental health care in the Netherlands. *Int J Integr Care* 2007; 7: e31 <https://doi.org/10.5334/ijic.198>
- [24] Sadler E, Potterton V, Anderson R et al.: Service user, carer and provider perspectives on integrated care for older people with frailty, and factors perceived to facilitate and hinder implementation: A systematic review and narrative synthesis. *PLOS ONE* 2019; 14: e0216488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216488>
- [25] Gache K, Leleu H, Nitenberg G et al.: Main barriers to effective implementation of stroke care pathway in France: a qualitative study. *BMC Health Services Res*. 2014; 14: 95. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-95>
- [26] Balogh R, Wood J, Lunsy Y et al.: Care of adults with developmental disabilities – Effects of a continuing education course for primary care providers. *Canadian Family Physician* 2015; 61: e316-e323.
- [27] Everink IHJ, van Haastregt JCM, Evers SMAA et al.: An economic evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for older patients with complex health problems. *PLOS ONE* 2018; 13: e0191851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191851>
- [28] Kurpas D, Stefanicka-Wojtas D, Shpakou A et al.: The Advantages and Disadvantages of Integrated Care Implementation in Central and Eastern Europe – Perspective from 9 CEE Countries. *Int J Integr Care*. 2021; 21: 14. <https://doi.org/10.5334/ijic5632>
- [29] Kertész Gy, Kullmann L: Community based rehabilitation and its Finnish model [Lakóközösségi rehabilitáció és finn modellje] *Balneológia, Rehabilitáció* 1988; 9: 33-38. [Hungarian]
- [30] Kullmann L: Classification of functioning in the International Classification of Diseases 11th version. [A funkcióképesség kódolása a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11. verziójában.] *IME* 2019; 18(7): 12-14. [Hungarian]

A SZERZŐK BEMUTATÁSA

Megtalálható a **Cserhádi P, Kullmann L, Dénes Z.:** *Integrált rehabilitációs ellátás I. – Hazai előzmények, erősségek, gyengeségek* című közleményben az *IME* 2023/2. szám 22. oldalán.

A bariátriai műtétek egészségpolitikai szerepe a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő elhízott betegek ellátásában

Health policy implications of bariatric surgeries for the management of obese patients with type 2 diabetes

Dr. Kovács Gábor¹ ✉, Dr. Mohos Elemér², Dr. Kis János Tibor³, Dr. Tabák Ádám^{4,5,6},
Dr. Gerendy Péter⁷, Dr. Dózsa Csaba⁸, Dr. Dózsa Katalin⁹, Pettkó Judit¹⁰,
Ujhelyi Krisztina¹¹, Dr. Kaló Zoltán^{1,12}

¹Syreon Kutató Intézet, ²Csolnoky Ferenc Kórház, Sebészeti Centrum, Veszprém, ³Szent János Kórház, II. Belgyógyászati, Diabetológiai osztály, Budapest, ⁴Semmelweis Egyetem ÁOK Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest, ⁵Semmelweis Egyetem ÁOK Népegészségtani Intézet, Budapest, ⁶UCL Brain Sciences, University College London, London, ⁷Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, Budapest, ⁸Miskolci Egyetem Elméleti Egészségtudományi és Egészségügyi Szervező Intézet Tanszék, Miskolc, ⁹Háziorvosi Rendelő, Páty, ¹⁰Túlsúllyal Élők Társasága Egyesület, Budapest, ¹¹Medtronic Hungaria Kft., Budapest, ¹²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési Központ, Budapest

✉ gabor.kovacs@syreon.eu

Annak ellenére, hogy a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő elhízott betegek kezelése népegészségügyi prioritás, és a bariátriai műtétek jelentős egészségnyereséget és egészségügyi költségmegtakarítást eredményeznek e betegeknél, ezek a műtétek csak a magánfinanszírozott egészségügyi szektorban érhetők el egy szűk, vagyonos réteg számára. Számos akadály gátolja az elhízott cukorbetegknél végzett bariátriai műtétek széles körű elterjedését, így az egészségpolitikai döntéshozók támogatásának hiánya, a bariátriai műtétek szerepének meghatározatlansága az egészségügyi rendszerben, ebből következően az ilyen műtétek közfinanszírozásának hiánya, közfinanszírozott kapacitások korlátozottsága, valamint a szakmai kompetenciák kidolgozatlansága. A szerzők ezen korlátok áthidalására tesznek konszenzusos javaslatot.

Kulcsszavak: bariátriai műtét, elhízás, obesitas, 2-es típusú diabetes

Despite the fact that the treatment of patients with type 2 diabetes and obesity present a public health priority and bariatric surgeries generate remarkable health gain and savings in health care costs in these patients, metabolic surgeries are accessible only in the private health care sector for a selected wealthy population. Several barriers hinder the widespread adoption of bariatric surgeries for diabetic patients living with obesity, including a lack of support from health policy-makers, limited clarity regarding the role of bariatric surgeries in the public health care system and consequently a lack of public funding for these surgeries, limited capacities of providers in the publicly financed health care system, and the limited elaboration of professional competencies. The authors aim to provide a consensus proposal to overcome these barriers.

Keywords: bariatric surgery, overweight, obesity, diabetes mellitus, type 2

BEVEZETÉS

Az elhízás egészségügyi jelentősége jól ismert [1, 2], gyakorisága pedig népegészségügyi problémává teszi: az elmúlt mintegy 40 évben az életkorra standardizált prevalenciája a Föld teljes népességében és Európában is a 3-szorosára növekedett [3]. Magyarország a legmagasabb prevalenciájú országok között foglalt helyet Európában: 2014-ben a 3., 2019-ben a 2. lett a túlsúly gyakoriságában [4]. Az elhízás és a diabetes kombinációja a 15 év feletti magyar populáció mintegy 3,5%-át sújtja, ami közel 300 000 személyt jelent, és közülük kb. 36 000 él súlyos elhízottsággal (morbid obesitas) (testtömeg-index [body mass index, BMI] ≥ 40 kg/m²) [5, 6].

A „European Association for Endoscopic Surgery” 2020-as klinikai irányelve [7] már a 30-35 kg/m² BMI tartományban is bariátriai műtétet javasol, ha a betegnek refrakter 2-es típusú diabeteze van. Ugyanakkor a „Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons” már 27,5 kg/m² BMI felett megfontolandónak tartja a beavatkozást [8].

A műtétek restrictiós típusa (pl. a sleeve gastrectomia [SG]) a gyomor térfogatát csökkenti, míg a malabsorptiós típusa (pl. a Roux-en-Y gyomor bypass-t [RYGB]) a vékonybél felszívó felületének egy szakaszát iktatja ki [9], és egyéb élettani mechanizmussal is javítja a vércukor-kontrollt [10-14]. A bariátriai műtétek csökkentik a mortalitást is [15], valamint a testsúlyra és a vércukor-háztartásra kifejtett hatásuk 5 éven túl is megmarad [16-19].

A bariátriai műtétek költséghatékonyságát a diabetes konzervatív kezelésével összehasonlítva számos elemzés mutatta ki, és ezek többségében a műtétek domináns eljárásnak bizonyultak, tehát úgy tudtak többlet egészségnyereséget elérni, hogy közben költséget takarítottak meg [20, 21].

A közelmúltban végzett hazai elemzés is dominánsnak találta a SG és a RYGB műtéteket a hagyományos diabetes-kezeléssel szemben, az obezitás mindhárom súlyossági kategóriájában [közlés alatt]. Az élethosszra számolt közfinanszírozói megtakarításhoz hozzáadva a műtét egészségnyereségének jelenleg hatályos költség-hatékonysági küszöbérték-átváltási rátával számított értékét [22], az elhízott cukorbeteg esetében minden egyes el nem végzett bariátriai műtét konzervatív számítások alapján legalább 18-21 millió Ft veszteséget jelent a társadalomnak (1. táblázat).

A fentiek ismeretében joggal merül fel a kérdés, hogy ha a bariátriai műtétek ilyen kedvező élettani változásokkal járnak – elsősorban az anyagcserére, de más szervrendszerek állapotára is – valamint bizonyítottan költséghatékonyak, sőt költségmegtakarító eljárások, miért nem alkalmazzuk őket széles körben Magyarországon az elhízott 2-es típusú diabeteses betegek terápiájaként. E műtétek magas ára és a közfinanszírozás hiánya okán nagyon egyenlőtlen eséllyel jutnak hozzá a rászoruló betegek: az eljárás Magyarországon gyakorlatilag csak a magánellátásban, egy szűk, vagyonos réteg számára érhető el. Ennek nemcsak az a következménye, hogy tovább romlik az elhízott cukorbetegek egészségi állapota, és növekszik a rossz és jó vagyoni helyzetű személyek egészségi állapota közti különbség, de jelentős többletkiadás is jelentkezik mind a betegek, mind a közfinanszírozó oldalán.

Jelen összefoglaló célja kettős: az elhízott cukorbetegek körében:

- bemutatni, hogy melyek a bariátriai műtétek szélesebb körű alkalmazását akadályozó legfontosabb tényezők, valamint
- megoldási javaslatokat megfogalmazni a feltárt akadályozó tényezők megszüntetésére.

A kézirat javaslata a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) 2022. szeptember 28-i ülésén elhangzott előadás („A bariátriai műtétek költséghatékonysága és egészségpolitikai jelentősége a 2-es típusú cukorbetegség kezelésében”) és az ezt követő diszkusszió kapcsán fogal-

mazódott meg. A META ülésen bemutatott egészség-gazdaságtani elemzés szerzői és az egészségpolitikai szakértők először az ülésen, majd később több körben folytattak megbeszélést a széles körű alkalmazás jelenlegi korlátairól és a lehetséges jövőbeli megoldásokról. Fontos kiemelni, hogy – területi korlátok miatt – a jelen közlemény szerzői a legfontosabb akadályozó tényezők ismertetésén túl csak azon megoldási javaslatokat kívánták röviden felvázolni, amelyekben teljes volt közöttük az egyetértés. Ugyanakkor nem volt és nem is lehetett céljuk a megvalósítás részletes kidolgozása.

A BARIÁTRIAI MŰTÉTEK SZÉLES KÖRŰ ALKALMAZÁSÁT GÁTLÓ TÉNYEZŐK

A szerzők 5 fő korlátozó tényezőt azonosítottak azzal kapcsolatosan, hogy egy kiemelt népegészségügyi jelentőségű területen jelentős egészségnyereséget és egészségügyi közkiadás-csökkenést eredményező technológiát miért ilyen korlátozott mértékben és az esélyegyenlőséget teljes mértékben figyelmen kívül hagyva alkalmaznak a magyar egészségügyi rendszerben (1. ábra).

- Az egészségpolitika jelenleg nem kezeli prioritásként az elhízott cukorbeteg műtét kezelését, ezért nem is teszi meg azokat a kezdeményező vagy legalább támogató lépéseket a megfelelő szakmai szereplők és finanszírozási döntéshozók felé, amelyek elengedhetetlenek az eljárás alkalmazása kapcsán jelentkező esélyegyenlőség felszámolásában.
- A bariátriai műtétek helye meghatározatlan a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszerben. Részletes szakmai irányelvek hiánya miatt definiálatlan az egyes betegcsoportok közötti prioritásképzés. Nem tisztázottak a betegutak – így nem kidolgozottak a betegek kivizsgálásának és utánkövetésének egységesített lépései sem. Mindezen szakmai információk elengedhetetlenek a finanszírozási elvek és protokollok lefektetéséhez.
- A rászoruló betegek számára a bariátriai műtétek jelenleg nem biztosítottak közfinanszírozott eljárásként, sem álta-

BMI tartományok *, kg/m ²	Egészségügyi közkiadások csökkentése, Ft** (A)	Egészségnyereség monetáris értéke, Ft*** (B)	A bariátriai műtétek jelenértéke, Ft (A+B)
30-34,9	10 165 894	12 795 581 (1,5 QALY)	21 537 681
35-39,9	8 155 594	11 597 811 (1,36 QALY)	18 327 760
40-50	7 543 883	12 505 108 (1,47 QALY)	18 623 032

*BMI tartományok a nemzetközileg elfogadott kategorizálás szerint [23, 24]

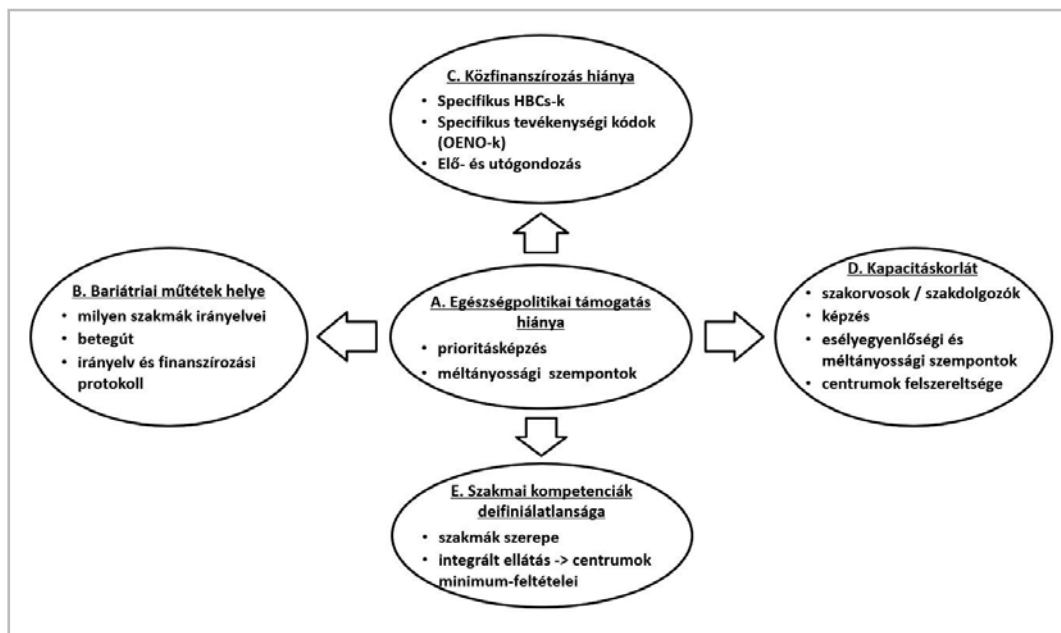
**A közelmúltban végzett hazai elemzés (amely a SG és a RYGB műtéteket a hagyományos diabetes-kezeléssel hasonlította össze) eredménye [közlés alatt]

***számítása: QALY x 1.5 x 1 főre eső GDP (2021-es adattal számolva) [22]

QALY: életminőséggel korrigált életkor (quality-adjusted life years)

1. táblázat

A bariátriai műtétek jelenértéke az elhízott cukorbeteg kezelésében



1. ábra
A bariátriai műtétek széles körű elterjedését akadályozó tényezők

lános finanszírozási technikával (pl. fekvőbeteg szakellátásban, homogén betegcsoport [HBCs] alapú finanszírozásként vagy esetfinanszírozásként), sem egyedi méltányosság alapján. Így e műtétek csak egy szűk, vagyonos réteg számára érhetők el.

- A bariátriai műtétek speciális sebészi tudást igényelnek, melyhez szorosan kapcsolódik a betegek kiválasztása, felkészítése és utógondozása. A hazai ellátórendszer korlátozott eszköz- és humánerőforrás-kapacitása megnehezíti, hogy a műtéteket a jelenleginél jóval szélesebb körben alkalmazzák.
- A szakmai kompetenciák és hatáskörök definiálatlansága miatt az ellátórendszer egyes szereplőinek feladata nincs egységes elvek mentén meghatározva, és nincs olyan intézményi multidiszciplináris munkacsoport, amely egyes betegek műtéti indikációját felállítsa.

MEGOLDÁSI JAVASLATOK

Az egészségpolitikai támogatás elősegítése

A szerzők véleménye szerint az egészségpolitikai döntéshozók elkötelezettsége nélkül nem várható a bariátriai műtétek szélesebb körű alkalmazása az elhízott cukorbeteg kezelésében. Ehhez a műtétek alábbi előnyeit kell tudatosítani az egészségpolitikai döntéshozók számára:

- A népegészségügyi teher csökkentése: A bariátriai műtétek eredményesen képesek csökkenteni az elhízott cukorbetegek jelentette, folyamatosan növekvő népegészségügyi terhet, mely az elvesztett életévekben, romló életminőségben, súlyos érrendszeri szövődményekben és a munkavégző képesség csökkenésében manifesztálódik. Ez azért is bír kiemelt jelentőséggel, mert hazánkban jelenleg az obezitást nem kezelik beteg-

ségként, és nem áll rendelkezésre a bariátriai műtétek eredményességével felérő egyéb obezitás terápia sem, amely a szövődményeket azokhoz hasonló mértékben lenne képes csökkenteni, illetve megelőzni. A jelenlegi kezelések részben a cukorbetegséget, részben az elhízás és a cukorbetegség szövődményeit célozzák, és mivel az okot nem képesek megszüntetni, élethosszig kell őket alkalmazni. A bariátriai műtétek viszont egy jelenleg hiányzó, alapvetően eltérő megközelítésű terápiás formával egészítenék ki a betegutakat, amelyek a szövődmények szempontjából is kiemelt jelentőségű preventív eljárást jelenthetnének.

- A fenntartható finanszírozás elősegítése a diabétesz kezelésében: A 2-es típusú cukorbetegség növekvő betegsége mellett az egy betegre eső kezelési költség is növekszik a korszerű gyógyszeres terápiák (pl. analóg inzulinok) egyre elterjedtebb alkalmazásával. Az érrendszeri szövődmények kései stádiuma (pl. vakság, végstádiumú vesebetegség, diabéteszes lábszárfekély miatti amputáció) egyre növekvő anyagi terhet ró az egészségügyi ellátórendszerre és a családokra. A bariátriai műtétek hozzájárulnak a cukorbetegség és szövődményei kezelésének fenntartható finanszírozásához.
- Az esélyegyenlőség növelése: Számos kutatás alapján a 2-es típusú cukorbetegség kialakulása és progressziója összefüggést mutat a szocio-ökonómiai státusszal [25-27]. A rosszabb anyagi helyzetű és hátrányos etnikai csoportokba tartozó családokban magasabb a betegség és szövődményeinek az előfordulása. Ugyanakkor a bariátriai műtétek az egyes magánszolgáltatóknál feltüntetett 1,8-2,2 millió forintos áron Magyarországon jelenleg csak azok számára hozzáférhető, akik kevésbé szorulnak rá az állami egészségügyi ellátórendszer által

nyújtott szolgáltatásokra, amely helyzetet változtatni kell.

- Relatív csekély beruházási szükséglet: Maguk a bariátriai műtétek nem jelentenek kiemelkedően nagy finanszírozási terhet az egészségügyi ellátórendszer számára, ráadásul az egyes műtétek kezdeti költsége a beavatkozás után 5 éven belül megtérül az egészségügyi ellátás költségeinek jelentős csökkentésével [20], ami sokkal rövidebb számos primer prevenció eljárás (pl. a HPV vakcináció) megtérülési idejéhez képest.

Az egészségpolitika elkötelezettsége nélkül egy multidiszciplináris területen nem lehet jelentős előrelépést elérni. Ilyen elköteleződésre van már példa más területeken (pl. onkológiai ellátás centrumokba szervezése), és a bariátriai műtétek jövőbeni helyzetének rendezéséhez és közfinanszírozási háttér kialakításához is feltétlenül szükséges az egészségpolitikai döntéshozók által összehívott országos hatáskörű multidiszciplináris bariátriai munkacsoport létrehozása. A munkacsoportba az érintett szakmák vezető képviselőin túl be kell vonni a releváns betegszervezeteket is. A munkacsoportnak támogatnia kell a bariátriai műtétekhez kapcsolódó eredmények és indikátorok közzétételét konferenciákon és tudományos folyóiratokban.

Fontos hangsúlyozni, hogy a cukorbetegséggel szövődött elhízás megelőzése és ellátása komplex folyamat, melyben a bariátriai műtétek csak az egyik komponenst jelentik. Ugyanakkor nagyon kevés olyan egészségügyi technológia van – talán csak a vesetranszplantáció [28, 29] –, amely közismerten jelentős egészségnyereséget eredményez az egészségügyi kiadások csökkentésével párhuzamosan.

A bariátriai műtétek szerepének meghatározása a közfinanszírozott egészségügyi rendszerben

A bariátriai műtéteknek több orvosi szakterület irányelvében is meg kell jelenniük, illetve a meglévő ajánlásokat célszerű lenne frissíteni a nemzetközi ajánlások figyelembevételével, különös tekintettel arra, hogy a legújabb ajánlásokban módosultak a műtéti indikációk korábbi BMI-küszöbértékei. Természetesen a szakmai irányelveknek érvényesnek kell lenniük a köz- és a magánfinanszírozás keretében elvégzett műtétekre is. A szerzők legalább az alábbi szakterületeken javasolják az irányelvek elkészítését és/vagy megújítását: sebészet, diabetológia, obezitológia, háziorvoslás, diéta, gyógytornász szakma. A szerteágazó feladatok és számos szakterület érintettsége miatt az előző pontban említett, az egészségpolitika által támogatott multidiszciplináris bariátriai munkacsoport lehet csak képes a feladatok összehangolására.

A leendő és/vagy megújított szakmai irányelvekben az alábbiak határozandók meg:

- Milyen betegkör számára javallt a bariátriai műtét, beleértve a köz- és magánfinanszírozott ellátást is?
- Melyek a műtéti indikáció szempontjai, többek között a BMI-kategóriák, a társbetegségek, az életkori korcsoportok és a sürgősség figyelembevételével?

- Mi a kivizsgálás menete, melyek a minimálisan szükséges kivizsgálási lépések, és ki végezze a kivizsgálást?
- Mi az utógondozás menete: milyen vizsgálatokat és milyen ütemezéssel kell elvégezni az utógondozás során, mely szakterület/szakember fogja össze az utógondozás folyamatát, probléma esetén mik a teendők, valamint a diabetológusnak és a háziornosnak hogyan kell részt vennie a posztoperatív gondozásban?
- Melyek az alkalmazandó műtéti technikák, és ezek megválasztásának kritériumai?

A szakmai irányelvekben meghatározott betegkörön belül az egészségpolitikai vezetés támogatásával létrehozott és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) részvételével működő multidiszciplináris bariátriai munkacsoport feladata annak meghatározása, hogy évente mely betegkört lehet a közfinanszírozott ellátás keretében kezelni.

A közfinanszírozás keretében végzett műtéteket érdemes a multidiszciplináris bariátriai munkacsoport által kijelölt centrumokra korlátozni. A centrumok minimumfeltételeinek meghatározásában figyelembe kell venni az eszköz- és infrastrukturális igényt, a szakmai team összetételét, és az elvárt éves műtéti esetszámot. A közfinanszírozott műtétek számát időben bővülő módon érdemes meghatározni, hiszen a közfinanszírozott műtői kapacitások jelenleg erősen korlátozottak, de a bariátriai centrumok fokozatos létrehozásával bővülni fognak. Az ajánlásoknak világosan meg kell határozniuk, hogy a korlátozott kapacitások mellett mely betegcsoport vagy betegcsoportok preferáltak (pl. olyan fiatal betegek, akikben még relatíve sok szövődmény előzhető meg, vagyis nagy a várható egészségnyereség, vagy olyan, súlyosan elhízott betegek, akik számára a műtét sürgősségi indikáció).

A fentiekén kívül megfontolásra érdemes egy, a bariátriai centrumok és a magán szolgáltatók által kötelezően töltendő betegregiszter létrehozása. A regiszter tartalmának részletes meghatározását egy pilot fázis után érdemes kidolgozni a személyes adatok védelmére vonatkozó hazai és EU jogszabályok figyelembevételével.

A bariátriai műtétek közfinanszírozásának kialakítása

A jelenlegi rendszerben a bariátriai műtét közfinanszírozásának optimális módszere a HBCs és a műtét felhasznált nagy értékű eszközök tételes kifizetésének kombinációja [30]. A távolabbi célok között szerepelhet egy „bundled payment” finanszírozási technika alkalmazása, mely prospektív módon alkalmazható a műtéti előkészítés és utógondozás multidiszciplináris ellátására is, de ennek kidolgozása későbbi feladat, és a műtét befogadásával ezt nem szabad megvárni. Később ugyancsak megfontolható a műtétek finanszírozása egynapos sebészet keretében. A szükséges HBCs-t kódkarbantartással kell létrehozni, a finanszírozás további részleteit pedig finanszírozási protokollban kell összefoglalni.

Fontos szempont a finanszírozás mértéke: ezt úgy kell meghatározni, hogy kellő fedezetet és motivációt jelentsen a bariátriai centrumoknak, mind a fekvőbeteg-ellátásra, mind a

műtéteket megelőző és azt követő járóbeteg-szakellátásra, hiszen a bariátriai műtét azon kivételes ellátások közé tartozik, amely viszonylag rövid távon képes csökkenteni az elhízott cukorbetegség egészségügyi kiadásait. A szerzők nem támogatják, hogy bármilyen formában is önrész terhelje a közfinanszírozott keretek között bariátriai műtetre kerülő betegeket, hiszen egyrészt a közellátás keretében biztosított fekvőbeteg-ellátásban ilyen eleve nem is létezik hazánkban, másrészt a kivizsgálás vagy az utógondozás alatti járóbeteg-szakellátásban a szokásos mértéket (ld. közfinanszírozott gyógyszerek térítési díja) meghaladó önrész torzítaná az esélyegyenlőséget és a méltányos hozzáférést.

A bariátriai centrumokkal a NEAK köt szerződést a közfinanszírozott ellátás keretében végzett műtétekre, akár előzetesen meghatározott éves volumenkeretek erejéig.

A bariátriai műtétek kapacitásainak fejlesztése

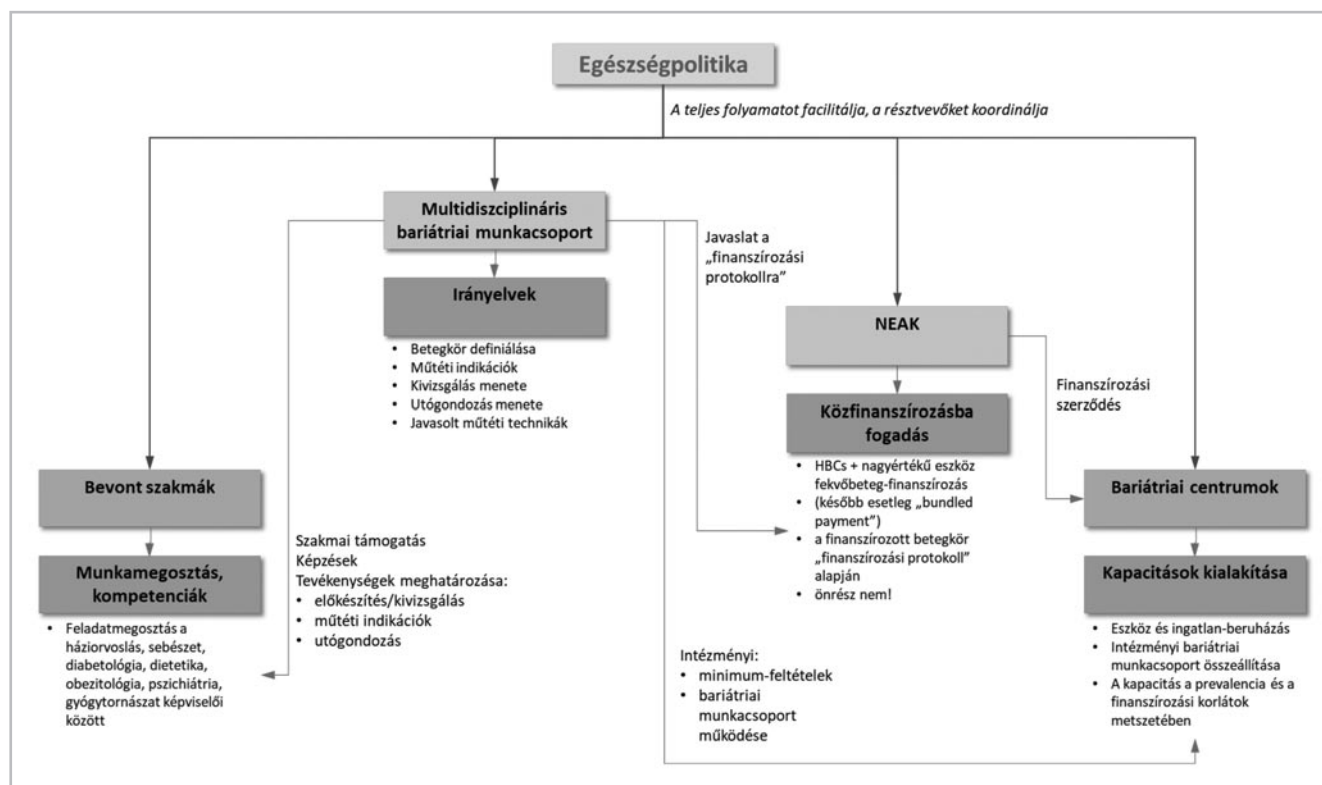
Az elhízott cukorbetegség számának várható növekedését epidemiológiai vizsgálatokkal lehet megbecsülni és monitorozni. A prevalencia és incidencia adatok, a finanszírozási korlátok és kapacitáskorlátok közös metszete határozza meg a közfinanszírozott ellátás keretében ellátható betegek számát. Ebből a három tényezőtől az egészségpolitika a prioritásképzés keretében természetesen módosíthatja a rendelkezésre álló büdzsét, de növelni szükséges a rendelkezésre álló kapacitásokat új centrumok kijelölésével, vagy a meglévő centrumok kapacitásainak bővítésével.

A közfinanszírozott ellátás keretében biztosított bariátriai műtétek kapacitásainak folytonos tervezését két szempont alapján kell meghatározni: egyrészt a rendelkezésre álló büdzséről és a finanszírozási protokoll alapján becsült éves műtétszám, másrészt a centrumonkénti szakmailag minimálisan elvárható éves műtétszám. Emellett fontos méltányossági szempont, hogy a centrumok lehetőleg egyenletesen fedjék le az országot, kiemelt figyelmet fordítva a hátrányos helyzetű régiókra, ahol extra elő- és utógondozási kapacitáshoz jutni is számolni kell az átlagosnál rosszabb szociális helyzetű lakosság alacsonyabb iskolázottságából fakadó többletgondozási és edukációs feladatok miatt.

A bariátriai centrumok épület- és eszközberuházási igényei nem túl speciálisak (nagyobb teherbírású ágy, speciális laparoszkopec torony), inkább a bariátriai team humán erőforrásának korlátozottsága eredményezi a műtéti kapacitások korlátozottságát. A sebészeti és aneszteziológiai kapacitások növelése, és többszaktás elő- és utógondozói csapatok kialakítása és humán erőforrás-fejlesztése jelentős kihívás, amely nem oldható meg „alulról”, egészségpolitikai koordináció nélkül. A kapacitásokat olyan mértékben kell fejleszteni, hogy a bariátriai műtétek ne vegyék el a helyet az egyéb műtétek előtt, tehát ne azok rovására végezzenek bariátriai műtéteket.

Szakmai kompetenciák meghatározása

Az előző pontokban rögzített változások nem eredményezhetnek hatékonyan működő rendszert a szakmai kom-



2. ábra

A bariátriai műtétek fejlesztésének megoldási térképe

petenciák és hatáskörök további pontosítása nélkül. A multidiszciplináris bariátriai munkacsoportnak ki kell jelölni azokat a lehetséges betegutakat, amelyeken keresztül a potenciális betegek eljuthatnak a műtétig a közfinanszírozott ellátás keretében. Ezen belül meg kell határozni, hogy ki utalhat be beteget egy bariátriai centrumba, mikor és ki végezze a preoperatív kivizsgálást (beleértve a laboratóriumi, képalkotó és szakorvosi vizsgálatokat is), és milyen módon állítsa fel az indikációt az intézményi bariátriai team, valamint a fentiek milyen sorrendben kövessék egymást.

Meg kell határozni, hogy a bariátriai centrum a műtét után milyen hosszan végezze a gondozást, mikor adja át a centrum a beteg gondozását a háziorvosnak, mi legyen a gondozási együttműködés a bariátriai centrum és a háziorvos között, melyek azok a kórállapotok, amelyek jelentkezésekor mindenképpen vissza kell utalni a beteget a centrumba.

A fentiek alapján részletesen be kell mutatni a háziorvos, a diabetológus, a gyógytornász, a dietetikus, valamint a bariátriai centrum sebésze és egyéb szakemberei feladatát a beteg teljes ellátása során. Külön meg kell határozni, hogy a teljes ellátásban mi lehet, és mi legyen a betegszervezetek feladata.

A betegutak meghatározása nem egyszeri feladat, fontos az implementáció monitorozása és az észlelt jelentősebb problémák megoldási javaslatainak, a betegutak módosításának a kidolgozása. A cukorbetegséggel társuló obezitás jellegéből fakadóan – hiszen multimorbid állapotról van szó – kiemelkedő a gondozás és a betegdukáció szerepe már a műtét előkészítésben is, különösen pedig a rövid és hosszú távú posztoperatív gondozásban. Ebben fontos szerep hárul a háziorvosra, a betegszervezetekre, a dietetikusra, a gyógytornászra. A 2. ábra a kidolgozandó feladatok komplex megoldási térképét mutatja.

ÖSSZEZÉS

A hazai lakosság egészségi állapotának mutatói jelentősen elmaradnak az Európai Unió átlagától. Ezzel párhuzamosan az esélyegyenlőséget és méltányos hozzáférést biztosító állami egészségügyi rendszerünk fenntartható finanszírozása egyre nagyobb terhet ró az egészségpolitikai döntéshozókra. Ilyen kihívások mellett egyértelmű, hogy a 2-es típusú cukorbetegséggel szövődött obezitás, mint népegészségügyi szempontból kiemelkedő jelentőségű morbiditás elleni küzdelemben növelni kell a bariátriai műtétek szerepét az állami egészségügyi rendszerben (bevonva a SG és a RYGB műtéti technikát a már finanszírozott, de korszerűnek nem tekinthető és egyre ritkábban végzett gyomorgyűrűműtét mellett), hiszen jelentős egészségnyereséget eredményeznek, és csökkentik az egészségügyi kiadásokat. Számos szakma együttműködése, a köz- és magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások szerepének újragondolása, és az esélyegyenlőség növelésének szükségessége miatt a bariátriai műtétek a hazai egészségügyi rendszer aktuális fejlesztéseinek egyik pilot területe lehet.

Anyagi támogatás

A Syreon Kutató Intézet köszöni a Medtronic Hungaria Kft.-nek a tanulmány elkészítéséhez nyújtott anyagi támogatását. A szerzők a független véleményüket fogalmazták meg, és a tanulmány tartalmáért felelősséget vállalnak.

Érdekeltségek

Valamennyi szerző kijelenti, hogy a munkahelyi és szakmai elkötelezettségen túl nincsen további személyes érdekeltége.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Kinlen D, Cody D, O'Shea D: Complications of obesity. *QJM*. 2018;111(7):437-43. doi:10.1093/qjmed/hcx152
- [2] Taieb AB, Roberts E, Luckevich M et al.: Understanding the risk of developing weight-related complications associated with different body mass index categories: a systematic review. *Diabetol Metab Syndr*. 2022;14(1):186. doi:10.1186/s13098-022-00952-4
- [3] Boutari C, Mantzoros CS: A 2022 update on the epidemiology of obesity and a call to action: as its twin COVID-19 pandemic appears to be receding, the obesity and dysmetabolism pandemic continues to rage on. *Metabolism*. 2022;133:155-217. doi:10.1016/j.metabol.2022.155217
- [4] Eurostat: Body mass index (BMI) by sex, age and educational attainment level. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_bm1e&lang=en. 2022 Accessed: June 08, 2022.
- [5] Eurostat: European Health Interview Survey. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey.2022> Accessed: June 08, 2022.
- [6] Központi Statisztikai Hivatal: Statinfo. <https://statinfo.ksh.hu/Statinfo/themeSelector.jsp?lang=hu>. 2022 Accessed: July 18, 2022.
- [7] Di Lorenzo N, Antoniou SA, Batterham RL et al.: Clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) on bariatric surgery: update 2020 endorsed by IFSO-EC, EASO and ESPCOP. *Surg Endosc*. 2020;34(6):2332-58. doi:10.1007/s00464-020-07555-y
- [8] Telem DA, Jones DB, Schauer PR et al.: Updated panel report: best practices for the surgical treatment of obesity. *Surg Endosc*. 2018;32(10):4158-64. doi:10.1007/s00464-018-6160-x
- [9] Noria SF, Grantcharov T: Biological effects of bariatric surgery on obesity-related comorbidities. *Can J Surg*. 2013;56(1):47-57. doi:10.1503/cjs.036111

- [10] Cresci B, Cosentino C, Monami M et al.: Metabolic surgery for the treatment of type 2 diabetes: A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Obes Metab.* 2020;22(8):1378-87. doi:10.1111/dom.14045
- [11] Ding L, Fan Y, Li H et al.: Comparative effectiveness of bariatric surgeries in patients with obesity and type 2 diabetes mellitus: A network meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev.* 2020;21(8):e13030. doi:10.1111/obr.13030
- [12] Mosinski JD, Kirwan JP: Longer-Term Physiological and Metabolic Effects of Gastric Bypass Surgery. *Curr Diab Rep.* 2016;16(6):50. doi:10.1007/s11892-016-0747-1
- [13] Rubino F: Bariatric surgery: effects on glucose homeostasis. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2006;9(4):497-507. doi:10.1097/01.mco.0000232914.14978.c5
- [14] Yu J, Zhou X, Li L et al.: The long-term effects of bariatric surgery for type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized evidence. *Obes Surg.* 2015;25(1):143-58. doi:10.1007/s11695-014-1460-2
- [15] Syn NL, Cummings DE, Wang LZ et al.: Association of metabolic-bariatric surgery with long-term survival in adults with and without diabetes: a one-stage meta-analysis of matched cohort and prospective controlled studies with 174 772 participants. *Lancet.* 2021;397(10287):1830-41. doi:10.1016/S0140-6736(21)00591-2
- [16] Brethauer SA, Aminian A, Romero-Talamas H et al.: Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg.* 2013;258(4):628-37. doi:10.1097/SLA.0b013e3182a5034b
- [17] Cohen RV, Pinheiro JC, Schiavon CA et al.: Effects of gastric bypass surgery in patients with type 2 diabetes and only mild obesity. *Diabetes Care.* 2012;35(7):1420-8. doi:10.2337/dc11-2289
- [18] Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A et al.: Metabolic surgery versus conventional medical therapy in patients with type 2 diabetes: 10-year follow-up of an open-label, single-centre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2021;397(10271):293-304. doi:10.1016/S0140-6736(20)32649-0
- [19] Sjostrom L, Peltonen M, Jacobson P et al.: Association of bariatric surgery with long-term remission of type 2 diabetes and with microvascular and macrovascular complications. *JAMA.* 2014;311(22):2297-304. doi:10.1001/jama.2014.5988
- [20] Dózsa C, Illés L, Lázár Gy et al.: Cost-benefit analysis of bariatric surgeries in Hungary [Bariátriai műtétek költség-hasznosság elemzése Magyarországon]. *IME – Az Egészségügyi Vezetők Szaklapja.* 2018;10:57.
- [21] Jordan K, Fawsitt CG, Carty PG et al.: Cost-effectiveness of metabolic surgery for the treatment of type 2 diabetes and obesity: a systematic review of economic evaluations. *Eur J Health Econ.* 2022. doi:10.1007/s10198-022-01494-2
- [22] Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Szakmai Kollégium: Professional guideline of Ministry of Human Capacities on conducting health-economic analyses [Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészség-gazdaságtani elemzések készítéséhez és értékeléséhez]. http://metaweb.hu/wp-content/uploads/Eggazd_iranyelv_2021-2024.pdf. 2021 Accessed: July 18, 2022.
- [23] Centers for Disease Control and Prevention: Defining Adult Overweight & Obesity. <https://www.cdc.gov/obesity/basics/adult-defining.html>. 2022 Accessed: July 15, 2022.
- [24] World Health Organization: Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. 2021 Accessed: July 15, 2022.
- [25] Connolly V, Unwin N, Sherriff P et al.: Diabetes prevalence and socioeconomic status: a population based study showing increased prevalence of type 2 diabetes mellitus in deprived areas. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(3):173-7. doi:10.1136/jech.54.3.173
- [26] Hill-Briggs F, Adler NE, Berkowitz SA et al.: Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review. *Diabetes Care.* 2020;44(1):258-79. doi:10.2337/dci20-0053
- [27] Kyrou I, Tsigos C, Mavrogianni C et al.: Sociodemographic and lifestyle-related risk factors for identifying vulnerable groups for type 2 diabetes: a narrative review with emphasis on data from Europe. *BMC Endocr Disord.* 2020;20(Suppl 1):134. doi:10.1186/s12902-019-0463-3
- [28] Kalo Z, Jaray J, Nagy J: Economic evaluation of kidney transplantation versus hemodialysis in patients with end-stage renal disease in Hungary. *Prog Transplant.* 2001; 11(3):188-93. doi:10.1177/152692480101100307
- [29] Kalo Z, Kiss Z, Gerendy P et al.: Cost of Renal Replacement Therapy in Hungary, PUK14. *Transplantation.* 2010:A475.
- [30] Dózsa C, Illés L, Paszt A et al.: The need for public financing of bariatric surgeries in Hungary [A bariátriai sebészet társadalombiztosítási finanszírozásának szükségessége Magyarországon]. *IME – Az Egészségügyi Vezetők Szaklapja.* 2018;10:18.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Kovács Gábor általános orvosi diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen, Okleveles egészségpolitikai szakértő mesterdiplomáját az Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Karán szerezte. Csecsemő- és gyermekgyógyászat, és neonatológia szakvizsgával rendelkezik. 1991 és 2000 között a Semmelweis

Egyetem II. sz. Gyermekklinikáján és a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálatnál dolgozott. 2000 és 2006 között orvostudományi könyvkiadónál orvosszerkesztő volt. 2006 és 2016 között klinikai vizsgálatok tervezésével és lebonyolításával foglalkozott. A Syreon Kutató Intézetnél 2010 óta végez kutatói munkát. 2011-2019 között az ELTE TÁTK Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterképzésen oktatott. PhD disszertációját a koraszülöttség finanszírozói költségelemzéséből írja.



Dr. Mohos Elemér sebész szakorvos öt év ausztriai tapasztalatszerzés után 2010-ben végzett idehaza elsőként laparoscopos gyomor bypass és sleeve műtéteket. Azóta munkacsoportjával 1600 bariátriai beavatkozást végeztek, nemzetközi mércével is jó eredménnyel. A nemzetközi és saját eredmények

alapján a preferált műtéti típus a gyomor bypass, ennek aránya anyagukban több mint 90%. Munkatársaival az elmúlt években vezették be és végeznek rendszeresen revizionális (átalakító) beavatkozásokat gyakorlatilag az összes bariátriai műtét vonatkozásában. Tevékenységüket az Európai Obezitáskutató Szövetség (European Association for the Study of Obesity – EASO) magyarországi tagjaként folytatják.



Dr. Kis János Tibor Szegeden, a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen szerezte meg általános orvosi diplomáját 1998-ban, majd az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetben (ORFI), 2000 és 2020 között két év megszakítással a Betegápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórházában (BIR-BIK) dolgozott.

2004 és 2006 között az Egyesült Államokban, a Harvard Egyetemen tanított és a Joslin Diabetes Centerben végzett kutatómunkát, 2009 és 2020 között a BIR-BIK Belgyógyászati Centrumot vezette. 2009-2013 között a Lege Artis Medicinae folyóirat főszerkesztő helyettese. 2020-tól az észak-budai Szent János Centrumkórház Inzulinpumpa és szenzor központját vezeti. Publikációi diabetológiai jellegűek, PhD disszertációjának témája az 1-es típusú cukorbetegség immunológiája.



Dr. Tabák Ádám 1997-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. 1997-től klinikai orvosként, egyetemi tanársegédként, egyetemi adjunktusként, egyetemi docensként, majd 2021 óta kutatóprofesszorként dolgozik a Semmelweis Egyetem ÁOK, Belgyógyászati és Onkológiai Klinikáján. 2008 óta vezeti a klinikán a Diabetes Laboratórium munkáját. 1998-1999-ben a

Pittsburghi Egyetem Népegészségtani Tanszékén az Amerikai Diabetes Társaság kutatási ösztöndíjasaként (ADA Mentor Based Fellowship) folytatott tudományos tevékenységet. 2008. márciustól részállásban a University College London Népegészségtani Tanszékén a Whitehall II vizsgálatban epidemiológusként vesz részt. 2020. februártól a Semmelweis Egyetem ÁOK, Népegészségtani Intézetének igazgatóhelyettese. 2008-ban szerzett PhD fokozatot, 2020-ban habilitált. 2003-ban belgyógyászati, 2014-ben diabetológus szakvizsgát szerzett.



Dr. Gerendy Péter 1993-ban a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán orvosi diplomát szerzett, majd 1998-ban sebész szakvizsgát, 2005-ben egészségbiztosítás szakvizsgát tett. 2002-ben a Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Gazdálkodástudományi Karán orvos-közgazdász diplomát szerzett. 1994-től 5 évig se-

bésként dolgozott a komáromi Selye János Kórházban, majd egy éves, pénzügyi szektorban tett kitérő után 2000-től az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Finanszírozási Főosztályán osztályvezetőként, 2011-től az Állami Egészségügyi Ellátó Központban igazgatóként dolgozott. Jelenleg a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Speciális Finanszírozási Főosztályát vezeti, ahol a tételes elszámolású eszközök és nagyértékű műtéti eljárások, valamint az eszközök és eljárások egyedi méltányossági ügyeinek finanszírozásával foglalkozik.



Dr. Dózsa Katalin Mária 1999-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Egészségügyi szakmenedzser másoddiplomát szerzett 2002-ben, részt vett a Semmelweis Egyetem EMK változtatás menedzsment kurzusának tananyag fejlesztésében és az ahhoz kapcsolódó kutatómunkában. Házirovtan

szakorvosi, majd diabetológia licenc képesítést szerzett, jelenleg főállásban családorvosként dolgozik Pátyon, praxisa

a Semmelweis Egyetem Családorvostani és Ápolástani Tanszékeinek oktató praxisa. 2011-2014-ig az Egészségügyért Felelős Államtitkárságon dolgozott, részt vett az első ágazati bértárgyalások koordinációjában, a praxisközösségi fejlesztések elindításában. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ tudományos munkatársa, a Magyar Diabetes Társaság Családorvosi Munkacsoportjának vezetőségi tagja, a Házirovtanok Online Szövetségének vezetőségi tagja, a Családorvos Kutatók Országos Szövetségének tagja



Pettkó Judit okleveles szervező vegyészmérnöki diplomáját a Budapesti Műszaki Egyetem Vegyészmérnöki Karán szerezte. A Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Főiskolai Ka-

rán Európai Uniós szakközgazdászai képzettséget szerzett. 2014-től képviseli a túlsúllyal élők érdekeit. A Túlsúllyal Élők Társasága Egyesület betegszervezetnek elnöke, a European Coalition for People living with Obesity betegszervezet Treasurer-je.



Ujhelyi Krisztina tanár, közgazdász és egészségügyi manager diplomával rendelkezik. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Manager szakán 2014-ben végzett, ahol az egészségügyi rendszer egészéről, összefüggéseiről, finanszírozásáról szerzett ismeretei, valamint az iparág különböző területein szerzett tapasztalatai széles körű, felelős és kreatív gondolkodást biztosítanak számára. 20+ év

szakmai tapasztalattal rendelkeznek az egészségügyi iparágban (innovatív multinacionális környezetben kihívásokkal teli üzleti felelősséggel, számos vezetői, értékesítési, marketing és beszerzési pozícióban, állami szektorban tanácsadó, privát egészségügyi szolgáltatói tapasztalat), valamint diplomata környezetben is dolgozott. Jelenleg Market Access, Kormányzati Kapcsolatok, és nagy értékű berendezések üzletág vezetőjeként dolgozik a Medtronic innovatív orvostechnikai cégnél.



Dr. Kaló Zoltán a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Technológiaértékelő és Elemzési központjának egyetemi tanára és az Egészségügyi Technológia Értékelés doktori program vezetője, valamint a Syreon Kutató Intézet alapítója és vezetője. Három évtizedes egyetemi és versenyszférában eltöltött szakmai pályafutásának legnagyobb eredménye a kelet-európai régió első egészség-gazdaságtani

posztgraduális képzésének létrehozása és működtetése volt társvezetőként az Eötvös Loránd Tudományegyetemen. Pályája során számos tudománypolitikai pozíciót töltött be, többek közt volt az ISPOR igazgatója és közép-kelet-európai szervezetének alapító elnöke, valamint a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság alapító elnöke. A Magyar Személyre Szabott Medicina Társaságnak az alapítás óta elnökségi tagja. 2021-ben megkapta az ISPOR Marilyn Dix Smith Leadership díját.

Dr. Dózsa Csaba szerzői bemutatása megtalálható a Dózsa Cs et al: *Javaslat az egészségügyi ellátással vagy lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladások hatékony gyógyszeres terápiájának egészségbiztosítási finanszírozására Magyarországon* című közleményben az IME 2023/3. szám 29. oldalán.

Javaslat az egészségügyi ellátással vagy lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladások hatékony gyógyszeres terápiájának egészségbiztosítási finanszírozására Magyarországon

Proposal for social health insurance financing of effective drug therapy of healthcare and ventilation associated pneumonia in Hungary

Dr. Dózsa Csaba László¹ ✉, Tóth Melanie Éva², Borcsek Barbara²,
Prof. Dr. Vályi-Nagy István³, Dr. Szlávik János³, Cseh Borbála^{1,2}

¹Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar

²Med-Econ Humán Szolgáltató Kft., Budapest

³Dél-pesti Centrumkórház – Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet (DPC-OHII)

✉ csaba.doza@invtel.hu

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések a betegek biztonságát veszélyeztető leggyakoribb veszélyforrások közé tartoznak: jelentős morbiditást, mortalitást és gazdasági terhet jelentenek elsősorban a betegek, a családok, és végső soron a teljes egészségügyi rendszer számára. E fertőzések több mint kétharmadát bakteriális eredetű kórokozók okozzák. Az utóbbi évtizedekben az egészségügyi ellátás különböző szinterein és szintjein aggodalomra okot adó gyorsasággal terjedő multidrog-rezisztens (számos antibiotikummal szemben ellenálló) kórokozók tovább nehezítik ezeknek a kórképeknek a hatásos és gyors kezelését. Annak ellenére, hogy jelentős előrelépések történtek a kiváltó okok megismerése és a megelőzés területén, a noszokomiális tüdőgyulladás hatékony kezelése továbbra is jelentős orvosi kihívás hazai és nemzetközi szinten egyaránt.

Jelen cikkünkben a *Pseudomonas aeruginosa* és egyéb Gram-negatív baktériumok okozta noszokomiális tüdőgyulladás célzott és korszerű gyógyszeres kezelésének közfinanszírozásba történő befogadására dolgoztunk ki javaslatot a Homogén Betegségcsoportok rendszerébe integráltan.

Kulcsszavak: noszokomiális tüdőgyulladás, multidrog-rezisztens baktérium, HBCs finanszírozás, gépi lélegeztetéssel összefüggésben fellépő pneumónia, célzott antibiotikum terápia

Healthcare- and ventilator-associated infections (HAI) are one of the most common threats to patient safety, causing significant morbidity, mortality and economic burden, primarily for patients, families and ultimately the entire healthcare system. More than two thirds of these infections are caused by pathogens of bacterial origin. Multidrug-resistant pathogens, which have been spreading at an alarming rate in recent decades at various settings and levels of healthcare, further complicate the effective and rapid management of these pathologies.

Despite significant advances in understanding the causes and prevention, the effective treatment of nosocomial pneumonia remains a major medical challenge both nationally and internationally.

*In this article, we developed a proposal for the inclusion of targeted and modern drug treatment of healthcare associated and ventilator-associated pneumonia caused by *Pseudomonas aeruginosa* and other Gram-negative bacteria in public funding. The funding scheme would focus on the creation of an additional Diagnosis Related Group – DRG that would promote the targeted and adequate use of high-cost anti-infective products for the appr. 1000 cases annually. The requirements on this new entitled DRG would be a compulsory microbiology histological examination based on a deep respiratory sample, (optionally including PCR testing), consultation by an infectologist, continuous monitoring of clinical symptoms, at institutional level having a regularly upgraded institutional protocol on anti-infective therapy. The proposed tariff per case would be between 3-4 thousand EUR, with a 7-14 minimum to normative days. Once implemented, these above listed funding conditions of healthcare institutions and university clinics will play a key role in the care of these serious infections. It also would be systematically improved through the targeted, transparent and controlled use of resources in a professional order defined in accordance with a modern infectious disease approach (updated institutional guidelines on the use of anti-infective agents and infection control strategies, an infectious disease advisory board, antibiotic stewardship, Infection Control and Antibiotic Committee supervision).*

Keywords: nosocomial pneumonia, multidrug resistance, DRG payment, Ventilator-Associated Pneumonia, targeted antibiotic therapy

BEVEZETÉS

Az egészségügyi ellátással összefüggő (korábbi szóhasználatban: nozokomiális) fertőzések a betegek biztonságát veszélyeztető leggyakoribb veszélyforrások közé tartoznak: jelentős epidemiológiai és gazdasági terhet jelentenek elsősorban a betegek, a családok, és végső soron a teljes egészségügyi rendszer számára, ezen belül súlyos terhet rónak az ellátó intézmények költségvetésére is [1].

A korszerű mikrobiológia és infektológia bővülő lehetőségeket kínál a betegségek diagnosztikájában és gyógyításában. Azonban – paradox módon – az utóbbi évtizedekben az egészségügyi ellátás különböző szintjein és szintjén aggodalomra okot adó gyorsasággal terjedő számos multidrogréziszens kórokozó tovább nehezíti ezeknek a kórképeknek a hatásos és gyors kezelését, életet veszélyeztető, súlyos állapotot idézve elő.

A probléma felismerésére, megelőzésére és orvoslására – a fejlett országokhoz hasonlóan – hazánkban is nagy figyelmet kell fordítanunk. Jelen cikkünk a nozokomiális tüdőgyulladás teljes vertikumából elsősorban a Gram-negatív (különösen a *Pseudomonas aeruginosa*) baktérium(ok) okozta kórházi (hospital-acquired pneumonia, HAP), illetve gépi lélegeztetéssel összefüggésben kialakult tüdőgyulladás (ventilator-associated pneumonia, VAP) antimikrobiális kezelésére fókuszál, az utóbbi években már a magyar beteg számára is elérhető, eredményesen alkalmazható, számos esetben életmentő terápiát jelentő, azonban a közfinanszírozás keretében még rendszerszerűen nem támogatott szerekre koncentráva [2, 3].

A hazai egészségpolitikai döntéshozók és szakemberek régóta keresik az egészségügyi rendszerben azokat a területeket, ahol hatékony és eredményes terápiák kaphatnak finanszírozást [4, 5]. Többéves kutató- és elemzőmunka alapján szakértői csoportunk kidolgozott egy olyan finanszírozási konstrukciót, melynek fő eleme egy új kiegészítő csillagos Homogén Betegségcsoport (HBCs), és amely a nagy költségvonzatú fertőzésellenes gyógyszerek célirányos és adekvát alkalmazását segíti elő, célzottan elvégzett mikrobiológiai vizsgálatokon alapulva. Ezt a javaslatcsomagot (továbbiakban: Javaslat) 2023 márciusában a Dél-pesti Centrumkórház (DPC) vezetése nyújtotta be a Belügyminisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága (BM EüÁT) és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) vezetőinek, mely szorosan kapcsolódik a Nemzeti Infektológiai Programhoz.

A Javaslatban foglaltak elfogadása és bevezetése egyrészt hozzájárulna a korszerű infektológiai szemlélet gyakorlati térnyeréséhez (feltételeként szerepel az antiinfektív terápiát és stewardship tevékenységet szabályozó intézményi irányelvek megléte, a korszerű mikrobiológiai diagnosztika alkalmazása és infektológiai konzílium igénybevétele), másrészt a források célzott, átlátható és ellenőrzött módon történő felhasználásával rendszerszinten javítaná a szóban forgó, súlyos fertőzések esetek ellátásában kulcsszerepet játszó intézmények, centrumok finanszírozását. A Javaslat

kidolgozásában figyelembe vettük hazai vezető infektológiai, valamint aneszteziológia és intenzív terápiás szakorvosok véleményét, melyek többek között kitértek az antibiotikum terápia pontos elnevezésére, az irányadó szakmai eljárásrend algoritmusára, a klinikai dokumentáció előírandó tartalmára, az indikációs területekre (BNO-tartomány), az alkalmazás humánerőforrás és technikai feltételeire, kontraindikáció lehetséges területeire.

CÉLKITŰZÉS

Ebben a cikkben bemutatásra kerülő Javaslat célja, hogy a súlyos, nehezen kezelhető infekciók – jelen esetben a HAP, valamint a VAP – megelőzése, felismerése és ellátása a hazai intenzív ellátó osztályokon a korszerű terápiás és diagnosztikai lehetőségek alkalmazásával valósulhasson meg, elsősorban az érintett betegek gyógyulási esélyeinek optimalizálása érdekében. Célunk továbbá, hogy az érintett betegek számára a leghatékonyabb, korszerű terápiákat biztosító intézmények indokoltan felmerülő magasabb gyógyszerköltségeik ellentételezésére megfelelő fedezethez juthassanak a HBCs teljesítménydíjazási rendszerén keresztül.

ADATOK ÉS MÓDSZER

Tanulmányunkban bemutatásra kerülnek az egészségügyi ellátással és lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladás nemzetközi nomenklatúrában alkalmazott definíciói és típusai, továbbá a legfontosabb epidemiológiai szakmai társaságok által kiadott terápiás irányelvek fontosabb üzenetei. A releváns klinikai, egészség-gazdaságtani szakirodalom és a hazai betegellátási adatok feldolgozása során törekedtünk a hazai terápiás gyakorlat és döntéshozatal szempontjából fontos kérdéseket kiemelni, így az irányelvek e kérdéskörökre épülve kerülnek bemutatásra.

HELYZETFELTÁRÁS ÉS SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Epidemiológia

Koulenti D. és társai által 2017-ben publikált tanulmányban a VAP 1000 lélegeztetett napra számolt incidenciája az elmúlt évtizedben 1,9 – 3,8 között mozgott. A prevalencia a HAP esetében 8,1%, a VAP esetében pedig jóval magasabb, 18,0%-os volt.[5]. Mortalitási adatokra az USA-ban 2018-ban közreadott adatok alapján arra lehet következtetni, hogy 17 betegből 1 veszíti életét a különböző nozokomiális fertőzések következtében. A fekvőbeteg-szakellátásban részesülő betegek 3,2%-át érintette a megbetegedés, ami 1,7 millió betegre vonatkoztatva 98 ezer fő elhalálozását jelentette (az Európai Unió országaiban ez az arány 4,6% és 9,3% közötti). Különösképp a VAP jelent népegészségügyi prioritású problémát, melynek nyers halálozási arányszáma 24% és 57%-közt mozog [6].

Gépi lélegeztetés kapcsán kialakult tüdőgyulladás esetén az összhalálozás 20% – 40%-os, míg a közvetlenül tüdőgyul-

ladás fertőzés okozta halálozás 13% körül mozgott. A magas direkt halálozásért jelentős arányban Gram-negatív baktériumok, köztük a *Pseudomonas aeruginosa* valamint az *Acinetobacter* spp. tehetők felelőssé [7]. A késői kialakulású VAP, ahol ezek a kórokozók kiemelt szerepet játszanak, jóval kedvezőtlenebb prognózist mutat: míg a koraihoz köthető halálozási kockázat 5,8%, a késői csaknem a duplája, 10,6%. Ez az utóbbi mutató tehát azt a többlethalálozási (attributable mortality) kockázatot mutatja, mely nem következett volna be a fertőzés hiányában [8, 9]. Hasonló hazai adatok sem publikált cikkekben, sem a Nemzeti Nosocomialis Surveillance Rendszer (NNSR) éves jelentésében, sem a NEAK éves riportjaiban nem találhatóak. Tudományos konferenciákon elhangzó előadások esetenként tartalmaznak szakemberek által gyűjtött helyi adatokat, ezek azonban nem reprezentatívak, és sajnálatos módon több mint egy évtizede nyilvánosan nem hozzáférhetők.

A nozokomiális tüdőgyulladás betegségterhe

A nozokomiális fertőzések világszerte a betegek szintjén megnövekedett mortalitást, az egészségügyi rendszerek szintjén pedig gazdasági terhet jelentenek. A legnagyobb egészségkárosodással korrigált életévvesztés (disability-adjusted life years, DALY) a nozokomiális tüdőgyulladásokhoz, valamint véráram-fertőzésekhez köthető (az összes fertőzés okozta veszteség több mint 60%-a), rámutatva ezen kórképek hatékony kezelésének fontosságára. Az EU tagállamaiban összesen 2,5 millió DALY veszteség köthető a nozokomiális fertőzésekhez, mely 100 ezer főre vetítve 501 DALY-t jelent. Az ilyen jellegű DALY veszteség legjelentősebb részét, 33,7%-át a tüdőgyulladások teszik ki. A HAP/VAP miatti egy betegre jutó DALY veszteség 2,2 (1,9 – 2,4), mely értéket csak az újszülöttkori szepszis okozta veszteség haladja meg [10].

A nozokomiális tüdőgyulladások minden alcsoportja, de különösen a gépi lélegeztetéssel összefüggésben fellépő tüdőgyulladás jelentősen növeli a pénzbeli és időbeni egészségügyi ráfordításokat. Amerikai, egyesült királyságbeli és európai kutatások számolnak be extra költségnövelő hatásáról: egy főre eső hospitalizációs költség (4x), fekvőbeteg-intézményben töltött ápolási napok száma (+11,5-13 nap), lélegeztetőgépen töltött idő (+7,5-11,5 nap) [11].

A nozokomiális tüdőgyulladás terápiájára vonatkozó szakmai stratégiák, ajánlások és jogszabályi háttér bemutatása

A HAP/VAP-gyanús betegeknél két különböző antimikrobiális döntéshozatali stratégia ismert: klinikai és mikrobiológiai. A klinikai döntéshozatali stratégia szerint az antimikrobiális kezelést célszerű megkezdeni, ha új HAP/VAP-ra gyanút adó tüdőinfiltrátum jelenik meg, továbbá legalább 2 kritérium teljesül az alábbi klinikai tünetekből: láz, produktív köhögés és megnövekedett fehérvérsejtszám (leukocytosis). A mikrobiológiai stratégia az antibiotikum terápia megkezdését a kvantitatív alsólégúti kultúra eredményétől teszi függővé. Modi AR és munkatársai kutatásukban összevetették

a két módszert, és megállapították, hogy a klinikailag megalapozott ellátási stratégia esetén a betegek hamarabb kaptak ugyan antibiotikum kezelést, ez azonban nagyobb eséllyel bizonyult utólag inadekvát választásnak. Egyidejűleg szignifikánsan magasabbnak adódott a mortalitás és a kórházban töltött idő [12].

Magyarországon hatályos, általános szakmai irányelv hiányában a Semmelweis Egyetem által kiadott antibiotikum-alkalmazási protokoll lehet elsősorban irányadó a nozokomiális fertőzések, így az egészségügyi ellátással vagy lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladás kezelése esetében. A protokollt 2009-ben adták ki, majd 2015-ben frissítette az intézmény Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottsága. A dokumentum a nozokomiális tüdőgyulladásokat három csoportban tárgyalja:

- korai: 3-5 napon belül jelentkező,
- kései: 5-7 napon túl jelentkező és
- intenzív osztályon szerzett nosocomialis pneumónia.

A protokoll a csoportosítás mellett az egyes indikációban alkalmazható antibiotikum hatóanyagokat, illetve brandeket is felsorolja. A Semmelweis Egyetem ajánlása a választható antibiotikumok körét jelzi, amelyek az állapot súlyossága és a várható kórokozó spektrum alapján választhatók. Az ajánlás kiemeli, hogy szekvenciális terápiára kell törekedni, mely fontos stewardship eszköz [13]. A jelen közlemény mondanivalója szempontjából azonban nem releváns, ugyanis egyrészt nem a korai terápiás szakaszról szól, másrészt a rezisztens kórokozók esetén nem, vagy alig hatékony szekvenciális terápiát választani.

Az egészségügyi intézményekre vonatkozóan külön jogszabály rendelkezik az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések monitoringjáról, felügyeletének szervezeti struktúrájáról és az adott helyzetnek megfelelően kialakítandó egyedi intézményi megelőzési stratégiáról. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről szóló 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet szerint meghatározott szakmai szereplők alkotta intézményi (IIAB), megyei (MIAB) és országos (OIAB) Infekciókontroll és Antibiotikum Bizottságok működnek. A jogszabály előírja, hogy minden fekvőbetegszakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatónak ágyszámtól függetlenül IIAB-ot kell működtetnie [14]. Az önbevalláson alapuló intézményi jelentések alapján meghatározott szerkezeti struktúrában készülnek el a megyei és országos infektókontroll jelentések. Az intézményi jelentések legfőbb kritikája, hogy az intézmények jelentési fegyelme nem egyszínlátszerű. Illetve a szakorvosi interjúk során az is megfogalmazódott, hogy a bizottságok jelenlegi működése felülvizsgálatra szorul.

Finanszírozási problémák

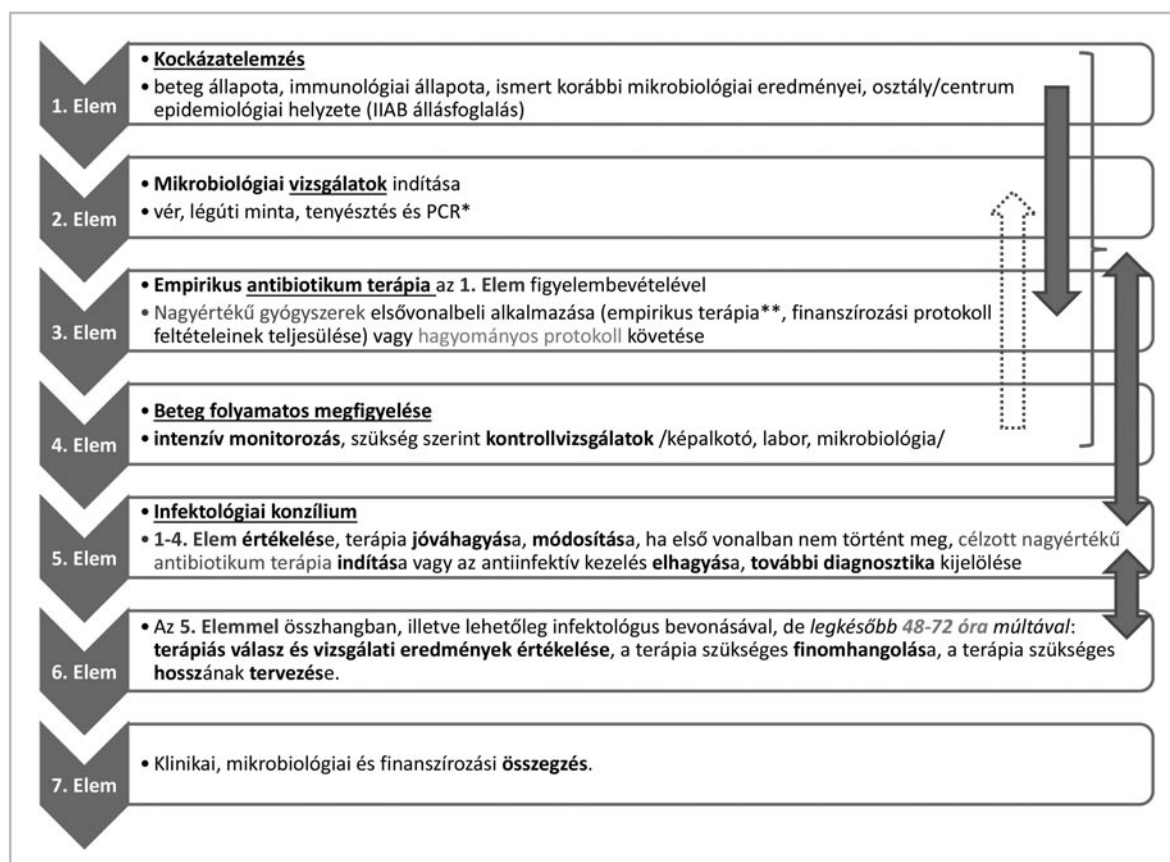
Az Intenzív terápiás osztályok által a nosocomialis tüdőgyulladás ellátására elszámolható „alap” HBCs-k ráfordítás elemzésébe a hagyományos antibiotikum kezelések gyógyszerköltségei néhány 10 ezer Ft-tal szerepelnek, ez azonban

nem fedezi a legújabb, innovatív, egyes rezisztens baktériumok ellen hatékony, de magas költségű gyógyszeres terápiák költségeit. Emiatt a szóban forgó infekciók ellátása növeli az Intenzív Terápiás Osztályok (ITO-k) működési veszteségét, sőt akár az egész kórház vagy egyetemi centrumok adósságállományát. Az ITO-n kezelt tüdőgyulladás kapcsán jelenleg általánosságban elszámolható 141-es HBCs család (04 141A, -C, -D, -E, és 04 142C) súlyszámai 0,86099 és 1,90842 között alakulnak, melyek triviálisan nem fedezhetik a korszerű antiinfektív terápiák 1-1,5 millió Ft közé eső eseti költségét. Még a 141C más kórházból átvett szövődmenyes tüdőgyulladások 1,90842 súlyszámú HBCs sem tűnik elégségesnek. Ennek jelenlegi NEAK díja 378 ezer Ft és nem veszi figyelembe az ágazati külön soron juttatott fix összegű orvosi és szakdolgozói béremeléseket.

JAVASLAT A TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI FINANSZÍROZÁSRA

A nozokomiális tüdőgyulladás korszerű kezelésének finanszírozhatósága érdekében javaslatot tettünk * kódú kiegészítő HBCs társadalombiztosítási (TB) finanszírozás kialakítására, melyben pontos algoritmus alapján meghatá-

rozásra került, hogy mikor kezdhető meg a kezelés nagyértékű antimikrobiális hatóanyagokkal. A kiegészítő HBCs, mint viszonylag ritkán alkalmazott finanszírozási megoldás értelme, hogy rá tud épülni a betegek alapvető ellátását és általános ellátási költségeit lefedő elszámolható számos HBCs-re, és kifejezetten az ettől jellemzően elkülöníthető kiegészítő vagy ráépülő – összegében jelentősen eltérő – terápia ráfordításait hivatkozni megfelelő szinten fedezni (enyhítve az ITO-k amúgy kórházakon, klinikákon belül jellemzően „veszteséges” működését). A javaslat-csomagban kidolgoztuk az ellátás igénybevételének finanszírozott szakmai rendjét, finanszírozási algoritmusát a javaslat tárgyát képező gyógyszeres terápiákra koncentráva. Valamint javaslatot teszünk egy új OENO kód kialakítására is, melynek javasolt megnevezése: „Kiegészítő beavatkozás súlyos klinikummal járó vagy súlyos kimenetellel fenyegető multirezisztens baktérium okozta HAP/VAP infekció ellátására”. Meghatározása: a multidrog-rezisztens *Pseudomonas aeruginosa* és egyéb Gram-negatív baktériumok okozta kórházi tartózkodással összefüggő (nozokomiális) tüdőgyulladások speciális antibiotikus kezelése. Módszere (leírása): intravénás antibiotikus kezelés speciális gyógyszerekkel. A HAP/VAP ellátásának algoritmusát az 1. ábrán szemléltetjük.



1. ábra

HAP/VAP esetek ellátásának finanszírozási algoritmus – kiegészítő *HBCs elszámolási algoritmus (forrás: saját szerkesztés)

Megjegyzések: * diagnosztikai célú PCR-vizsgálat elvégzése javasolt, de nem képezi az eljárás indikációjának kizáró alapját a PCR elvégzésének képessége fontos minősítési szempont, de nem lehet kizáró tényező.

** Empirikus/tapasztalati terápia keretein belül a javaslat tárgyát képező nagyértékű antibiotikumok adagolása a cost/benefit szempontok alapján jelenleg csak rendkívül speciális és ritka esetekben indokolt.

A programban részt vevő intézmények javasolt köre

A felállított ellátási algoritmus alapján az elszámolásra jogosult intézményi körnek az alábbi feltételeknek kell megfelelnie:

- Intenzív terápiás osztály és intenzív terápiás konzílium helyben elérhető;
- Infektológiai konzílium elérhető;
- Mikrobiológiai diagnosztika (Laboratórium) helyben vagy legfeljebb 2 órán belül, folyamatosan elérhető (pl.: kritikus szakmai feltétel az érintett antibiotikum vonatkozásában kvantitatív rezisztencia teszt 7/24 végzésének képessége);
- Rendelkezik az antiinfektív szerek alkalmazására vonatkozó részletes, rendszeresen karbantartott, hozzáférhető intézményi irányelvvel;
- Rendelkezik az infekciókontroll stratégiára vonatkozó részletes, rendszeresen karbantartott, hozzáférhető és a napi betegellátási gyakorlatot leképező intézményi irányelvvel.

Az egészségügyi ellátással és lélegeztetéssel összefüggő tüdőgyulladás hatásos terápiáját jellemzően a speciális diagnosztikai és terápiás eljárásokat elvégezni képes, magas szintű strukturális feltételrendszer mentén működő intézményekben célszerű biztosítani. Ezért Javaslatainkban kiindulásként a programban részt vevő intézményi körre, a III-as progresszivitási szintű intenzív terápiás osztályokkal rendelkező intézményeket tüntettük fel, azzal a megjegyzéssel, hogy szakmai és finanszírozói egyeztetés függvényében kerülhet meghatározásra az elszámolásra jogosult intézményi kör. Javaslatainkban kitértünk arra is, hogy más kórházból átvett betegek esetében – a beteg állapotának függvényében – az intézmények közötti áthelyezés súlyszám-megosztási szabályainak felülvizsgálatát célszerűnek látjuk elvégezni.

Az ITO-n végzett ellátás időtartama 7-14 ápolási nap között várható. A monitorozás folyamatos, az eredményes-ségre/eredménytelenségre utaló változásokat dokumentálni kell, emellett szükség lehet újabb mintavételre, illetve az eredmények és a klinikum függvényében a kezelés módosítására is.

Az alábbi táblázatban az egészségügyi személyzet minimális és átlagos munkaidejét, illetve a legfontosabb felhasználandó gyógyszerkészítményeket foglaljuk össze. A teljes HBCs kalkuláció és új tevékenységi, ún. OENO-kódok kialakítása esetén a humán erőforrás ráfordításának is nagy jelentősége van, különösen a megemelt szakdolgozói és orvosi bérek következtében, melyet fajlagosan az átlagbérekből a ráfordított idő (perc) alapján lehet számba venni. Az elszámolható gyógyszerek körét javasolt a Magyarországon hozzáférhető hatóanyagok körére kiterjeszteni, beleértve az EU-ban még nem törzskönyvezett (de egyedileg importálható) szereket is. A várható költségeket és súlyszámot az 1. táblázat természetes mutatói és azok értékei alapján javasoljuk számítani.

Besorolási javaslat

Alapvető besorolási tényezők az J15-J18 BNO-tartományban található (J1510 Pseudomonas okozta tüdőgyulladás, J1560 Egyéb anaerob, Gram-negatív baktériumok okozta tüdőgyulladás, J1590 Bakteriális tüdőgyulladás, k.m.n. J18 Tüdőgyulladás, kórokozó nem meghatározott, J1880 Egyéb tüdőgyulladás, kórokozó k.m.n.). A pontosabb elszámolhatóság és ellenőrizhetőség érdekében a kérelemben javasoljuk továbbá a J1561 – Multidrog Rezisztens Gram-negatív baktériumok okozta tüdőgyulladás új, összefoglaló BNO-kód kialakítását.

	Minimális összes munkaidő (perc)	Átlagos összes munkaidő (perc)
Orvos	1. Nap: 30 perc 2. Nap: 15 perc (anamnézis, konzultáció, gysz választás, sz.e. váltás, dokumentálás)	20 perc/nap/beteg
Egyéb egyetemi végzettségű diplomás	15 perc (mikrobiológusi, gyógyszerész konzultáció)	5 perc/nap/beteg
Egyéb (főiskolai végzettségű) diplomás (ideértve a főiskolát végzett ápolónót is)	3x90 perc (előkészítés, dokumentálás, betegmegfigyelés, zárás, elpakolás, dokumentálás)	270 perc/nap/beteg
Szkdolgozó	3x90 perc (nincs különbség)	270 perc/nap/beteg
Egyéb kisegítő dolgozó	(közvetett módon vesz részt a segédápoló és a takarító az AMS-ben)	(veszélyes hull. kezelés, felületfertőtlenítés, eszközfertőtlenítés)
Anyagok		
Gyógyszer, vér és vérvérvétel		
Megnevezés	Mennyiségi egység	Mennyiség (napi felhasznált ampullamennyiség)
J01DD52 - ceftazidime, combinations	ampulla	3x terápiás napok száma: 21-42
J01DH52 - meropenem és vaborbactam	ampulla	6x terápiás napok száma: 42-84
J01D154 - ceftolozane és enzyme inhibitor	ampulla	6x terápiás napok száma: 42-84
J01DH56 - imipenem, cilasztatin és relebaktám	ampulla	4x terápiás napok száma: 28-56
J01DI04 - cefiderokol	ampulla	6x terápiás napok száma: 42-84

1. táblázat
Munkaidők és legfontosabb gyógyszerek

A nozokomiális tüdőgyulladás esetén alkalmazandó korszerű antibiotikum terápia kasszahatása
5 éves kitekintéssel (millió Ft)

Szenáriók	Éves esetszám*	1. évre	2. évre	3. évre	4. évre	5. évre
A - Alacsony esetszám	800	882,2	882,2	882,2	882,2	882,2
B - Közepes esetszám	1 000	1 102,8	1 102,8	1 102,8	1 102,8	1 102,8
C - Magas esetszám	1 200	1 323,3	1 323,3	1 323,3	1 323,3	1 323,3

2. táblázat

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő kasszahatás számítása, millió Ft (2023-2027)

*Az éves esetszámot a vizsgált időszakban nem változtattuk

Költségvetési hatás

Finanszírozási javaslatunk költségvetési hatáselemzésében (Budget Impact Analysis – BIA) az alábbi szempontokat és paramétereket vettük figyelembe:

Az éves kórházi esetszámokat nozokomiális tüdőgyulladás esetén több szenárióban vizsgáltuk: A– Alacsony éves esetszám, B – Közepes éves esetszám és C – Magas éves esetszám. A költségvetési hatásnál a benyújtott Javaslat eredetileg 5 évet vesz figyelembe (2023-2027), melyet az elfogadáskor frissíteni szükséges az időbeli csúszás miatt.

A vizsgált eljárás esetén meghatározó további paraméter az intenzív terápiás osztályon eltöltött (ITO) ápolási napok száma, illetve egy kiszérelés átlagos költsége, melyből kiszámolható az egyszeri adagot jelentő ampullákra jutó költség. A komparátorok között a jelenleg használatos, hagyományos antibiotikum terápia és a további intenzív osztályos ápolási nap igénybevétel költségeit vettük figyelembe.

A hatáselemzésben paraméterezett táblázatokat dolgoztunk ki, tehát további verziók is gyorsan lefuttathatók a legfontosabb paraméterek esetében, mint az éves esetszám, a tervezett intenzív osztályos átlagos ápolási idők, vagy a gyógyszeres terápia napi átlagos költségének függvényében. A labor diagnosztika költségei között 1 teljes PCR vizsgálati díját (NEAK által finanszírozott PCR vizsgálati kódok összes pontszáma és a jelenlegi 1,98 Ft/pont értékkel számolva: 271,7 ezer Ft), a bakteriológia (1 kontingens 12 ezer Ft) és a hemokultúra költségeit (2x2 palack – 4 kontingens 19 ezer Ft) vettük figyelembe, melyek a nagyobb centrumok endofinanszírozása által kalkulált költségekkel korrigálhatók. A hatáselemzés során számoltunk továbbá a PCR-vizsgálatok betegeknél elvégzett arányával és a vizsgálatok ismétlésének gyakoriságával (újabb mintavételek szükségessége: terápia kiértékelése, hatóanyagmódosítás, spektrumszűkítés stb.).

Az egy esetre jutó gyógyszerköltség kalkulációja során figyelembe vettük a publikus dobozárak alapján az egy kiszérelési egységre (ampulla) jutó árakat, az egyes gyógyszerek napi terápiás szükségletét (1-1 gyógyszerre vagy gyógyszerkombinációra), és a terápiás napok átlagos számát, benne az ITO napok számával (esetlegesen beteg alpopulációkra bontva: egyes esetekben lerövidíthető).

A kasszahatás-elemzésben alapvetően az új – még rendszerszinten nem finanszírozott – hatóanyagok alkalmazásának többletköltségére koncentráltunk. A vizsgált eljárás esetén átlagban 10 ITO ápolási nappal és napi 3 ampullával számoltunk, mely ampullák átlagos díja 45,3 ezer Ft. Ennek következtében az éves kasszahatás az alábbiak szerint ala-

kul, évente nagyjából 1 milliárd Ft nagyságrendet jelentve az aktív fekvőbeteg szakellátás HBCs finanszírozási soráról (egyéb hatások változatlanúsága mellett) (2. táblázat).

Az elvégzett számítások és elemzőmunka tükrében az általunk javasolt kiegészítő *HBCs meghatározó paraméterei az alábbiak:

- súlyszám: 6 súlyszám (1,2 millió Ft jelenlegi áron számolva).
- normatív és alsó/felső határnap: 8 – 20 nap VAGY 0-0-0 (napi ellátásra vetített értékű súlyszám esetében) annyiszor, amennyi az ellátási napok száma.
- elszámolásra jogosult intézmények és azok munkahelye (*-os kiegészítő HBCs): Egyetemek, Megyei kórházak III-as progresszivitási szintű intenzív osztályok.

Megbeszélés és a kidolgozott javaslat korlátai

Jelen javaslatunk szakmai és finanszírozási szempontból egyaránt megfontolandó dilemmákból indult ki, melyek eldöntése a javaslat végső formájának kialakításáig – esélyegyenlőségi szempontból kiemelten – kulcsfontosságú kérdés. A finanszírozási konstrukciónak nem egy konkrét, tételesen finanszírozott gyógyszer támogatását kell biztosítania, hanem egy finanszírozási keretet, amely megadja a gyakorló szakorvosok vagy terápiás team-ek számára a lehetőséget az adott beteg számára leghatékonyabb antiinfektív terápia megválasztására, tekintettel arra, hogy a rezisztenciák és az emiatt fejlesztett antibiotikumok köre folyamatosan változik. Fontos, hogy kizárólag a jó kórházi ellátási gyakorlatokat ösztönözze (se a túlkezelésre, se az alulkezelésre ne sarkalljon), egyszersmind az általunk javasolt – a mikrobiológiai vizsgálatok elvégzésének kötelezettsége és az infektológus szakorvos bevonásával kialakított – terápiás stratégia minőségi előrelépést kell, hogy jelentsen, így a többletforrás biztosításával az egészségbiztosító érdemben járul hozzá az adekvát gyógyszeres kezelésekhez.

A finanszírozási algoritmust olyan módon kell kialakítani, hogy:

- az alkalmas legyen a HAP/VAP háttérben álló további baktériumok (pld. Acinetobacter baumannii) és egyéb kórokozók (szisztémás gombafertőzések) kezelésére.
- A jelenleg elérhető szerekre rezisztens további kórokozók kezelése is biztosított legyen (empirikus ill. célzott terápia), az innovatív antimikrobás szerek sora folyamatosan bővül, így az alábbi lista időszakos felülvizsgálata és szükség szerinti bővítése javasolható.

- A javasolt új kiegészítő *HBCs miniszteri rendeleti szabálykönyvi részleteiben a hozzáférhető, alkalmazható és finanszírozható hatóanyagok nevesítésre kerüljenek, valamint történjen meg ezek körének rendszeres frissítése (egyedi esetekben egyedi import készítmények alkalmazása).
- A későbbi tapasztalatok alapján ehhez hasonló kiegészítő HBCs-n alapuló finanszírozási algoritmus más nozokomiális indikációs körre is kiterjeszhető legyen (pld. az ITO-kon szintén nagy számban előforduló húgyúti fertőzések területére).
- Esetleges kockázatmegosztás szükségessége: gyógyszergyártók-finanszírozó-egészségügyi szolgáltató között.
- Ne ösztönözzön feleslegesen a nagyértékű gyógyszerek indokolatlan felhasználására.

Az MDR baktériumok okozta nozokomiális tüdőgyulladások gyógyszeres terápiáinak finanszírozási javaslatával kapcsolatban érdemi egyeztetések zajlottak a NEAK fekvőbeteg szakellátási finanszírozásért és kódkarbantartásért felelős vezetőivel és munkatársaival, és az alábbi kérdések, problémák merültek fel a fentiekben túl felvetett dilemmákon. Így például: nem tisztázott egyelőre, hogy amennyiben valamilyen okból megszakad a terápia – például a beteg nem reagál a kezelésre, vagy az általános rossz állapota következtében napokon belül meghal –, a tört idejű ellátási esetek hogyan kerülnek finanszírozásra. Ilyen esetekben általában 1-5 napon belül véget ér a terápia, azonban egy normál, teljes terápiához a betegnek legalább 7-8 napig szükséges kapnia a kérelemben szereplő antibiotikum készítmények (hatóanyagok) valamelyikét. Az egyszeri, kiegészítő, átlagköltségen alapuló díjazás önmagában nincs érdemi hatással a szakmailag elvárt vizsgálatok időbeni elvégzésére és az ez alapján történő terápiváltásokra, ami finanszírozói szempontból a költségesebb gyógyszerelések kapcsán még inkább fontos lenne. Emiatt a finanszírozási algoritmusban részletezett elvárásokkal együtt elengedhetetlen az egységes orvosszakmai eljárásrend alkalmazása is. „A nozokomiális pneumónia megelőzéséről” és „A kórházi antibiotikum-felhasználás továbbfejlesztésének és meghatározásának irányelveiről – ABS Antibiotikum Stratégiák” irányelv jelenleg is létezik, és bár érvényessége lejárt, elengedhetetlen ennek felülvizsgálata és frissítése [15].

A NEAK szakembereinek felvetése továbbá annak tisztázása, hogy a bemutatott döntési algoritmus napi gyakorlatban való rutinszerű alkalmazását, a szükséges vizsgálatok időbeni elvégzését jelenleg milyen belső szabályozás, dokumentumok biztosítják, illetve a jövőben ezt milyen intézkedésekkel tervezik a centrumok garantálni. Ennek megfelelően az adekvát és gyorsan elérhető diagnosztikai háttér (és tudás!) nélkül nem biztosítható, hogy csak azok kapják a gyógyszereket, akiknél a legnagyobb a várható hatékonyság. A Javaslatot alátámasztó Tanulmány emiatt természetesen rámutat a diagnosztika szakmaspecifikus nehézségeire, az ezzel kapcsolatos infrastruktúra-fejlesztésekre és a humán erőforrás-fejlesztési igényre is, a későbbiekben pedig fontos ennek a finanszírozási algoritmusnak a monitorozása és

rendszeres (évenkénti) kiértékelése. Fontos kihangsúlyozni, hogy véleményünk szerint a fentiekben részletezett besorolási tényezők összetettsége (igazolójelölések elvégzése, konzílium dokumentálása) és az új OENO kialakítása szinte kizárja (nagyon megnehezíti) annak lehetőségét, hogy nem megfelelő eseteket kódoljanak és számoljanak el ennek a kiegészítő HBCs-nek a keretében. Az eseteket a nagyértékű gyógyszerfelhasználással is alá kell támasztani, ami szintén megkönnyíti ennek ellenőrzését.

Tekintettel arra, hogy a Javaslat eljárásrendje progresszív betegellátási struktúrát feltételez, méltányossági kérdést vet fel azon esetek elszámolása, ahol a terápia a kiegészítő *HBCs elszámolására nem jogosult intézményekben kerül alkalmazásra. Emiatt kritikus fontosságú ennél a finanszírozási megoldásnál a kisebb kórházakból a nagyobb ellátó centrumokba áthelyezett esetek garanciális kivételként történő kezelése (az ilyen súlyos fertőzések esetek egy része már nem mozgatható, nem helyezhető át). Ellenkező esetben sérülhet az egyenlő hozzáférés esélye. Helyzetfeltárásunk alapján megállapítható, hogy a kiemelt finanszírozásra javasolt szolgáltatók köre a kérelemben szereplő nosocomiális pneumónia esetek 85-90%-át fedi le. Ennek érdekében az új *HBCs kalibrálása során a megjelölt betegkörben szükséges megvizsgálni az intézmények közötti áthelyezések adatait, ami egyúttal a súlyszám-megosztási szabályok javasolt felülvizsgálatára is lehetőséget ad. Az esélyegyenlőség további javításának érdekében a kiegészítő *HBCs elszámolásában nyitva kell hagyni annak lehetőségét, hogy további kórházak kapcsolódhassanak be a programba (és váljon lehetővé a javasolt kiegészítő *HBCs elszámolása), azoknál az intézményeknél, amelyekben évente kisebb számú eset fordul elő, ugyanakkor a fentiekben javasolt orvosszakmai, diagnosztikai és dokumentációs feltételeknek mégis meg tudnak felelni, függetlenül az éves esetszámtól.

A Javaslat kodifikációja során – és a javasolt kiegészítő *HBCs paramétereinek véglegesítését megelőzően – kiemelten fontosnak tartjuk, hogy a NEAK a saját finanszírozási adatbázisából a fenti algoritmust alkalmazva végezzen egy retrospektív adatlefutást 2022. teljes évében és 2023. I. félévében az intenzív osztályokon ellátott betegek körében, ellenőrizve és a frissítve a Javaslatban szereplő – a korábbi évek intézményi gyakorlata alapján – tervezett esetszámokat és várható költségvetési hatást.

Jelen tanulmányunkban bemutatott finanszírozási javaslat véleményünk szerint a későbbiekben kiterjeszhető lenne más infekciókontroll-tevékenységre is, pontos diagnózisok (BNO) meghatározása és további célzott tevékenységi kódok (OENO) kidolgozása mellett.

KÖVETKEZTETÉSEK

A javaslatcsomag 2023 márciusában benyújtásra került a BM EÜ ÁT-ra és a NEAK-hoz, azóta több körben zajlottak egyeztetések. Kíváncsok a végleges kiegészítő *HBCs és a hozzá kapcsolódó új OENO-kód mielőbbi kihirdetése, hogy a fentiekben kiemelt szakmai és ellátási célkitűzések meg-

valósuljanak. Reményeink szerint a döntéshozó részére beküldött Javaslóban a kidolgozott finanszírozási algoritmus és szükséges többletforrásigény megjelölése mellett a javasolt intézkedésektől várt előnyöket és gyakorlati megvalósulásuk garanciáit is sikerült bemutatni. Ösztönzők, külső feltételek biztosítása (humán erőforrás-kérdés, fenntartói eszközbeszerzés, antibiotikumbizottsági feladatok) érdekében más szervezetek (pl. felügyeleti szerv, szakmai kollégiumi tagozatok) bevonására is szükség van.

Anyagi támogatás: A kutatómunka megvalósításához az MSD Pharma Hungary Kft. részéről érkezett támogatás.

Érdekeltségek: Érdekeltség nem áll fenn.

Köszönetnyilvánítás: Köszönetünket fejezzük ki a szakorvosi javaslat kidolgozásban részt vevő szakorvosoknak, Dr. Iványi Zsolt Dánielnek és Dr. Hermann Csabának szakmai véleményük elkészítéséért, Dr. Sinkó János főorvos úrnak a témérdek szakmai iránymutatásért. Továbbá köszönjük Dr. Hankovszky Péter főorvosnak és Dr. Kristóf Katalinnak együttműködésüket, értékes megállapításukat, javaslataikat.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Koulenti D, Tsigou E, Rello J: Nosocomial pneumonia in 27 ICUs in Europe: perspectives from the EU-VAP/CAP study. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 36, 1999–2006 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10096-016-2703-z>
- [2] Sinkó J. Clinical aspects of severe infections caused by antibiotic-resistant Gram-negative bacteria. The Empire strikes back? [Antibiotikumokkal szemben ellenálló Gram-negatív baktériumok okozta súlyos fertőzések a klinikus szemével. A Birodalom visszavág?]. *Orv Hetil.* 2017 Oct;158(39):1528-1534. Hungarian. doi: 10.1556/650.2017.30858. PMID: 28942664. [Hungarian]
- [3] Kállai A, Kelemen M, Molnár N et al.: MICy: a Novel Flow Cytometric Method for Rapid Determination of Minimal Inhibitory Concentration. *Microbiol Spectr.* 2021 Dec 22;9(3):e0090121. doi: 10.1128/spectrum.00901-21. Epub 2021 Dec 8. PMID: 34878335; PMCID: PMC8653823.
- [4] Dózsa Cs: Outcome-based resource allocation [Eredményalapú forrásallokáció] In: Bodrogi, József (szerk.) A magyar egészségügy: társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép Budapest, Magyarország, Semmelweis Kiadó, (2010) pp. 82-123., 42 p. [Hungarian]
- [5] Dózsa Cs: Experience and incentives of financing techniques in the public financing of the health system in Hungary [A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában] *IME.* 2005; 2005/4: 18-22. [Hungarian]
- [6] Haque M, Sartelli M, McKimm J, et al.: Health care-associated infections – an overview. *Infect Drug Resist.* 2018;11:2321-2333. Published 2018 Nov 15. doi:10.2147/IDR.S177247
- [7] Micek ST, Wunderink RG, Kollef MH et al.: An international multicenter retrospective study of *Pseudomonas aeruginosa* nosocomial pneumonia: impact of multidrug resistance. *Crit Care* 2015; 19: 219.ce surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill.* 2018 Nov;23(46)
- [8] Timsit JF, Esaïed W, Neuville M et al.: Update on ventilator-associated pneumonia. *F1000Res.* 2017 Nov 29;6:2061. doi: 10.12688/f1000research.12222.1. PMID: 29225790; PMCID: PMC5710313.
- [9] Melsen WG, Rovers MM, Groenwold RHH et al.: Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies. *Lancet Infect Dis.* 2013; 13(8): 665–71.
- [10] Cassini A, Plachouras D, Eckmanns T, et al: Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS Med* 13(10): e1002150. 2016 <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- [11] Kollef MH, Chastre J, Clavel M et al.: A randomized trial of 7-day doripenem versus 10-day imipenem-cilastatin for ventilator-associated pneumonia. *Crit Care.* 2012 Nov 13;16(6):R218. doi: 10.1186/cc11862. PMID: 23148736; PMCID: PMC3672596.
- [12] Modi AR, Kovacs Cs: Hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: Diagnosis, management, and prevention. *Cleve Clin J Med.* 2020 Oct 1;87(10):633-639. doi: 10.3949/ccjm.87a.19117. PMID: 33004324.
- [13] Semmelweis Egyetem antibiotikum terápiás protokoll, 2016.
- [14] 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0900020.eum>
- [15] Gyimesi N, Süle A. (2018) A klinikai gyógyszerész lehetőségei a felelős antibiotikum politika kialakításában. Kórházi klinikai szakgyógyszerész képzés. Semmelweis Egyetem, Jegyzet és előadásanyag. <https://semmelweis.hu/gytk/files/2018/05/Gyimesi-Szakkepzes-20180407.pdf>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász. Egészség- gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán szerezte. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a Gyógyító-megelőző ellátás területén 2002-től főigazgató-helyettesként.

2005. május és 2006. június között az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2010 szeptem-

berétől és jelenleg is főállásban a Miskolci Egyetem egyetemi docense, az Egészségügyi Szervezés Szak szakfelelőse. 2000-től a Debreceni Egyetem külső óraadó oktatója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében, majd 2022-ben egészségtudományi témakörben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2004-2006-ban, 2011-2012-ben, majd 2016-2017 között – a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) elnöke volt, a társaság egyik alapító tagja. 2006-tól az IME Szerkesztő bizottságának a tagja. 2006-ban hozta létre a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. Tanácsadó céget.



Tóth Melanie 2013-ban szerezte diplomáját az ELTE Egészségpolitika, tervezés és finanszírozás szakán. 2014-2017. között az Emberi Erőforrások Minisztérium Egészségügyért Felelős államtitkárságán alapellátási referens-

ként dolgozott, majd az „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című EFOP-1.8.0. projekt módszertani központjában. Jelenleg a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. egészségügyi elemzője, adatbázisok kezelője, online kérdőívek szerkesztését és feldolgozását is végzi.



Dr. Szlávik János 1986-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Azóta a Szent László Kórházban, jelenleg Dél-pesti Centrumkórház, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézetben dolgozik, 2016 óta az Infektológiai Osztály vezető főorvosa. A HIV/AIDS betegség hazai megjelenése óta vesz részt a HIV-fertőzöttek klinikai

ellátásában. Belgyógyász, infektológus, a trópusi betegségek szakorvosa. Tudományos munkája során több száz előadást

tartott, száznál több nemzetközi és magyar közlemény, könyv és könyvfejezet szerzője a HIV/AIDS és a trópusi betegségek témakörében, több mint 60 nemzetközi klinikai vizsgálat kutatásvezetője. Batthyány-Strattmann László-, Radnóti Miklós-, Gengersich Antal-, Kórházért díjas, IME Év Előadója első helyezettje. 1992 és 2016 között a PLUSS Alapítvány kuratóriumának elnöke, 2011-től a Magyar STI Társaság alelnöke, 2017-ben a Pozitív Élet Alapítvány kurátorává választották. 2019-től a Pro Infektológia Alapítvány szakmai tanácsadója. A Szakmai kollégiumok Infektológiai Tagozatának elnöke 2020 óta.



Cseh Borbála diplomás ápoló, egészségügyi menedzser és egészségügyi szakmenedzser, a Med-Econ Kft ügyvezetője. Kórházi, közvetlenül a betegellátásban, ágy mellett eltöltött éveit ápolási intézményvezetőként fejezte be, majd 17 éven keresztül az egészségügyi igazgatásban intézményfenntartói szerepkörben tevékenykedett. A 2017-

2020 között a Nemzeti Népegészségügyi Központ Praxis-közösségi Módszertani Központjának senior szakmai szakértője volt, jelenleg az Innovációs Minisztérium Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft szakmai szakértője. A Miskolci Egyetem mesteroktatója, több egyetem vendégoktatója. A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Doktori iskolájának végzős doktorandusza. 2018. novemberétől főállásban a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. Senior egészségügyi elemzője.

Hogyan segítsük a beavatkozásokat? – Az elmaradt tervezett műtétek okainak és a megelőzés lehetőségeinek vizsgálata

How to facilitate interventions? – Investigating the causes of cancelled elective surgeries, and ways to prevent them

Dr. Mikešy Gergely¹ ✉, Sinka Lászlóné Adamik Erika^{1,2}, Dr. habil. Belicza Éva^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

²NEVES Egyesület a Betegbiztonságért, Budapest

✉ mikešy.gergely@emk.semmelweis.hu

Bevezetés: Az elmaradt tervezett műtétek magas száma Magyarországon is, mint a világ legtöbb pontján, jelentős problémát képez. Az okok feltérképezése segíthet a megelőzésben, és így az elmaradó műtétek számának csökkentésében.

Célkitűzés: Célunk, hogy minél átfogóbb képet tudjunk mutatni az elmaradt tervezett műtétek hátterében meghúzódó okokról, és ezzel párhuzamosan segítséget nyújthassunk a megfelelő megelőzési lehetőségek intézményi kiválasztásához.

Módszer: A témában készült, 2020-ban megjelent kutatás, valamint az azóta a NEVES rendszerbe érkezett adatok feldolgozása alapján tárjuk fel az okokat, illetve fogalmazunk meg javaslatokat az elmaradt tervezett műtétek számának csökkentése érdekében.

Eredmények: Felmérésünk szerint az elmaradt tervezett műtétek hátterében leggyakrabban a páciens hibás felkészítése, valamilyen kontraindikációt jelentő állapot, valamint időmenedzsmenttel kapcsolatos hibák állnak. Ezen okok előfordulási gyakoriságaiban érdekes mintázatok figyelhetők meg ha a hét napjait, a páciensek korát vagy éppen a műtéti sorrendeket vizsgáljuk.

Megbeszélés: Bár az elmaradt tervezett műtétek hátterében igen sokszínű és sokrétű okok állnak, mégis megfigyelhetők olyan mintázatok, melyek észlelése az adekvát intézményi megelőzési intézkedések megtalálása, és így az elmaradási gyakoriságok csökkentésének irányába segítheti a vezetőket.

Következtetés: Fontos, átadni kívánt üzenet a részünkről az, hogy még a befolyásolhatatlannak tartott okok hátterében is meghúzódhatnak olyan gyökérok, amelyek célzott intézkedésekkel megszüntethetők.

Kulcsszavak: tervezett sebészeti beavatkozás, kontraindikációk, gyökérok elemzés, megelőzés

Background: *The high number of cancelled elective surgeries is a major problem in Hungary, as in most parts of the world. Identifying the causes can help to prevent and thus reduce the number of cancelled operations.*

Objective: *Our objective is to provide as comprehensive picture as it is possible about the reasons behind the cancellation of elective surgeries, and at the same*

time to help in the selection of appropriate preventive options in the institutions.

Method: *Based on our research, published in 2020 and the data entered into NEVES since then, we will explore the reasons and make recommendations to reduce the number of cancellations of elective surgeries.*

Results: *According to our survey, the most common reasons for cancelled elective surgeries are incorrect patient preparation, some kind of contraindicating condition and time management errors. Interesting patterns in the incidence of these reasons can be observed when looking at days of the week, patient age or even the order of surgeries.*

Discussion: *Although the reasons behind cancelled elective surgeries are diverse, there are patterns that can help managers to identify adequate institutional preventive measures to reduce the incidence of cancelled operations.*

Conclusion: *The important message that we want to communicate is that even causes that are thought to be uncontrollable can have roots, which can be eliminated through targeted actions.*

Keywords: *elective surgical procedures, contraindications, root cause analysis, prevention*

BEVEZETÉS

Az elmaradt tervezett műtétek magas száma Magyarországon is, mint a világ legtöbb pontján, jelentős problémát képez. Pontos arányszámok, illetve számadatok még nem állnak rendelkezésre sem magyar, sem világviszonylatban, de általánosan elfogadott vélemény, hogy az összes beavatkozáshoz viszonyítva átlagosan a műtétek 10%-a marad el [1, 2]. Bár Magyarországon eddig még nem volt átfogó vizsgálat a témában, a Zala Megyei Kórház 2002 és 2004 közötti vizsgálata szintén a nemzetközi, 10%-os konszenzushoz közeli, 9,1%-os értéket hozott [3]. Ez a szám, bár világviszonylatban átlagosnak mondható, a fejlettebb nyugati államokban általánosan mért 5% körüli eredménynél kedvezőtlenebb. Az elmaradt tervezett műtétek gyakoriságán túl fontos megemlíteni az ehhez köthető következményeket is, egy

tanulmány szerint az esetek 8%-ánál a beavatkozás teljesen elmarad, míg 5% esetén az elmaradás következtében állapotromlás is bekövetkezik a betegnél [2].

Az elmaradó műtétek témaköre azért igen fontos, mert több fronton is komoly károkat okoz az egészségügyi ellátórendszerre nézve. Az egyik legfontosabb pont a késlekedés, vagy műtéti elmaradás káros következményeként kialakuló állapotromlás, amelyet utólagosan sok esetben nem is lehetséges maradéktalanul korrigálni. Nem elhanyagolható az a pont sem, hogy az elmaradások tömegessé válásával nő a pácienseket és a hozzátartozóikat érő stressz, valamint komolyan csökken az ellátókba vetett bizalmuk is. Ezek mellett az ellátó intézményt anyagilag veszteség éri, egyes nemzetközi tanulmányok több ezer dollárra is becsülik az egy-egy elmaradt beavatkozást kísérő bevételkiesést [4].

A jelen cikk háttéréként a 2017-2020 között zajlott EFOP 1.8.0 – VEKOP 17, „Az egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” megnevezésű projekt keretében készült, Az elmaradt tervezett műtétek okai és a megelőzés lehetőségei című tanulmány szolgál, A hibákból és a nemkívánatos eseményekből való tanulás – módszertani áttekintés a témaspecifikus tanulmányokhoz című publikációval indított cikksorozat részeként [5]. A projekt keretében lehetőségünk volt arra, hogy a hazai nemkívánatos események – köztük az elmaradt tervezett műtétek – adatait gyűjtő NEVES jelentési rendszerinformációit betegbiztonság fókuszú módszertan segítségével feldolgozzuk [6, 7].

Hazánkban a nemkívánatos események jelentési és tanulmányrendszerét a WHO Magyarországi Irodája és az Egészségügyi Minisztérium felkérésére a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (SE-EMK) alakította ki és működteti 2006 óta, amely a NEVES (NEM Várt Események) Program nevet viseli. Ennek az egyik legfontosabb része a NEVES online jelentési rendszer, melynek segítségével a regisztrált felhasználók az egészségügyi intézményekben bekövetkező nem várt eseményeket tudják bejegyezni, azokból az intézményükre, illetve osztályokra statisztikákat előállítani, illetve mindezt összehasonlítani az országos átlagokkal (további információ: <https://info.neves-forum.hu/>).

A feldolgozott témák közös eredményeként a hazai nemkívánatos események háttérében rejlő általános okok és az ehhez kapcsolódó következtetések önálló közleményként is publikálásra kerültek [8].

A jelen cikk fókuszául szolgáló témában, Az elmaradt tervezett műtétek okai és a megelőzés lehetőségei című tanulmány készítése közben a munkába bevont szakértők egy igen fontos aspektusra világítottak rá, ami a figyelmünket még inkább a problémakörre kényszerítette, hogy vesse [9]. Gyakorlati tapasztalataik alapján úgy vélik, hogy az elmaradó műtétekhez vezető hibák komoly hányada elkerülhető lenne pontos tervezés, jól működő intézményi folyamatmenedzsment, valamint a megfelelő szabályozások használatával. Ezt alátámasztják különböző nemzetközi szakirodalmi források is [1, 10].

CÉLKITŰZÉS

A NEVES jelentési rendszert érintő kutatásunk, a korábban már hivatkozott tanulmány, valamint jelen közlemény célkitűzése is az, hogy minél átfogóbb képet kapjunk az elmaradt tervezett műtétek háttérében feltárt okok szerteágazó oki struktúrájáról, és a leggyakrabban előforduló tényezők karakterisztikáinak megismerésén keresztül a legfontosabb és leggyakrabban előforduló, hibásan menedzselt pontokra megoldási javaslatokkal éljünk.

MÓDSZEREK

Jelen közlemény írásakor Az elmaradt tervezett műtétek okai és a megelőzés lehetőségei című tanulmányt vettük alapul [9]. Az ott közölt eredményeket az azóta a NEVES jelentési rendszerbe az Elmaradt tervezett műtétek jelentése című jelentési lapon érkezett regisztrátumokkal kiegészítettük, a kiegészítéssel a feldolgozott 303 esemény 363-ra nőtt [11]. A tanulmányhoz hasonlóan továbbra is 3 duplikátum van a jelentési rendszerben, ezeket az eredményeket most is figyelmen kívül hagytuk az eredmények elemzése során.

Tekintettel arra, hogy a kutatásokban az események oki háttérét és megelőzési lehetőségeit vizsgáltuk és nem azok gyakoriságát, a beérkezett jelentések az országos előfordulásokhoz mérten alacsony száma a kutatás eredményeit nem befolyásolta.

A jelentési rendszerbe az indulástól, 2008 óta van lehetőség az elmaradt tervezett műtétek jelentésére, azóta az adatlap egyszer, 2014-ben frissítésen esett át. A jelenlegi adatlap az Elmaradt tervezett műtétek jelentése címet viseli, a 2014 előtti regisztrátumok továbbra is az adatbázis részét képezik. A jelentett adatok önkéntes és anonim adatszolgáltatás keretében kerültek be az országos adatbázisba. A jelentési lap kérdései közül sok olyan van, amelynek kitöltése nem kötelező érvényű, így az egyes megállapításoknál közölt adathalmaz-mennyiségek eltérőek lehetnek. A NEVES jelentések feldolgozása a korábban publikált módszertan alapján történt [5].

A tanulmány elkészítése során 51 szakirodalmi forrást hivatkoztunk meg, jelen közleményhez az azóta megjelent, a témához kapcsolódó legfrissebb szakirodalmakat is áttekintettük. Számottevő magyar szakirodalom sajnálatos módon továbbra sincsen, a tanulmány elkészítése óta nem találtunk új hazai szakirodalmat a MATARKA, a MOB és az MTMT adatbázisokban a „műtét elmarad”, „halaszt* műtét”, „elmarad* tervezett műtét” keresőszavak, szóösszetételek alapján. Az angol nyelvű szakirodalmi keresésnél a témakörben igen sok új közleményt találtunk, a PubMed adatbázisban 92 szakcikk jelent meg a keresési eredmények között az általunk használt kifejezések, a „cancel* elective surgery”, „cancel surgeries”, „cancel* elective operation”, „cancel surgery” esetén. Mivel az elmúlt két évet az egészségügyben igen mélyen áthatotta a COVID-19 világjárvány, és a témánk szempontjából fontos szakmaterületeket még inkább érintette az ellátási hektikuság, nem csoda, hogy e cikkek mind-

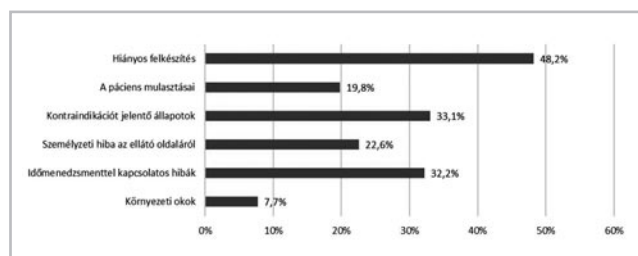
egyike a tervezett műtétek elmaradásait a járványhelyzetten keresztül szemléli. Érdekes összehasonlítás lehetne az, hogy az elmaradó műtétek száma, illetve a mögöttük meghúzóó okok hogyan változtak meg a COVID-járvány hatására, mivel azonban jelen közlemény a NEVES jelentési rendszerbe leadott eredményeket vizsgálja elsősorban, így ezek a cikkek nem relevánsak számunkra.

EREDMÉNYEK

A NEVES jelentési rendszerbe beérkezett adatok alapján elemeztük az elmaradt tervezett műtétek háttérében azonosítható okokat. A feleletválasztós, valamint a szabadszöveges válaszok rendszerezése után a lehetséges okokból hat kategóriát képeztünk [11]:

- Hiányos intézményi felkészítés (az eredeti adatlap 3.9.1., és 3.9.2. kérdése alapján)
- A páciens mulasztásai (az eredeti adatlap 3.9.3., és 3.10. kérdése alapján)
- Műtéti kontraindikációt jelentő állapot fennállása a betegnél (az eredeti adatlap 3.9.4. kérdése alapján)
- Személyzettel kapcsolatos problémák az ellátó oldaláról (az eredeti adatlap 3.11. kérdése alapján)
- Intézményi időmenedzsmenttel kapcsolatos problémák (az eredeti adatlap 3.12. kérdése alapján)
- Környezeti okok (az eredeti adatlap 3.14. kérdése alapján).

Ezen okok megoszlását a beküldött jelentésekben az 1. ábra mutatja be (egy-egy eset háttérében több problémás pont is meghúzódhat, így a százalékos szám adatok összege 100% felett van).

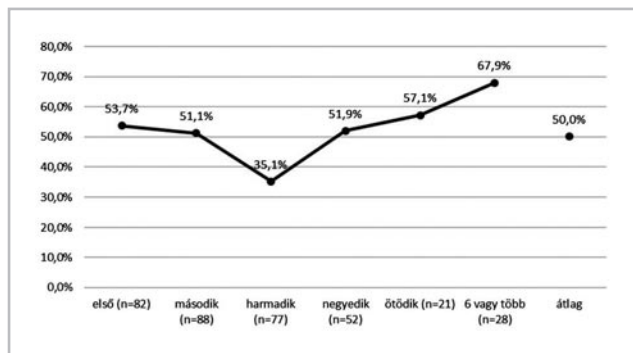


1. ábra
Okok megoszlása a NEVES jelentési rendszerbe beérkezett adatok alapján, az összes eseményhez viszonyítva (n=363) (forrás: saját szerkesztés)

Kutatásunkban leggyakrabban (48,2%-ban) a hiányos felkészítés jelenik meg a beküldött jelentések között a műtétek elmaradásának okaként. Ez alatt a betegek felkészítését értjük, a táplálástól elkezdve a szükséges vizsgálatok elvégzésén és a dokumentációk elkészítésén keresztül a premedikáción át, a műtéti, bemetszési terület előkészítéséig minden ide tartozik.

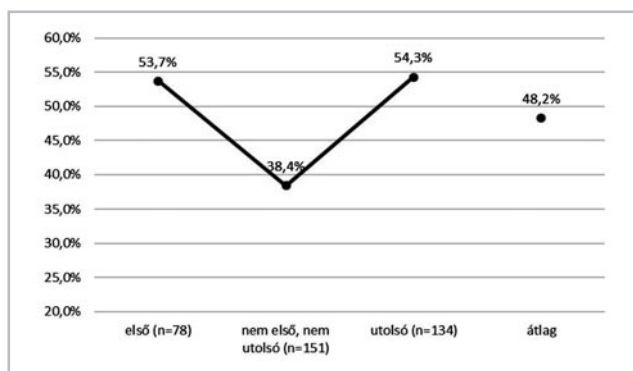
Ha megvizsgáljuk, hogy az elmaradt műtétek körében milyen arányban jelölték okként a hiányos felkészítést annak függvényében, hogy az adott műtét a program hányadik helyén szerepelt, akkor látható, hogy a harmadik műtét esetén a legkedvezőbb helyzet (35,1%). Az elmaradt műtéteknek

átlagosan a fele maradt el hiányos felkészítés miatt. A nap elejére, illetve a nap vége felé, a negyedik, ötödik helyre tervezett műtétek mind átlag feletti arányban adták meg a hibás felkészítést a műtét elmaradásának okaként (51,1% – 57,1% között). Azonban a legkedvezőtlenebb, 67,9%-os arányt a napi programban a hatodik, vagy még későbbi helyen szereplő műtétek esetében találtuk, lásd 2. ábra.



2. ábra
Hiányos felkészítés gyakorisága miatt elmaradt műtétek aránya az elmaradt tervezett műtétek körében, aszerint, hogy hányadik az elmaradó műtét (n=348) (forrás: saját szerkesztés)

Amennyiben a 2. ábra adatait másként kategorizáljuk, és csak az első és az utolsó beavatkozásokat hasonlítjuk össze a se nem első, sem nem utolsó beavatkozásokkal, akkor a trend még karakterisztikusabban rajzolódik ki, lásd 3. ábra.

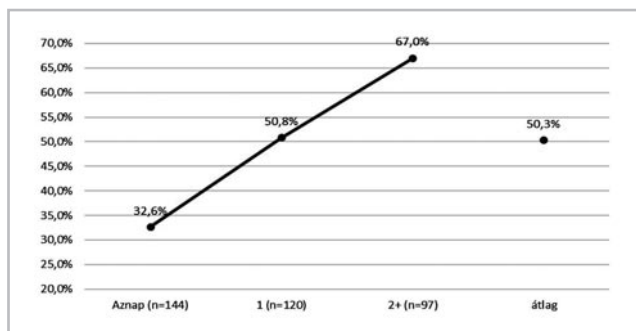


3. ábra
Hiányos felkészítés gyakorisága miatt elmaradt műtétek aránya az elmaradt tervezett műtétek körében, a beavatkozás programban elfoglalt helye szerint (n=363) (forrás: saját szerkesztés)

A kutatás során azt is vizsgáltuk, hogy a betegek a műtét előtt mennyi időt töltöttek az intézményben. Jól látható, hogy minél több napot töltöttek a betegek a kórházban a műtétet megelőzően, annál nagyobb arányban fordult elő, hogy hiányos felkészítésből adódóan a tervezett műtétjük elmaradt, lásd 4. ábra.

A pácienseket érintő problémákhoz kapcsolódóan két fő oki kategóriát képeztünk: a kontraindikációt jelentő állapotokat és a páciens mulasztásait. Kutatásunkban a második leggyakoribb okként, 33,1%-ban a páciensek kontraindikációt jelentő állapotai (krónikus állapotok és betegségek, akut fertőzések) jelentek meg.

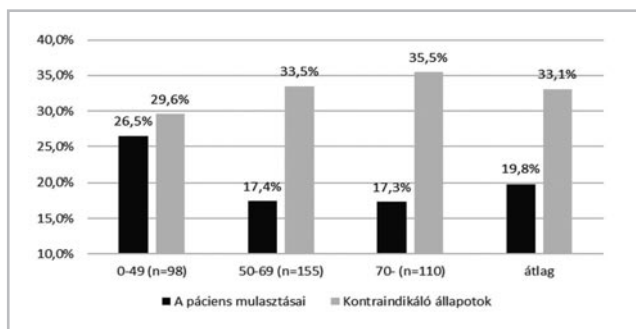
A páciens mulasztásai az összes elmaradt tervezett műtéten belül 19,8%-os arányban vezettek a műtét meghiű-



4. ábra
Hiányos felkészítésből adódóan elmaradt műtétek aránya az elmaradt tervezett műtétek körében, a beavatkozások előtt a kórházban töltött napok számának függvényében (n=361) (forrás: saját szerkesztés)

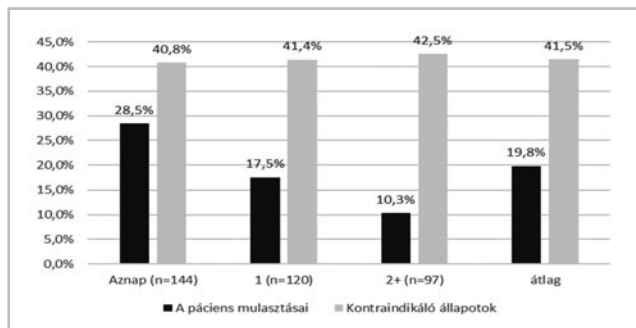
ulásához. A páciens mulasztásaihoz az intézményi meg nem jelenést, a beavatkozások visszautasítását, illetve az orvosi utasítások be nem tartását soroltuk be.

Életkori csoportokra bontva megvizsgáltuk, hogy milyen arányban fordulnak elő a pácienseket érintő problémák az egyes korcsoportokban. Eredményeink alapján az idősebb páciensek esetén gyakoribbak az állapotromlásból adódóan elmaradó műtétek, a fiatalabbaknál az átlaghoz képest jóval gyakoribbak a páciensi mulasztások, lásd 5. ábra.



5. ábra
Pácienseket érintő problémák miatt elmaradt műtétek aránya életkori csoportokra bontva, az adott korosztályban lévő összes elmaradt műtét viszonylatában (n=363) (forrás: saját szerkesztés)

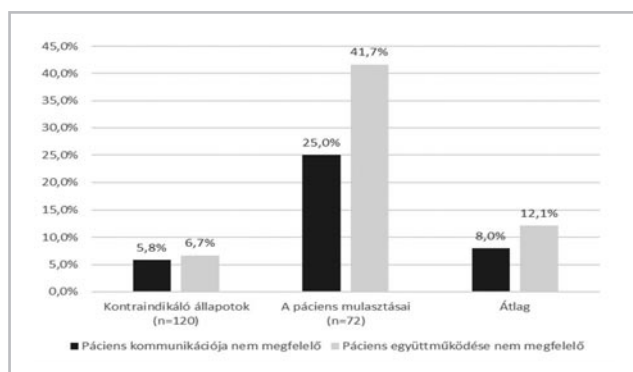
Ugyanez a tendencia figyelhető meg, ha a különböző okokból elmaradó műtétek gyakoriságát a kórházban töltött napok viszonylatában vizsgáljuk. A 6. ábrán a páciensek



6. ábra
Pácienseket érintő problémák aránya az elmaradt műtétek okaként a kórházi megjelenés, és a műtét kiírás között eltelt idők szerint, minden jelölt halmazzal külön vizsgálva (n=361) (forrás: saját szerkesztés)

mulasztásainak, valamint a kontraindikáló állapotok előfordulásának gyakorisági megoszlását mutatjuk be, azzal a kitétel-lel, hogy a kontraindikáló állapotok fennállását csak azoknál a pácienseknél vettük számításba, akiknél nem lépett fel valamilyen páciens oldali mulasztás, tehát a meg nem jelenések már nem érintik ezt a betegpopulációt. Amint az látható, minél több napot töltött a beteg a kórházban a műtét előtt, annál kisebb szerepet játszott a műtét elmaradásában a páciens mulasztása. A kórházban töltött idő a kontraindikáló állapotok miatti műteti elmaradásokra nem volt lényegi hatással.

A NEVES jelentési lapokon rákérdeztünk a betegek kommunikációjára, valamint együttműködési készségére is (az eredeti adatlap 1.4., és 1.5. kérdése alapján). Az elemzések alapján a kontraindikációt jelentő állapotú betegek ellátókkal való kommunikációja, valamint együttműködése az átlagnál jobb, míg a kötelességeiket elmulasztó pácienseké lényegesen rosszabb, lásd 7. ábra.



7. ábra
Pácienseket érintő problémák miatt elmaradt műtétek aránya az elmaradt tervezett műtétek körében a betegek kommunikációja és együttműködésük szerepe szerint (n=363) (forrás: saját szerkesztés)

A fentiekben részleteztük túl még három oki kategóriát alakítottunk ki. Az időmenedzsmenttel kapcsolatos problémák 32,2%-ban, az ellátó oldaláról észlelt személyzeti hibák 22,6%-ban, a környezeti tényezők 7,7%-ban álltak a műtétek elmaradásának hátterében.

Az elmaradt tervezett műtétek okainak megismerését követően összegyűjtöttük az ezekhez kapcsolódó megelőzési lehetőségeket. A szakirodalom ilyen irányú áttekintésén túl hazai szakértőkkel is folytattunk fókuszcsoportos megbeszéléseket a témában. Szakértőink beszámolója szerint a tervezett műtétek megvalósulásának jelentős része kiküszöbölhető lenne a folyamatok menedzselésének fejlesztésével. Megoldás lehet egy betegútmenedzser, folyamatmenedzser, vagy kibővített hatáskörű műteti koordinátor alkalmazása, aki mindenkire multidiszciplináris szempontokat figyelembe véve figyel oda, akár teljes munkaidőben, önálló, főként logisztikai feladatok elvégzésére dedikált feladatkörben.

Az ellátási folyamat hibáinak kiküszöbölését célzó addicionális lehetőség egy, a szükséges automatizmusok kiépülését és betartását elősegítő innováció is. Az egri Markhot Ferenc Kórházban olyan szoftvert használnak a műtő részlegben, amelyben minden, a műtéttel összefüggő tevékenységet rögzítenek, és a rendszer az aktuális teendőkre auto-

matikusan figyelmeztet. Például a beteg betáplált adatai alapján jelzi a felkészítés megkezdésének szükségességét (amely akár másfél, két nappal megelőzheti a műtét időpontját). Amennyiben valamely tevékenység elmaradna, vagy hibásan történne az meg, az azonnali programátrendezést vonhat maga után, ezzel kvázi időben korigálja azt a műtét időt, amely ennek hiányában kihasználatlanul maradna.

A meghívott szakértők egyetértettek abban, hogy a páciens struktúra átalakulóban van, a fiatalok sokkal inkább úgy tekintenek az egészségügyre, mint egy szolgáltatásra, a régi, alá-fölérendeltségi viszony szerinti bánásmód esetükben nem lehet célravezető, sőt komoly ellenállást is szülhet. A műtétes szakmákban sokszor fellelhetők még a régi típusú, patriarchális rendszer kommunikációs és tájékoztatói módszerei, ezeknek tudatos átalakítása megfontolandó lehet. Kommunikációs oktatások (nem csak páciensekkel, hanem osztályok, szakmák között is), valamint egyéb, páciens-ellátó, valamint ellátó-ellátó együttműködést elősegítő tréningek szervezése javíthatja a műtét elvégzésének hatékonyságát. A NEVES munkacsoport szakmai tapasztalatait és módszertani ismereteit felhasználva a fentiekben ismertetett, a NEVES jelentések alapján azonosított oki kategóriákat tovább elemeztük a gyökérok kutatás módszerével annak érdekében, hogy megtaláljuk a működési hiányosságokból adódó általános okokat. Ezekhez az okokhoz hozzárendeltük a releváns megelőzési lehetőségeket. Az eredményt az 1. táblázatban foglaltuk össze. Ennek bővített, intézményi adaptációt is segítő részletes publikációja az *Útmutató a tervezett műtét elmaradásának megelőzéséhez* címmel jelent meg [12].

MEGBESZÉLÉS

A NEVES jelentési rendszerbe beküldött, elmaradt tervezett műtét adatait közlő jelentéseket elemezve 6 fő kategóriát azonosítottunk az események hátterében. Ezeknek a kategóriáknak az előfordulási gyakorisága nem fejezi ki egyértelműen azt, hogy melyek azok a faktorok, amelyekkel foglalkozni kell az elmaradt tervezett műtét számának csökkentése érdekében, de több változó összefuttatása után olyan mintázatokra lehetünk figyelmesek, amelyek már a változtatások helyes irányába mutathatnak.

A szakirodalom alapján az egyik leggyakrabban felmerülő probléma a nem megfelelő időmenedzsment, azon belül is az adott napra kiírt műtét program csúszása. Az elmaradt műtétet vizsgálva a tanulmányok jelentős többségében említést tettek erről az okról (átlagosan 27,7%-ban) [9]. Két közlemény esetében az összes elmaradó műtét több mint 60%-át az ilyen esetek tették ki [13, 14]. A beküldött hazai adatokat elemezve azt találtuk, hogy az időmenedzsmenttel kapcsolatos problémát az esetek 32,2%-ában azonosították a tervezett műtét elmaradásának okaként, ami közel hasonló terhelést jelent.

Ha a saját kutatásunkat nézzük, leggyakrabban a hiányos felkészítés jelenik meg a beküldött jelentések között a

műtétek meghiúsulásának hátterében, ez összesen az esetek 48,2%-ban fordult elő. Az elmaradó műtétek okait vizsgáló szakirodalmi közlésekben ennél viszonylagosan alacsonyabb arányban, átlagosan 6-7%-ban említik a szerzők a hiányos felkészítést.[9]. Dr. Tihanyi Mariann hazai eredményeket közlő cikkében is hasonló arányokat találunk a hiányos felkészítést illetően, mint a nemzetközi forrásokban [3].

A szakirodalomban a krónikus állapotokat és betegségeket, valamint az akut fertőzések eseteket sokszor külön kezelték, de külön-külön is igen gyakori csoportokról beszélhetünk. Ha így értékelünk, a második-harmadik leggyakrabban előforduló okként citálták a feldolgozott szakirodalmi források a beteg különböző kontraindikációt okozó állapotait. Átlagosan 18,2% volt a krónikus, és 15,9% az akut betegségek nyomán kialakult kontraindikációk aránya [9]. Volt olyan cikk is, amely együtt kezelte „nem kielégítő klinikai státusz” címen a két betegségcsoportot, és így 42,9%-os eredményt kapott [9]. Az átlagos 15,9%-os, valamint 18,2%-os szakirodalmi eredmények summája hasonló eredményt mutat az elemzésekben általunk kapott, a két problémát együtt kezelő 33,1%-kal [9].

Fontos okként jelentek meg az elmaradó műtétek hátterében – a hazai felmérésünkben – a kontraindikáló állapotok és a páciensek mulasztásai. Bár ezek a páciensről jelentősen függő okok, de érdemes ezeket is elemezni (akár egymás függvényében is), valamint végiggondolni azt, hogy az intézmények milyen formában segíthetik ezek esetében az elmaradó műtétek arányának csökkentését.

Elemzéseinkből azt láttuk, hogy a páciensek mulasztásának gyakorisága csökken a bennartózkodás időtartalmának növekedésével. Ez értelemszerűen az egynapos, illetve az előre megtervezett, de rövid bennfekvéses idővel kalkulált műtétet jobban érinti, azok elmaradását okozza.

Ezzel párhuzamosan a tervezett beavatkozások elvégzését kontraindikáló állapotváltozások aránya nem csökken a bennfekvés időtartamának előrehaladtával, hanem minimálisan még növekszik is. Ez részben magyarázható a hosszabban bennfekvők általánosan rossz állapotával, de további kérdéseket is felvet az ellátási és egyéb folyamatokkal kapcsolatban.

A fentebb említett kutatási elrendezésnek köszönhetően a gyökérok megismerésére való motiváció nagy valószínűséggel az általunk készített tanulmányban sokkal magasabb fokú, mint a feldolgozott szakirodalmi cikkekben, és a NEVES jelentési rendszer struktúrájának, valamint a jelentési lapok részletességének köszönhetően mélyebb összehasonlító elemzések elvégzésére nyílt lehetőségünk. Ilyen elemzések világíthattak rá az eredmények részben közölt érdekes összefüggésekre, mint például a hiányos páciensfelkészítés és a műtét nap kapcsolatára, lásd a 2., 3. ábránkon.

A kutatás eredményeként kijelenthető, hogy az elmaradó műtétek hátterében álló okok igen széles skálán mozognak, ezért fontos elemezni a saját intézményben észlelt eseteket. Csak azután van lehetőség eredményes megelőző intézke-

Általános okok		Megelőzési lehetőségek az általános ok mögötti gyökérok függvényében
1	A szabályozás hiányosságai	Helyi szabályozás készítése a műtéti előkészítésre, betegútmenedzsmentre vonatkozóan; a meglévő szabályozás tartalmának aktualizálása a szakmai irányelvek és evidenciák alapján; a szabályozás napi gyakorlattal való harmonizálása; egyéb szabályozókkal való összhang biztosítása; jól követhető, könnyen értelmezhető tartalom
2	A munkatársak nem követik a szabályokat	A munkatársak számára szabályszerű munkavégzéshez szükséges feltételek biztosítása; munkatársak oktatása; a szabályok követésének fontosságára való figyelemfelhívás, meggyőzés; ellenőrzés; fejlesztési céllal visszajelzés a nem szabály szerint végzett tevékenységekről; helyesen végzett tevékenység elismerése
3	Munkafolyamatokkal kapcsolatos problémák	A műtéti idők pontosabb számítása, csúszások kalkulálása elhúzódó beavatkozások esetén, akár rendszerváltoztatások vagy új rendszer bevezetésének mérlegelésével; műtéti ellenőrző lista (csekklista) alkalmazása; folyamatok hatékonyságának növelése érdekében dedikált munkakörök (pl. műtéti koordinátor) létrehozása; adatgyűjtés a folyamatokban rejlő hibák részletesebb megismerésének céljából; betegútmenedzsment fejlesztése; a munkatársak oktatása a meglévő, ill. a bevezetendő szabályozások pontosabb megismerése céljából; a szabályozások beillesztése a napi rutinba
4	Ellátó személyzettel kapcsolatos problémák	Feladatok, felelőségek pontos meghatározása, az aszerinti működés támogatása; dolgozók motiválása; a dolgozókra osztott feladatok elvégzésének a lehető legnagyobb fokú segítése; nyílt kommunikáció, példamutatás, a dolgozók munkájának elismerése
5	Páciensekkel kapcsolatos problémák	A páciensek széles körű, egyéni igényekre szabott tájékoztatása a felkészülés menetéről, a saját teendőikről, felelőségeikről; részletes beteg-tájékoztatók létrehozása, azok rutinszerű alkalmazása; lehetőség megteremtése a páciensek részéről felmerülő kérdések feltevésére, megvitatására; szükség esetén hozzátartozók bevonása; az orvos-beteg kommunikáció fejlesztése a páciens intézménybe vetett bizalmának elősegítése érdekében
6	Páciens egészségi állapota	Állapotfelmérő protokollok létrehozása, alkalmazása; ismert krónikus betegségek feltárása, szorosabb obszervációja; fertőző betegségek elkerülésének érdekében beteg-tájékoztatók szélesítése
7	Kommunikációval kapcsolatos problémák	A páciensek széles körű, egyéni igényekre szabott tájékoztatói rendjének kidolgozása; lehetőségteremtés a pácienseknek a felmerülő kérdések feltevésére, megvitatására; új kommunikációs platformok létrehozásának mérlegelése, létrehozása; vezetői példamutatás, szakmák közötti együttműködés fejlesztése; problémás esetek közös megbeszélése, lehetséges megoldások oktatása
8	Eszközök	A szükségletek pontos meghatározása, ebbe a felhasználók bevonása; rendelkezésre álló eszközkészlet figyelemmel kísérése; az eszközök helyes használatának oktatása
9	Infrastruktúrával kapcsolatos problémák	Lehetőség szerint akut műtő kialakítása, azaz az elektív műtők elválasztása a dedikáltan akut beavatkozásokat végző műtő(k)től; logisztikai átalakításokra való igény felmérése, a szükséges átalakítások finanszírozásának mérlegelése
10	Nem hasznosulnak a korábbi eseményekből szerzett ismeretek	Az események kivizsgálásához szükséges ismeretek elsajátítása; korábbi események kivizsgálása; a problémák őszinte megbeszélése, büntetés kerülése; vezetői példamutatás és a munkatársak motiválása a korábbi eseményekből való tanulásra; a feltárt problémák és okok ismeretében megelőző intézkedések bevezetése

1. táblázat

Az elmaradt tervezett műtétek háttérben meghúzódó általános okok, és megelőzési lehetőségeik

désekre, miután azonosítottuk, hogy az adott intézmény működésében mely területek szorulnak fejlesztésre. A közleményben bemutatott okok mind szerepet játszhatnak a tervezett műtétek elmaradásában, de nem valószínű, hogy bármely intézményben fellelhető lenne az összes ok egyszerre. Intézkedést arra a problémára kell hozni, amely fennáll, ezért az eredményes intézkedésekhez az intézményi oki kutatás elengedhetetlen.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az elmaradt tervezett műtétek komoly terhet rónak az ellátókra, emellett komoly bizonytalansági faktor a betegek számára, amely adott esetben az állapotuk romlásával is járhat. Az általunk készített tanulmány, valamint jelen közlemény célja is az, hogy bemutassa az elmaradt beavatkozások mint nem várt események szerteágazó okait, illetve azt, hogy még a befolyásolhatatlannak tartott okok (páciens mulasztások) háttérben meghúzódó gyökérokok közt is találunk olyanokat, amelyek célzott intézkedésekkel megszüntethetők.

Úgy gondoljuk, hogy bármely, hazánkban működő, akár csak minimál invazív sebészeti beavatkozásokat is végző intézmény számára fontos lehet egy, az elmaradó beavatkozások háttérben meghúzódó okokat feltáró helyi vizsgálat lefolytatása. Ebben nyújthat segítséget a tanulmányon túl a „Módszertani útmutató az oki kutatások készítéséhez” című összefoglaló is [7].

A cikk megjelenését követően az összefoglalókat és a részletes tanulmányt közzétesszük a <https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/> weboldalon.

A kutatás korlátai: A NEVES jelentési rendszerbe jelentett adatok önkéntes adatszolgáltatásból származnak, így az események előfordulási gyakoriságára vonatkozóan következtetéseket nem tudunk levonni. Tekintettel arra, hogy a kutatásokban az események oki háttérét és megelőzési lehetőségeit vizsgáltuk és nem azok gyakoriságát, az említett korlátok a kutatás eredményeit nem befolyásolták.

Anyagi támogatás: A dolgozat alapjául szolgáló kutatás az Európai Unió által támogatott EFOP 1.8.0 – VEKOP 17 kiemelt pályázati konstrukció keretében készült. A publikáció elkészítése anyagi támogatás nélkül történt.

Szerzői munkamegosztás: M.G.: Irodalomkutatás a meghatározott adatbázisokban, információk kivonatolása a releváns közleményekből, eredmények statisztikai feldolgozása, a közlemény megszövegezése. S.L.A.E.: Irodalomkeresési stratégia meghatározása, közlemény szövegezésének segítése. B.É.: Statisztikai feldolgozás segítése, a kézirat véglegesítése.

A kézirat végső változatának elkészítése a szerzők közös munkájának eredménye. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők ezúton mondanak köszönetet a cikk alapjául szolgáló kutatásban való közreműködésért Prof. Dr. Szijártó Attilának.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Al Talalwah N, McIltrout KH: Cancellation of Surgeries: Integrative Review. *J Perianesth Nurs.* 2019; 34(1): 86-96.
- [2] Jiménez A, Artigas C, Elia M et al.: Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observational study. *Ambulatory Surgery.* 2006; 12(3): 119-123.
- [3] Tihanyi M: A nemkívánatos események jelentésének hasznosulása a kórházakban (elmaradt, vagy halasztott műtét, mint nem kívánatos esemény). In: 19. NEVES Betegbiztonsági fórum, 2012.
- [4] Pohlman GD, Staulcup SJ, Masterson RM et al.: Contributing factors for cancellations of outpatient pediatric urology procedures: single center experience. *J Urol.* 2012; 188(4 Suppl): 1634-8.
- [5] Belicza É, Sinka LAE: Learning from mistakes and adverse events – methodical overview for the topic-specific studies. [A hibákból és a nemkívánatos eseményekből való tanulás – módszertani áttekintés a témaspecifikus tanulmányokhoz.]. *IME.* 2021; (20(4): 13-17.
- [6] Lám J, Sümegi V, Surján C et al.: Role of reporting and learning systems in the improvement of patient safety [A jelentési és tanulmányrendszerek szerepe a betegbiztonság javításában]. *Orvosi Hetilap.* 2016; 157(26): 1035-42. [Hungarian]
- [7] Sinka LAE, Pitás E, Belicza É: Methodological guide for the preparation of causal research. Professional Methodological Development of the Healthcare System (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001). [Módszertani útmutató az oki kutatások előkészítéséhez. Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001).]. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ. 2021. [Hungarian]
- [8] Belicza É, Dombrádi V, Mikesy G et al.: Aggregate causes of adverse events and possible methods to mitigate them within healthcare. [A nemkívánatos események általános okai és kezelési lehetőségei az egészség-

- ügyben.]. Orvosi Hetilap. 2022; 163, 237–246. [Hungarian]
- [9] Mikesy G, Sinka LAE, Belicza É: Reasons for cancellation elective surgery, and prevention options [Az elmaradt tervezett műtétek okai és a megelőzés lehetőségei]. 2020, Budapest: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ. Kézirat. [Hungarian]
- [10] Botazini NO: Cancellation of surgeries: an integrative literature review. Revista SOBEC. 2017; 22(4): 230-244.
- [11] Reporting cancelled elective surgeries V2 [Elmaradt tervezett műtétek jelentése V2]. 2014; Available from: https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2014/06/NEVES_Elmaradt-tervezett-m%C5%B1t%C3%A9tek_final_HU.pdf.
- [12] Lukács A, Mikesy G, Sinka LAE: Guidance on how to prevent cancellation of elected surgeries [Útmutató a tervezett műtétek elmaradásának megelőzéséhez]. (ed.), Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, 2021. [Hungarian]
- [13] Kumar R, Gandhi R: Reasons for cancellation of operation on the day of intended surgery in a multidisciplinary 500 bedded hospital. Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology. 2012; 28: 66-9.
- [14] Vinukondaiah K, Ananthkrishnan N, Ravishankar M: Audit of operation theatre utilization in general surgery. Natl Med J India. 2000; 13(3): 118-21.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Mikesy Gergely 2019-ben általános orvosként végzett a Semmelweis Egyetemen. Diploma után a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzszolgálati Karán tanult, Egészségügy Menedzsment szakon végzett 2022-ben. Eközben a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában

kezdett dolgozni szakértőként. Legfontosabb tématerületei a betegbiztonság, a népegészségügy, a prevenció és más orvosi területek (például diagnosztika), ezeken belül is az adatvezérelt és digitális megoldások, valamint a mesterséges intelligencia alkotják a fő fókuszot. Több hazai, valamint nemzetközi projekt szakmai és menedzsmentszintű előkészítésében, valamint vezetésében vett részt.



Sinka Lászlóné Adamik Erika okleveles ápoló, egészségügyi szakmenedzser, minőségügyi és betegbiztonsági menedzser. 16 éven át dolgozott a közvetlen betegellátásban ápolói és asszisztensi szerepkörökben, majd 8 évig egy kórházi minőségügyi rendszer

működtetésében vett részt. Közreműködött a hazai fejlesztésű BELLA akkreditációs standardok kialakításában. A Semmelweis Egyetem Betegbiztonsági Tanszéki Csoportjának tagja, részt vesz oktatói és tutori feladatokban, betegbiztonsági témájú kutatásokban, projekteknél, szakmai publikációk írásában.



Dr. habil Belicza Éva a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ egyetemi docense, a Betegbiztonsági Tanszéki Csoport vezetője, a minőségügyi és betegbiztonsági menedzser szakirányú továbbképzés vezetője, a NEVES Egyesület a Beteg-

biztonságért elnöke. Több minőségügyi és betegbiztonsági témájú projekt szakmai vezetője, hazai és nemzetközi kutatás közreműködője, a NEVES program elindítója. Fő kutatási területe az egészségügyi szolgáltatók minőségértékelése. Rendszeresen publikál szaklapokban, több hallgatói jegyzetet és tankönyvfejezetet írt az egészségügyi minőségbiztosítás és betegbiztonság témakörében.

Az egészségügyi online kommunikációs környezet, valamint annak pandémia okozta változásai az internetkeresési trendek tükrében

The healthcare online communication environment and its changes caused by the pandemic by the internet search insights and trends

Lengyel Livia^{1,2}

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

²Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

Célkitűzés: A magánegészségügyi szolgáltatók bebeforgalmuk jelentős részét az online térből nyerik. Az online kommunikációs környezet az egészségügyi rendszer és piaci változások következtében intenzíven formálódik, mely folyamatot a pandémia is katalizálta. A tanulmányban az egészségügyi szolgáltatások online környezetét, valamint annak közelmúltban történt változásait, trendjeit mutatom be.

Módszer: Az elemzés során a Google kereső egészségügyben releváns keresési trendjeit és statisztikáit vizsgáltam 2019 januárja és 2022 decembere között.

Eredmény: A keresési trendeket három aspektusból mutatom be, elsőként a szakterülettől független, betegség-tünet alapú kereséseket, majd a szakterülettel kapcsolatosakat. Végül három példán ismertetem az egészségügyi környezetben bekövetkezett változásokat és azok keresési trendekre gyakorolt hatását, így a tüdőrák, a magánszülés, illetve a csípőprotézis-műtét online trendjeit.

Következtetés: Az online tér a páciensszerzésben nagy jelentőséggel bír, ezért a Google keresési trendjeit, az egyes témák, szakterületek iránti keresések változásait szükséges figyelemmel kísérni. A szakterületek iránti érdeklődés felfutása időben észlelhető, a tendenciák követésével előrejelezhetőek a magánpáciensek új érdeklődései, a lehetséges fejlesztési területek. A fizetett hirdetések elemzésében és értékelésében nélkülözhetetlen elem az online környezet pontos ismerete.

Kulcsszavak: egészségkommunikáció, internet, egészségügy

Objective: Private healthcare providers obtain a significant part of their patients from the online environment. The Hungarian online communication environment has been intensively shaped due to the healthcare system and private healthcare market changes catalysing the pandemic. This study presents the private healthcare providers' online environment and its recent changes.

Methods: This study examined Google search trends and statistics regarding healthcare between January 2019 and December 2022.

Results: This study presents the changes in search trends from three aspects; firstly, the searches are based on symptoms independent of the medical specialization, and then the searches related to the doctor's speciality.

Finally, this document illustrates the bond between healthcare environment changes and its impact on search trends in three examples: the online trends of lung cancer, private delivery, and total hip replacement.

Conclusions: The online environment has an important role in patient acquisition; therefore, it is necessary to follow Google search trends and the changes in thematic searches. The increasing interest in the medical speciality can be detected in time; by following the trends, the patient's new interests can be forecasted, and possible development areas can be predicted. Accurate knowledge of the online environment is a necessary task in the analysis and evaluation of paid advertisements.

Keywords: health communication, internet, healthcare

BEVEZETÉS

Az egészségügyi tartalomfogyasztás az elmúlt húsz évben jelentősen megváltozott. Mint az Eurostat adataiban is megfigyelhető, az interneten egészséggel kapcsolatos információt keresők száma több, mint megkétszereződött (EU átlag 2007: 24,31%, 2021: 56,34%) [1]. Magyarország e tekintetben az uniós átlag feletti aránnyal rendelkezik, míg 2007-ben 22,08%, 2021-ben már 64% nyilatkozott úgy, hogy az elmúlt három hónapban egészségével kapcsolatos kérdésével az internethez fordult [1]. A számok ismeretében megállapítható, hogy 2015-től a megkérdezettek több mint fele igénybe vette az internetes keresőt, ugyanezen évben az alacsony iskolai végzettségűek 26, a magasán képzettek 75%-a nyilatkozott így. 2021-re a végzettség csoportosításában mind az alsó, mind a felső csoportban növekedés figyelhető meg, az alacsony végzettségűek körében hat év alatt 10%-ot emelkedett az arány, a felsőfokú végzettségűek esetében ez a változás 8% [2]. A középfokú végzettségűeken belül az arány hektikusan alakult a vizsgált hat évben, 55-62% között ingadozva.

Az egészségügyi tematikájú weboldalak, így a magánegészségügyi szolgáltatók forgalma döntően a Google keresőből ered. Egy, több mint hárommilliárd weboldal forgalmát vizsgáló 2020-as elemzés többek között arra kereste a választ, hogy egyes szakterületek weboldali felhasználói forgalma honnan ered (vagyis a weboldal látogatói hogyan, honnan jutnak oda). Vizsgálatuk szerint az egészségügyi és orvosi témában a felhasználók leginkább jellemző forrása a Google, minden más tematikát megelőzve, 87,85%-os aránnyal. Az összes terület

számtani átlaga a felhasználók weboldali forrását tekintve meghaladta a 60%-ot, tehát megállapítható, hogy a potenciális páciensek, felhasználók elsősorban az internetes keresőkből, leginkább a Google keresőóriásból jutnak el a weboldalakra [3].

Girasek és munkatársai már a pandémia hatásait is vizsgálták 2022-es tanulmányukban [4]. Országos, reprezentatív kutatásuk során megállapították, hogy a lakosság 71%-a egészséggel, betegséggel kapcsolatban is használja az internetet. A legfontosabb források kutatásuk szerint a weboldalak (76,3%), valamint a közösségi média (47,3%). A pandémia során a megkérdezettek 45%-a vett részt online konzultáción, 71%-uk fordult online orvoshoz (az EU átlag 53% volt).

Az egészséggel kapcsolatos keresésekben két megközelítést kell elválasztanunk. Az egyik az egészséggel, kifejezetten betegséggel és tünetekkel kapcsolatos keresések, melyek elsősorban információigényt szolgálnak, másrésztől a szakorvosi, intézményi weboldalakat célzó, azt böngésző, illetve ebből eredő online foglalási célú keresések. Az online környezet jobb megismerése céljából arra vállalkoztam, hogy az internetes keresések alapján a hazai páciensek érdeklődését, keresési trendjeit modellezem, külön kitérve a pandémia okozta hatásokra. Vizsgálatomnak nem része a kifejezetten koronavírusjárvánnyal kapcsolatos keresések feltárása, torzító hatásának elemzése, így a rendelkezésre álló adatokat ettől függetlenül vizsgálom.

MÓDSZERTAN

Az elemzés egyik forrása a Google kulcsszótervező kimutatása, ahol a 2019. február és 2022. december között mért adatokat kértem le 2023 februárjában, egyrésztől a leggyakoribb betegséggel/egészséggel kapcsolatos keresési kifejezések („betegség”, „egészség”, „fájdalom”), másrésztől a szakorvosi keresések (nőgyógyász, bőrgyógyász, urológus, etc.) kapcsán. Az egy hónapra vetített adat az adott hónapban, adott keresési kifejezésre a Google keresőben indított egyedi kereséseket mutatja, kerekített értéken.

Kutatásom másik forrása ugyanezen témakörök Google trendkimutatásából nyert adatai. A szakorvoskereséssel kapcsolatos trendeket 2020 februárja, az első koronavírushullám óta követem figyelemmel, a korábban szerzett adatok ellenőrzését friss lekérdezés során reprodukáltam jelen tanulmányhoz. A trendek vizsgálata során az adott időszakban mért legmagasabb keresési időszak jelenti a bázist, a 100-as értéket, az idő-

szak további hónapjai pedig ehhez viszonyítva jelennek meg.

EREDMÉNYEK

A páciensek online viselkedésének változásait, a keresési trendek elmozdulásait három aspektusból mutatom be. Elsőként a szakterületről független, betegség-tünet alapú kereséseket, majd a szakterülettel kapcsolatosakat ismertetem. Végül három példán szemléltetem az egészségügyi környezetben bekövetkezett változás és az online keresések együttjárását.

Az elmúlt négy évet vizsgálva megállapítható, hogy a leggyakoribb keresések minden évben négy betegségcsoportot érintenek, ezek a pajzsmirigy-alulműködés, a Lyme-kór, a Crohn-betegség, valamint a magas vérnyomás, lásd az 1. táblázatban. Ötödik a sorban a cukorbetegség, illetve 2021-ben a harmadik leggyakoribb keresés az autoimmun betegség volt, ami feltételezhetően a COVID-oltás és a betegség kontraindikációja kapcsán futhatott fel ilyen magas szintre.

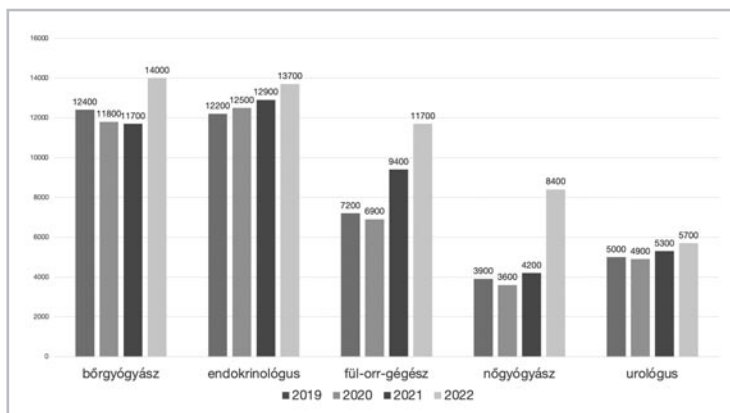
2020-ban az előző évhez képest egy keresési téma emelkedett drasztikusan, a „fertőzés” és „vírus fertőzés” keresési kifejezésekkel, előbbi a huszonhat-, utóbbi a huszonöt-szörösére növekedett a pandémia első évében. A 2020-as évben további látványos növekedést az akut betegség, a mindennapos szédülés, valamint az anyagcsere-betegségek érték el, előbbi a kilenc, utóbbiak az öt-hatszorosára növekedtek az előző év átlagához képest. A keresési változások okai nem minden esetben azonosíthatóak, előfordul, hogy finanszírozási vagy ellátási problémák, éppen futó termékbevezetés, reklám- vagy edukációs kampány, film, vagy ismert ember betegsége generálja az extrém érdeklődést. Utóbbinak eklatáns példája a háromszoros olimpiai bajnok vízilabdázó 2020 júniusi korai halála, amikor a hasnyálmirigyirák iránti keresés előző hónaphoz képest a kilencszeresére emelkedett, majd két hónap múlva visszaállt a korábban megszokott szintre (2020. május 4400, 2020. június 40 500).

Ha a 2019. és 2022. különbségét összességében vizsgáljuk, felfedezhetőek olyan témák, olyan tünetekkel kapcsolatos keresések, melyek 2019-ben a Google-ben magyar nyelven még egyáltalán nem voltak jellemzőek (keresési átlaguk 2019-ben nulla volt), 2022-re viszont látványosan megnövekedtek. Ennek jellemző példája, a listavezető, „legerősebb fájdalomcsillapító vény nélkül” keresési kifejezés, ami a 2019-es még nem létező érdeklődésből oda jutott, hogy 2022-ben havi átlagban 900 alkalommal írták be a Google mezőjébe.

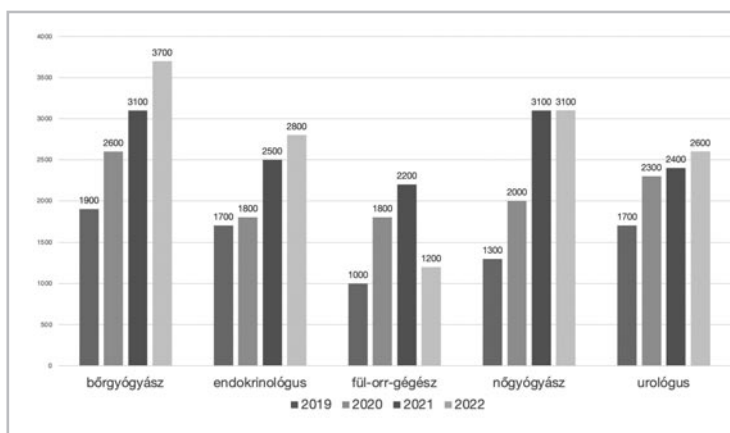
	2019		2020		2021		2022	
1	pajzsmirigy-alulműködés	12600	Lyme-kór	12400	pajzsmirigy-alulműködés	15500	pajzsmirigy-alulműködés	14900
2	Crohn-betegség	9400	pajzsmirigy-alulműködés	11100	Crohn-betegség	14600	Crohn-betegség	10500
3	Lyme-kór	9300	magas vérnyomás	10400	autoimmun betegség	13600	Lyme-kór	10500
4	magas vérnyomás	9100	Crohn-betegség	10000	magas vérnyomás	10700	magas vérnyomás	9500
5	cukorbetegség	7700	cukorbetegség	8900	Lyme-kór	8800	cukorbetegség	8900

1. táblázat

Legkeresettebb betegségekkel kapcsolatos kifejezések, az adott év havi átlagában (keresés/hó) (forrás: Google, saját szerkesztés)



1. ábra
Szakterületi keresés 2019. január 1. – 2022. december 31. (forrás: Google, saját szerkesztés)



2. ábra
Magánrendelés iránti keresés, 2019. január 1. – 2022. december 31. (forrás: Google, saját szerkesztés)

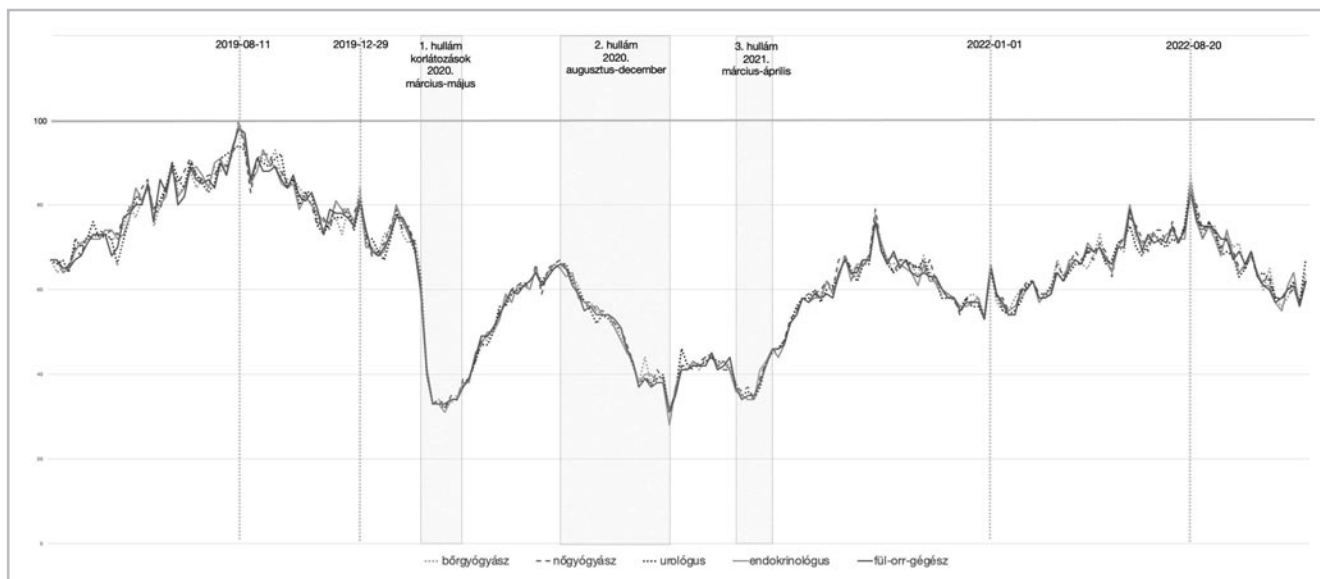
A Google keresések másik jelentős területe, amikor a felhasználó problémájára kifejezetten szakorvost keres. Ebben a tematikában az orvos nevére indított keresésekkel nem foglalkoztam, csak a szakterület iránti érdeklődéssel. A négy évet áttekintő, 1. ábrán az öt legkeresettebb szakterület látható, a keresési mennyiségek sorrendjében endokrinológus, bőrgyógyász, fül-orr-gégész, nőgyógyász és urológus.

Mindegyik szakterületnél növekedés állapítható meg a 2019. és 2022. viszonylatában, bár eltérő mértékben. A bőrgyógyász és endokrinológus igen magas, havi átlagban 12 ezer keresésről indult, előbbi 12,9%-ot növekedett az első vizsgált év óta, a 2022. és azt megelőző évet nézve pedig 19,6% volt az emelkedés. Látványos a nőgyógyászat iránti online kereslet növekedése, mely 2021-ről 2022-re duplázódott.

Egy kivételtől eltekintve, hasonló tendencia figyelhető meg, ha szakterületen belül kifejezetten a magánrendelésre irányuló online érdeklődést elemezzük – lásd a 2. ábrán. A nőgyógyász magánrendeléssel kapcsolatos online érdeklődés csökkent, de az előző ábrán éppen az volt látható, hogy általánosságban duplájára növekedett. Az endokrinológus esetén pedig külön magánellátásra csekély a keresés. Fordított az arány az ortopéd orvos esetén, általánosságban nincs keresés ortopédusra, magánrendelésre irányuló keresések viszont a top5-ben szerepelnek a gyakoriság alapján.

A fenti két ábrán említett hat szakterület iránti nagy számú keresés indokolja, hogy a magánegészségügyi szolgáltatók Google hirdetés segítségével kívánják érvényesíteni ebben az online kínálatban. Azaz például „bőrgyógyászat magánrendelés” kifejezésre elindított havi több mint 2500 Google-keresés során a felhasználó minden esetben találkozik több magánegészségügyi szolgáltató hirdetésével.

A Google Trends kimutatásában jól felfedezhetők az egészségügyben ismert szezonális tendenciák. Az illusztrációhoz a leggyakoribb szakterületek (nőgyógyász, bőrgyógyász, urológus, fül-orr-gégész, endokrinológus) Budapestre irányuló kereséseit választottam. A 3. ábrán az öt szakterület trend jellegű együttmozgása ismerhető fel. A trend értelmezése során látható, hogy a vizsgált négy év során 2019 augusztusában volt a legnagyobb online keresési igény szakorvosokra (ez jelenti a bázist), a további időszakokat ehhez viszonyítva ábrázolja a kimutatás. Megfigyelhető a minden évben az augusztus 20-át követő, valamint az újkor megnövekedett érdeklődés, ahogyan a karácsonyi időszakban a látványos visszaesés. A 3. ábrán megjelöltem az első három, korlátozásokkal is járó járványhullámot, itt is jól kivehető a tendenciózus zuhanás a szakorvosok iránti keresésekben. Ha a pandémia előtti utolsó békeévet, 2019-et a 2022-es évhez hasonlítjuk, a keresési trendek 5-10%-os visszaesése fedezhető fel. Ennek a csökkenésnek



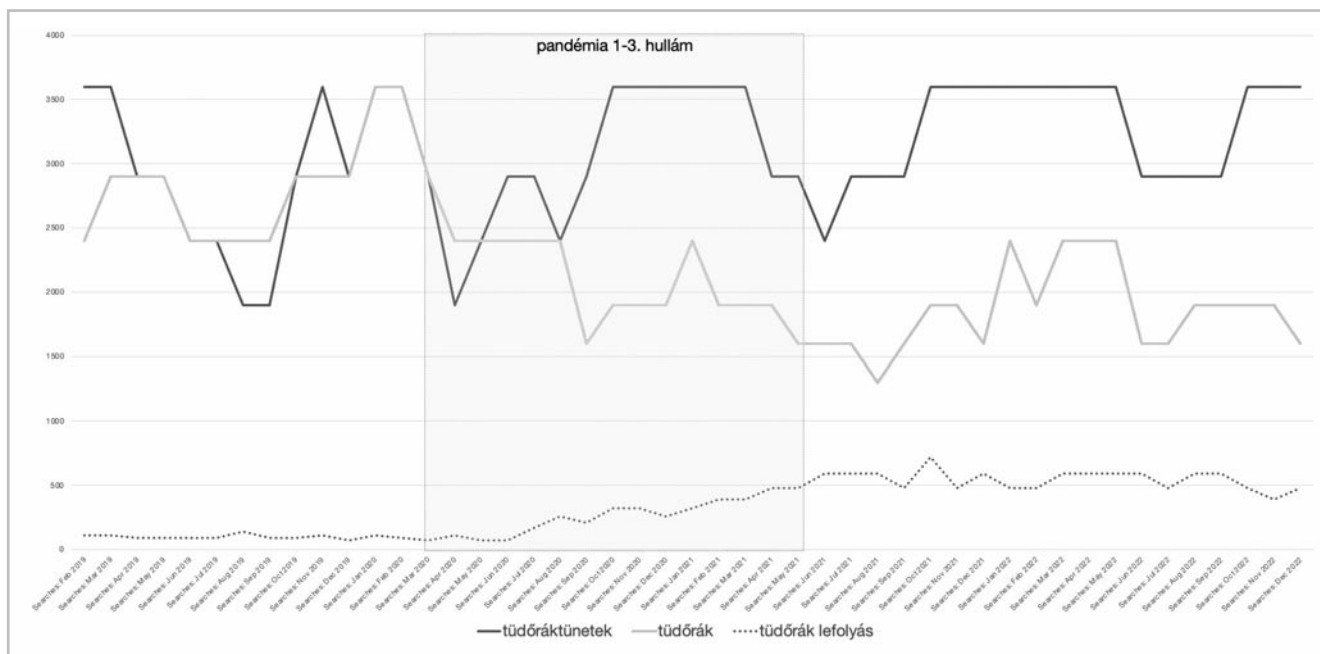
3. ábra
Szakterületi keresés: szakterület + budapest, 2019. január 1. – 2022. december 31. (forrás: Google, saját szerkesztés)

több oka lehet, melyet nem célozom most feltárni, de az kijelenthető, hogy nem a magánellátók iránti kereslet csökkenése van mögötte.

Az ellátás és az online érdeklődés kapcsolata ennél speciólisabb, például onkológiai esetekben is ábrázolható. Elek és szerzőtársai a 2017. és 2021. második negyedéve közötti NEAK adatok alapján a pandémia heterogén hatásait vizsgálták a daganatos betegségek előfordulása tekintetében, mely során megállapították, hogy a járvánnyal összefüggésben a tüdőrákban diagnosztizált esetek száma 14,4%-kal, a kolorektális daganatban 19,9%-kal, illetve emlőrákban 15,5%-kal csökkentek [5]. Ha ezt tény a tüdőrákkal kapcsolatos keresési trendekkel vetem

össze, látható, hogy a tüdőrákra általában és mint diagnózisra a koronavírusjárvány első három hullámában jelentősen csökkentek a keresések, feltételezhetően az elmaradó diagnózis hiányában, lásd a 4. ábrán.

Érdekes megfigyelní ugyanakkor, hogy 2020 augusztusában a kifejezetten a jelek, tünetek, daganatgyanú után kutató keresési kategóriában, a diagnózis típusúhoz képest ollóként nyílik szét a két keresési trend. Míg a pandémia előtt a két keresési trend együtt haladt, 2020-ban elvált és a távolság azóta is megmaradt. Amennyiben a betegséggel kapcsolatos tájékozódást (gyanú esetén a „Dr. Google” böngészését) orvos keresése, majd vizsgálat követi, a két trendvonal egymással párhuzamo-



4. ábra
Tüdőrák és tünetei iránti érdeklődés 2019. február – 2022. december (forrás: Google, saját szerkesztés)

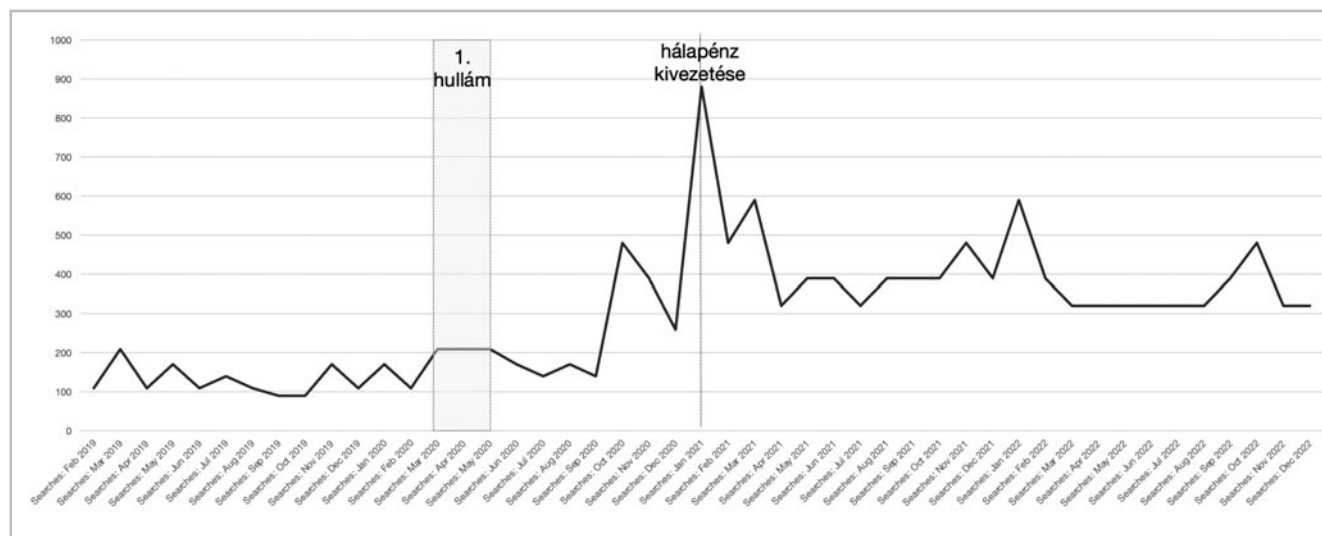
san kell, hogy haladjon. Mindemellett feltűnő, hogy az első járványhullámot követően a tüdőrák lefolyásával, túlélésével kapcsolatos keresési kategória több mint ötszörösére növekedett.

A magánkórházi szolgáltatások két lukratív szakterülete a szülészet-nőgyógyászat, valamint az ortopéd sebészet, a következőkben ennek változásait szemléltetem a keresési trendek tükrében.

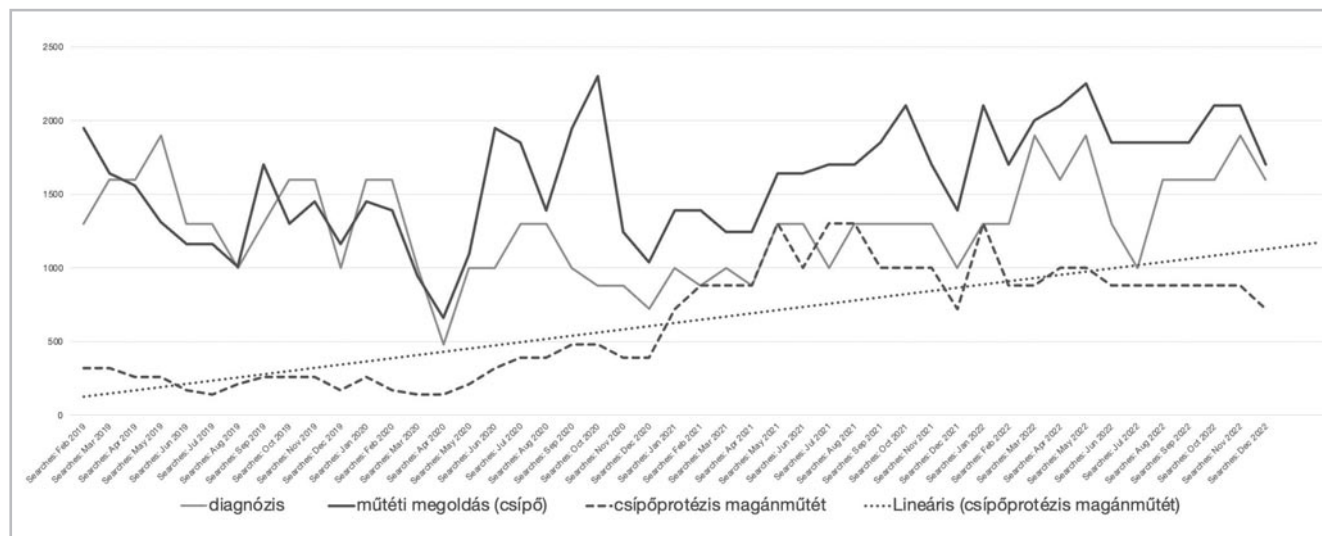
Mint emlékeztető, a COVID első hulláma a járvánnyal nem összefüggő ellátások hozzáférését jelentősen akadályozta. A fertőzéstől való félelem, az állami intézményekkel kapcsolatos bizalom csökkenése többek között a magánaszülések emelkedését eredményezte. Az első pandémiás évben 12%-kal növekedett a magánkórházi szülések száma (2019: 2.171 magánaszülés, 2020: 2.431) [6]. A 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról 2021. január elsejével kivezette a hálapénzt, ez a szülészet területén korlátozta a szabad orvosválasztás intézményét. Ennek következtében a magánaszülések

ugrásszerűen megemelkedtek, 2020-ról 2021-re 45%-kal növekedett számuk (2021: 3.547 szülés) [6]. A magánaszülés iránt érdeklődő családok online keresési változásai, illetve a szülések számának elmozdulását jól mutatja az alábbi, 5. számú ábra. A pandémia első hullámában a magánkórházi szülés iránti érdeklődés, 2019 januárja és 2020 februárja közötti átlagához (105 db havi átlagos keresés) képest 42,8%-kal emelkedett (2020. március-május 150 db átlagos keresés havonta).

Az eszj. törvényt 2020. október 6-án szavazta meg az országgyűlés, ennek hatása már abban a hónapban érzékelhető, 88%-os (2020. szeptemberi keresések száma 170, októberben 320) keresési növekményt hozott a témában. Ha a pandémia előtti utolsó év második felévé, a 2022-es év utolsó hat hónapjával hasonlítjuk össze – kizárva a pandémia első hullámának, valamint a jogszabályi változásnak sokszerű hatását – a havi átlagos keresés ebben a témában megháromszorozódott (2019. II. félév havi átlag 118 db, 2022. II. félév 358).



5. ábra
Magánkórházi szüléssel kapcsolatos keresések 2019. február – 2022. december (forrás: Google, saját szerkesztés)



6. ábra
Csípőprotézis-műtéttel kapcsolatos keresési tematikák változása 2019. február – 2022. december (forrás: Google)

A pandémia az elektív műtéteket is érintette, a műtétek állami és magánkórházi hozzáférése az első hullámban megszűnt, a további két, korlátozásokkal járó hullámban az államiban továbbra sem, a magánkórházakban lassan indult újra. A várólistás elektív műtétek közül a csípőprotézis-műtét példáját említem. Csípőprotézis-műtetre, a várólista csökkentésére irányuló törekvések ellenére, sokan várakoznak, 2023 februárjában 7.575 páciens átlagosan 131 nap múlva számíthat a műteti beavatkozásra (a legrövidebb várakozás 69, a leghosszabb 211 nap) [7]. A csípőprotézis-műtétek iránti online érdeklődés jól mutatja az egészségügyi környezet, valamint a szezonalitást a 6. ábrán.

Ugyanezen az ábrán három kategóriában vizsgáltam a kereséseket, egyrészt a diagnózisra, másrészt a műtetre, harmadrészt az egyértelműen magánműtetre indított kereséseket. Jól megfigyelhető a műtét iránti érdeklődésre jellemző szezonális, azaz a januári és augusztus végi felfutás. Ugyanakkor a keresési mennyiségek ingadozása beazonosítható a pandémia első hullámkor, amikor a járóbetegrendelés hiányában elmaradtak a diagnózisok, ahogyan érzékelhető, hogy a járvány első hulláma után látványosan megemelkedik a magánműtétek iránti kereslet. Különösen látványos az állami műtétek korlátozottsága és a szezonális közös hatása a 2021. januári keresési növekményben. A magánműtét iránti érdeklődésnél látható, hogy 2021-ben és 2022-ben tartósan magas szinten maradt, amit a lineáris trendvonal is jelez.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az egészségügyi rendszer változásai, mint a jogszabályi környezet vagy a pandémia és az általa okozott hozzáférési akadályozottság, hatással vannak a páciensek online viselkedésére, keresési érdeklődésükre. Az egészséggel kapcsolatos keresésekben összefüggés azonosítható az egyes környezeti változások és a keresési trendek elmozdulása között.

Tudomásul véve a magánegészségügyi környezetben az online tér fontosságát, jelentőségét a páciensszerzésben, a Google keresési trendjeit, az egyes témák, szakterületek iránti keresések változásait érdemes figyelemmel kísérni. Ahogy egyes szakterületek iránti érdeklődés felfutása időben észlelhető, azt a magánellátó stratégiai-taktikai döntéssel kezelni képes. Ugyanakkor a tendenciák követése segítségével előre jelezhetővé válnak a magánpáciensek új érdeklődései, a privát szolgáltatók fejlesztési területei. Mindezen adatokat retrospektíven vizsgálva, magyarázatot találunk a páciensforgalomban, illetve a szolgáltató iránti érdeklődésben bekövetkezett változásokra is. Végezetül a fizetett hirdetések, a Google-kampányok elemzésében és értékelésében nélkülözhetetlen elem az online környezet és a trendek pontos ismerete.

A szerző a közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka során anyagi támogatásban nem részesült. A szerzőnek nincsenek érdeklődései.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Individuals – internet activities (online data code: ISOC_CI_AC_I) Source of data: Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC_CI_AC_I__custom_727665/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=1a5be037-0a4f-4cb5-8055-484c01428b38
- [2] EUROSTAT Published by Statista Research Department, Feb 22, 2022 <https://www.statista.com/statistics/1241265/hungary-internet-users-seeking-health-information-online/>
- [3] Byers K: What 3.25 Billion Website Visits Tell Us About the Internet's Top Traffic Sources, 2020, GrowthBadger <https://growthbadger.com/traffic-study/#health-and-medical>
- [4] Girasek E, Boros J, Döbrösy B et al.: E-páciensek Magyarországon: Digitális egészséggel kapcsolatos ismeretek, szokások egy országos reprezentatív felmérés tükrében, Orvosi Hetilap, 2022, 163(29), 1159-1165. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32512>
- [5] Elek P, Csanádi M, Fadgyas-Freyler P et al.: Heterogeneous impact of the COVID-19 pandemic on lung, colorectal and breast cancer incidence in Hungary: results from time series and panel data models BMJ Open 2022;12:e061941. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061941>
- [6] Lengyel L: Budapesten minden ötödik baba magánszülészeten jött világra, TOP30 Legbefolyásosabb szereplő a magánegészségügyben, 2022, 68-73.
- [7] Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) várólista, 2022.02.28. állapot szerint. https://jogviszony.neak.gov.hu/varolista_pub/

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Lengyel Livia 1998-ben közgazdász, majd 2000-ben marketingkommunikációs szakközgazdászdiplomát szerzett. 2022-ben végzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző

Központ egészségügyi menedzser mesterképzésén. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola doktorandusz hallgatója. Közel másfél évtizede tevékenykedik a hazai privát egészségügyben, mint stratégiai és kommunikációs tanácsadó.

Betegek a betegbiztonságról

Patients about patient safety

Báldy Barbara¹ ✉, Dr. Safadi Heléna^{2,3}, Dr. Lám Judit PhD^{2,3}

¹Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola Egyének és közösségek erőforrásainak szociológiai és mentálhigiénés megközelítése c. program, Budapest,

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

³ NEVES Egyesület a Betegbiztonságért, Budapest

✉ baldy.barbara@phd.semmelweis.hu

Napjainkban a betegek szerepe megváltozott, részvételük az ellátásban fontossá vált a betegbiztonság megteremtésének érdekében. Összefoglalónk célja annak bemutatása, mit tudnak a betegbiztonságról maguk a betegek, és miként vélekednek saját szerepükről. Irodalomkutatásunkba a 2017 és 2021 között megjelent nemzetközi, angol nyelvű cikkek közül összesen 55 releváns cikk kutatási eredménye került feldolgozásra. A betegek nézőpontját vizsgáló kutatásoknak nem találtuk egységes keretrendszerét, így négy dimenziót (szerep, igény, tudás, megélés) definiálva dolgoztuk fel a szakirodalmi eredményeket. A vizsgált kutatások eredményei rávilágítottak arra, hogy a betegek számos területet csak kevésbé társítanak a betegbiztonsághoz. Kiemelt téma számukra ugyanakkor az egészségügyi dolgozók és a betegek közötti kielégítő és empatikus kommunikáció. Részvételük az ellátásban eltérő mélységű, amit az ismeretek megléte vagy hiánya, az egyéni hajlandóság, az adott szituáció és az ellátók hozzáállása is befolyásol. A betegek egyre jobban törekszenek a saját ellátásukban való aktív szerepvállalásra. A betegek bevonásának, ösztönzésének fontos eszköze az empatikus kommunikáció, az érzelmi biztonságot teremtő légkör és a betegek tudásának növelése. Aktív részvételük pozitív hatással van az ellátás minőségére, ami a hozzátartozók részvételével tovább növelhető. A betegbiztonság fejlesztésében törekedni kell a betegek bevonására, saját szerepük erősítésére. Mind az ellátórendszerben dolgozók, mind a betegek oldaláról a kérdéskör tudatos kezelése és átfogó edukációs programok által történő erősítése lenne indokolt.

Kulcsszavak: betegbiztonság, betegrészvétel, betegbevonás, szerep

Nowadays, the role of patients has changed, and their participation in the healthcare system has become essential to create patient safety. In many studies, patient engagement with patient safety is seen from the perspective of healthcare workers, therefore the aim of this summary is to show what patients themselves know about patient safety and how they perceive their role. A total of 55 relevant international articles published in

English between 2017 and 2021 were included in our literature search. We used the databases of PubMed, Web of Science (Core Collection), Scopus and Ovid. We searched in the title and abstract of the studies, using the following keywords and their equivalents: patients and patient safety, patients' experience, patients' perspective, patients' knowledge, patients' role, patients' emotions, patient involvement, patient participation. Articles dealing specifically with patient safety in relation to children and dental practices were excluded from the search. We did not find a unified framework for research on patients' perspectives, so we have defined four dimensions (role, need, knowledge, experience) to process the literature. The results of the reviewed research highlighted that patients associate few aspects of patient safety with a number of domains. The top three topics that they connected to patient safety were information transfer (from the patient and the health care worker) and communication, medication and the functioning of health care as an institutional system. The patients highlighted the issue of adequate and empathic communication between health professionals and patients. Their involvement in their care varies in depth, influenced by their level of knowledge or lack of it, individual willingness, the situation and the attitudes of caregivers. Patients are increasingly keen to take an active role in their own care. Empathic communication, an atmosphere of emotional safety and patient empowerment are important tools to involve and encourage patients. Their active involvement has a positive impact on the quality of care, which can be further enhanced by the involvement of relatives. In improving patient safety, efforts should be made to involve patients and empower them. This should be addressed consciously and strengthened through comprehensive education programs, both for staff and patients.

Keywords: patient safety, patient participation, patient involvement, role

BEVEZETÉS

A betegbiztonság kérdése először az 1990-es évek végén, a 2000-es évek elején került a tudományos köztudatba, az Amerikai Egyesült Államokban megjelent két ikonikus publikáció: a 'Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century' [1,2] és a 'To Err is Human: Building a Safer Health System' [3] által. A kiadványok felhívták a figyelmet a betegbiztonság fontosságára, és megoldási javaslatokat is megfogalmaztak annak fejlesztésére.

A nemzetközi publikációkat követően Magyarországon is elkezdődtek a betegbiztonsággal kapcsolatos vizsgálatok. Megállapításra került, hogy az egészségügyi szolgáltató intézményekben a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra még éretlen, fejlesztésre szorul [4]. Ehhez azonban szükség van az ellátásban részt vevő szakemberek szemléletformálása mellett a betegek edukációjára és rendszerintű fejlesztésekre is [5]. A modern egészségügyi ellátórendszerben ugyanis a betegek szerepe megváltozott: passzív szereplőből egyre inkább aktív, tudatos és informált felhasználóvá váltak [6], és fontos résztvevői lettek az ellátás biztonságossá tételének és fejlesztésének is. A betegek ezen szerepeit mind a World Health Organization, mind az European Patients' Forum is támogatja például a betegjogok edukációjával, az egészségértés (health literacy) fejlesztésével és az egészségügyi rendszerek működésének ismertetésével [2,6,7].

A betegbiztonság fejlesztése érdekében Magyarországon különböző programok is indultak, mint az intézményeknek szóló NEVES (NEM Várt ESEMények Program) Betegbiztonsági Program [8] és a MEES 2 (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok 2) alapját képező BELLA (BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért) [9,10]. Létrejött egy betegeknek is szóló betegbiztonsági weboldal, a betegbiztonság.info is.

A számos hazai és nemzetközi kezdeményezés ellenére a betegbiztonság továbbra is csak lassan változik mind az ellátó rendszerben résztvevők gyakorlatát és attitűdjét, mind a betegek hozzáállását nézve, ez pedig a témakör további vizsgálatát teszi szükségessé [4,11,12]. A szakértők között egyetértés mutatkozik abban, hogy az egészségügyi ellátás minden szintjén javítja a biztonságot, a hatékonyságot és az ellátás eredményességét, minőségét, ha a betegek aktív szerepvállalását ösztönözzük [13-16]. A szerepvállalás alapja a beteg, aki a saját testének, tüneteinek és állapotának szakértője [17], és megjelenhet az aktív cselekvésben (pl. önmenedzsmentben) [18,19] vagy akár az információnyújtásban is [20].

Számos tanulmányban a betegek betegbiztonsággal kapcsolatos szerepvállalását az egészségügyi dolgozók nézőpontjából látjuk, és jóval kevesebb az olyan kutatás, amely a betegek körében vizsgálja mindezt [14,21,22].

Márpedig véleményünk szerint ez a nézőpont lehet a kiindulási alapja a magyar betegeknek szóló tartalomfejlesztéseknek, és ez adhat támpontot a betegellátás résztvevőinek is a sikeres betegbevonáshoz.

CÉLKITŰZÉS

Jelen tanulmány célja a szakirodalom áttekintése és a rendelkezésre álló megállapítások strukturált összefoglalása annak érdekében, hogy a betegbiztonság területén átfogó képet kapjunk a betegek kapcsolódó ismereteiről, vélekedéseikről.

ADATOK ÉS MÓDSZER

A téma feltárásakor egyetlen magyar nyelvű publikációt sem találtunk, így a keresést a nemzetközi adatbázisokban folytattuk: felhasználtuk a PubMed, a Web of Science (Core Collection), a Scopus és az Ovid adatbázisát.

A keresés során a tanulmányok címében és absztraktjában kerestünk, az alábbi keresőszavakat és megfelelőiket használva: patients és patient safety szókombináció, patients' experience, patients' perspective, patients' knowledge, patients' role, patients' emotions, patient involvement, patient participation. A gyermekekkel és kifejezetten fogorvosi gyakorlattal kapcsolatos betegbiztonsággal foglalkozó cikkeket kizártuk a kutatásból.

Az irodalomkutatás során kizárólag a 2017-2021 között megjelent, angol nyelvű cikkek kerültek feldolgozásra. A keresés során nem fogalmaztunk meg szűrési kritériumot a földrajzi elhelyezkedésre vonatkozóan a publikációk alacsony száma miatt. Csak azokat a cikkeket vizsgáltuk, amelyekben a betegek szemszögéből kerül bemutatásra a betegbiztonság legalább egy – az Eredmények részben ismertetett – dimenziója, így kizártuk azokat a tanulmányokat, amelyek csak az egészségügyi szakemberek véleményét tükrözik a kérdéskörben. A talált irodalmakat az ellátás szintje, az egészségügyi szakterület, a betegcsoport, a vizsgált módszertan és a betegbiztonsági témakör szerint csoportosítottuk, majd dimenziókba soroltuk (1. táblázat).

EREDMÉNYEK

Jelen közlemény 55 releváns cikk megállapításait dolgozza fel, azonban ebből, csak a legfontosabb 35 eredményt mutatjuk be a terjedelmi korlátok miatt [14-48]. A betegek betegbiztonsághoz való kapcsolatát négy dimenzióra osztottuk: a betegek szerepét, szempontjait/igényeit, tudását és megélését vizsgáltuk. Az egyes dimenziók definícióit a 2. sz. táblázatban tüntetjük fel. Ezen dimenziók mentén kategorizáltuk és dolgoztuk fel az elérhető szakirodalmat. Az egyes tanulmányokban párhuzamosan is megjelenhetnek az egyes dimenziók, egy-egy vizsgálat akár több dimenzió mentén is magyarázhatja a betegek betegbiztonsághoz való viszonyát.

A szakirodalomban talált legfontosabb eredményeket az alábbiakban foglaljuk össze témakörönkénti bontásban.

Információátadás és kommunikáció

A betegek szerepe: A kommunikáció hiánya vagy nem megfelelő volta akadályozza a betegek eredményes bevoná-

Témakör	A témakör betegbiztonsághoz társítottságának mértéke a betegek körében	A betegek betegbiztonsághoz való kapcsolódásának lehetséges dimenziói
Információátadás (a beteg és az ellátó felől induló) és kommunikáció	Magas	Szemponatok/igények, Tudás, Szerep, Megélés
Gyógyszerelés	Magas	Szemponatok/igények, Tudás, Szerep, Megélés
Az egészségügy mint intézményes rendszer működése	Magas	Szemponatok/igények, Tudás, Szerep, Megélés
Kapcsolat az egészségügyi dolgozókkal	Közepes	Szemponatok/igények, Tudás, Szerep, Megélés
Betegek mint önálló szereplők az ellátásban	Közepes	Szemponatok/igények, Szerep
Demográfiai jellemzők és egészségértés	Alacsony	Szemponatok/igények, Tudás, Szerep, Megélés
Visszajelzés, hibák jelentése és jogi kérdések	Alacsony	Szemponatok/igények, Tudás, Szerep, Megélés
Esés megelőzés	Alacsony	Tudás, Megélés
Hozzá tartozók jelentősége a hibák megelőzésében	Alacsony	Szerep
Kulturális hatások az ellátás során	Alacsony	Szerep
Fertőzés megelőzés	Alacsony	Tudás

1. táblázat

A betegbiztonság vizsgált témakörei, a témakörök betegbiztonsághoz társítottságának mértéke a betegek körében és a betegek betegbiztonsághoz való kapcsolódásának lehetséges dimenziói az egyes témakörökben. Saját szerkesztés.

A betegek szerepe	A beteg mint a biztonságos ellátásban – az egészségügyi ellátás szakmai szereplői mellett – megjelenő aktív szereplő és kapcsolódó cselekvési tere.
A betegek szempontja	A betegek igényei, fontos témakörei a betegbiztonság kapcsán.
A betegek tudása	A betegek betegbiztonsággal kapcsolatos tudása és olyan ismeretek, amelyeket a betegek a betegbiztonsághoz kötnek. A tudás ellenőrzésére, vizsgálatára kialakított szempontrendszert a kutatók alakítják ki. Ide tartoznak azok a betegbiztonsággal kapcsolatos elemek és témakörök is, amelyekről a betegeknek nincs, vagy hiányos tudása van.
A betegek megélése	A betegek betegbiztonsággal kapcsolatos tapasztalatai és érzelmi megélései.

2. táblázat

A betegek betegbiztonsághoz való kapcsolódásának dimenziói. Saját szerkesztés.

sát a saját ellátásukba [27,43]. A megfelelő kommunikáció és edukáció ellenben növeli a betegbiztonsággal kapcsolatos tudatosságukat [28,34]. A tanulmányok szerint a betegek képesek lehetnek azonosítani és felismerni a hiányos vagy hibás információkat és az ehhez vezető hibákat (pl. időhiány; nem kapnak elég információt a gyógyszerelésről, vagy arról, hogy mit kell tenniük) [7,14,18,22,24,26,29,30,36,44,48].

A betegek szempontjai: A betegekben erős az igény arra, hogy az egészségügyi dolgozókkal megosszák a náluk lévő

információkat [7,27,29,31], ennek elmaradása negatív érzéseket szül bennük [27]. Fontos a szükségleteik és érzéseik tolmácsolása is [29], valamint a nyílt, őszinte, világos és következetes kommunikáció [30], az, hogy aktívan meghallgassák őket, és vegyék is figyelembe az elhangzottakat [39] – a betegek tehát alapvetően megértést, bizalmat és kooperációt szeretnének [48]. A magánellátásban egyébiránt magasabbnak bizonyultak a reszponzivitási és kommunikációs elvárások, egy ausztrál kutatás szerint [33].

A betegek tudása: A betegek az orvosokon kívül az ápolókat is fontos információforrásként jelölték meg [35, 36].

A betegek megélése: A betegek aktív szerepvállalását akadályozza, ha félnek megkérdőjelezni a szakemberek tudását (pl.: félnek visszajelzéseket adni vagy kérdezni) [48], ha alulinformáltak, vagy ha függésben maradnak az ellátással [23]. Korábbi negatív tapasztalatok szintén megnehezítik részvételüket az ellátási folyamatban [35].

Gyógyszerelés

A betegek szerepe: Fylen és munkatársai megerősítették, hogy a legtöbb beteg tapasztal gyógyszerelési hibákat az ellátás során [19], és a gyógyszerelés területét a páciensek egyértelműen a betegbiztonság témájához kötik [7,39]. A betegek gyógyszermenedzsmentben betöltött szerepe nem elhanyagolható [44]. A gyógyszerelésből adódó hibák megelőzésében a betegeknek kiemelt szerepe van (pl. a teamek közötti információátadás támogatásában, a felírási hibák észlelésében, hiányzó gyógyszerek azonosításában) [19,20]. Olyan információik lehetnek, amelyekre az orvosoknak nincs rálátása az adott pillanatban (pl. gyógyszerallergia, amely nem szerepel a beteg kórlapján) [20]. A betegek felelősségvállalása saját gyógyszerelésük iránt fokozott stresszt okozhat számukra, ugyanakkor magasabb szintű betegbiztonsághoz is vezethet [20,47].

A betegek szempontjai: A gyógyszerelés kapcsán a betegek részéről általánosan nagy igény mutatkozik a bevonásukra [17,46] csakúgy, mint a gyógyszereléssel kapcsolatos rendszeres tájékoztatás is jellemzően az elvársaik között szerepel (pl. gyógyszerelési terv, hatások és különösen a mellékhatások ismertetése) [7,18-21,35,39,46,48]. Meg kell azonban említenünk, hogy a tájékoztatási igény mértéke eltérő lehet [35,36]. Elvárásuk, hogy a kezelőorvos az összes szedett gyógyszert figyelembe vegye a gyógyszerelésük kiértékelésekor a hibák elkerülése érdekében [46]. Több kutatás is megerősítette, hogy nehézséget jelent, ha nem kapnak számukra elegendő információt a gyógyszerelésükről, például a kórházból való elbocsátás után, illetve módosítás esetén a pontos, mindennapi alkalmazásról (pl.: adagolás) [18,19,47].

A betegek tudása és megélése: A gyógyszerelés betegoldalon jelentkező hibáinak jellemző okai, hogy a leírt információkat a páciensek nem értik meg vagy félreértik azokat, a szóbeli információátadást az orvosok időhiány miatt elsietik, illetve a betegek érzelmi állapotuk miatt nem tudnak kellően figyelni az elmondottakra (pl. a diagnózis híre érzelmileg negatívan érintheti őket) [20].

Kapcsolat az egészségügyi dolgozókkal

A betegek szerepe: A betegek úgy gondolják, hogy a betegbiztonságot növeli, ha az ellátási döntésekbe az egészségügyi szakemberek bevonják őket [22,39], amihez elengedhetetlen az ellátó és beteg közötti, bizalomra épülő partneri kapcsolat [32,38,42,48].

A betegek szempontjai: A betegbevonás ugyanakkor egy dinamikus alakuló viszony az egészségügyi dolgozók és

a betegek között. A betegek bevonásának célja a beteg személyes autonómiájának növelése saját maga ellátásában, amelyhez együttműködésre, közös döntéshozásra és a betegek önálló döntéshozatalára is szükség van [17,24,42]. Ebből kifolyólag az aktuális állapotukat is figyelembe vevő, annak mérlegelésével történő, úgynevezett dinamikus bevonásra van igényük (pl. a kimerült, enervált beteg nem biztos, hogy bevonást igényel az adott pillanatban) [34]. Jellemzően bizalommal fordulnak a dolgozók felé, mert azt feltételezik, hogy „oda fognak rájuk figyelni” [23]. Ugyanakkor fontos megjegyeznünk, hogy a kórházi dolgozókba vetett túlzott bizalom hátráltató tényező is lehet [38], például az egyes hibákat kisebb eséllyel jelentik, és kevésbé veszik észre azokat [46, 47].

A betegek tudása: Bár a hibák és majdnem hibák (near miss) felismerésének képességében a betegek maguk is látnak még fejleszteni valót [31], hajlandóak e téren tanulni, jó gyakorlatokat elsajátítani [15,22].

A betegek megélése: A beteg és az ellátó közti kapcsolat kiépítését segíti a bemutatkozás, a barátságos, a megnyugtató, kedves és humoros hangnem, a nyitott légkör, illetve a rendszeres ellenőrzés és a higiéniai előírások betartása [26, 27,42]. Műtéti beavatkozások esetén a betegeket jelentősen megnyugtatja, ha az aneszteziológusok a jelenlétükben használják az ellenőrző listát [25]. Nagyra értékelik, ha az ellátásban jellemzően ugyanazokkal az ápolókkal találkoznak, és több figyelem jut egy-egy betegre [35].

Betegek mint önálló szereplők az ellátásban

A betegek szerepe: Az elmúlt években egyre aktívabbá váltak a betegek a saját ellátásukkal kapcsolatban, felismerték, hogy ők maguk szakértői a testüknek, a tüneteiknek és az állapotuknak [17]. A bevonódás kívánt mértéke azonban eltérő lehet betegcsoportonként, de akár betegenként és szituációnként is [24]. Ha a betegek fontosnak tartják saját szerepvállalásukat, hajlandóak többet is tenni érte [32], ugyanakkor passzív szerepet vesznek fel, ha úgy gondolják, a betegbiztonság nem az ő felelősségük [32]. Az, hogy a betegek felismerik a saját jelentőségüket és hozzáadott értéküket, megerősíti őket (empowering) a saját szerepükben [24]. A felelősség kérdését illetően a betegek és az egészségügyi dolgozók között megosztott felelősségről beszélnek [34].

A betegek szempontjai: A betegeknek igénye van a történések megismerésére, a saját ellátásukban és a kapcsolódó döntésekben való részvételre, a diagnózis és kezelés megértésére, a kockázatok megismerésére, a műtétekre való felkészülésben és a hibák megelőzésében való részvételre, a megbecsülésre az ellátó részéről, és hogy partnerként kezeljék őket [7,27,29,34,39].

Visszajelzés, hibák jelentése és jogi kérdések

A betegek szerepe és tudása: A nemzetközi gyakorlatban az ellátással összefüggő nemkívánatos eseményeket az egészségügyi ellátók mellett a betegek maguk is jelenthetik. A hibák, incidensek jelentésében való részvételhez tudatosság és tudás is szükséges: a hibák jelzési lehetőségével kap-

csolatos megfelelő ismeret mellett az aktuális, kockázatos helyzet vagy hiba felismerésére is szükség van [15]. Azok a betegek, akik több ismerettel rendelkeznek a megbiztonságról, inkább hajlandók jelentésben részt venni [41]. A betegek jellemzően nagyobbban írják le az okozott károkat, mint az egészségügyi dolgozók jelentései, továbbá részletesebben jellemzik a hibákat és azok körülményeit is [37].

A betegek szempontjai és megélése: A hibák jelzését hátráltatja, ha a betegek nem tudják, hogyan kell jelenteni azokat [21,38,41], ha alacsony az egészségértésük és a tudásszintjük [41,45], ha aggódnak az adataik védelme miatt [41], ha túl bonyolultak a jelentési rendszerek [41], ha időskorúak [15], ha félnek a jelentések negatív következményeitől [23], ha rossz az egészségi állapotuk [23], ha krónikus betegség esetén kiszolgáltatottak az ellátórendszernek [23], továbbá ha az intézményben akadályozott a jelentéstétel [23]. Ha a betegek visszajelzéseit elutasítják, úgy élik meg, hogy véleményük nem számít, nem figyelnek rájuk, nem veszik őket komolyan [43].

A betegek részéről van hajlandóság a hibák jelzésére [15]. A jelentések motivációi szerteágazóak lehetnek: például a későbbi hibák megelőzése, kompenzáció és a hibázó orvos megbüntetése [21], vagy az érzelmi traumatizáció elszívése [40]. A betegek nagyra értékelik a lezárást, bocsánatkérést és a kivizsgálásról való tájékoztatást, ami csökkenti a jogi útra terelések arányát [45] és rámutat az ellátó és a beteg közötti kommunikáció fontosságára e területen is [45].

További, a betegek által a megbiztonsághoz alacsony szinten társított témakörök

A betegek jellemzően kevésbé félnek az eleséstől, ezért egyrészt nehezebben sorolják magukat a magasabb kockázati csoportba, másrészt motivációjuk is alacsony a megelőzést illetően [16]. Ezt információátadással kevésbé, de az esésmegelőzés fejlesztését célzó programmal sikerült növelni, és ez mellesleg a beteg és az egészségügyi dolgozók viszonyára is pozitív hatással volt [16]. A fertőzésmegelőzés területén hasonlóan alacsony tudás- és tudatosság-szinttel találkozunk a betegek oldalán [21].

MEGBESZÉLÉS

A szakirodalom a betegek megbiztonsággal kapcsolatos meglátásait jelenleg még szűk körűen, különféle témakörök-höz kötötten, töredezetten – nem önálló fókusszal – tárgyalja. Érzékelhető továbbá, hogy a különböző témaköröket a betegek maguk is különböző mértékben társítják a megbiztonsághoz. Témaválasztásunknak külön jelentőséget ad, hogy a 2022 szeptemberében megjelent Ipsos Global Health Monitor eredményei szerint 34 vizsgált ország közül a magyar lakosság esetén volt a legalacsonyabb a biztonságérzet az ellátás során. A betegek a rendszert túlterheltek tartják, az egészség fenntartásához szükséges információk pedig sokszor nehezen elérhetőek [49]. A téma világszerte értelmezhető jelentőségét jelzi az is, hogy a WHO a 2023. évi megbiztonsági világnapjának központi témájaként választotta a betegek ellátásba való aktív bevonását és ennek érdekében történő felhatalmazásukat (www.who.int).

totta a betegek ellátásba való aktív bevonását és ennek érdekében történő felhatalmazásukat (www.who.int).

Egységes megközelítés hiányában a betegek megbiztonsághoz való viszonyát négy dimenzióra osztottuk. Definiáltuk a betegek szerepét, a betegek szempontjait és igényeit, a betegek tudását és a betegek megéléseit (2. táblázat).

A betegek eltérő szerepvállalással lehetnek jelen az ellátási folyamatokban. Bármilyen szintű részvételüket azonban nagymértékben befolyásolja az empatikus kommunikáció és az érzelmi biztonságot megerősítő légkör [23]. Hozzáadott értékük megnyilvánulhat a téves információk kiszűrésében, hiányzó információk biztosításában, hibák azonosításában, azok visszajelzésében, az ellátási döntések meghozatalában, illetve kellő compliance esetén a diagnosztikai és terápiás beavatkozások helyes előkészítésében és lebonyolításában, valamint az önmenedzselésben. Az aktívabb részvétel betegoktatással alapozhatjuk meg. A betegek és a hozzátartozók megbiztonságban betöltött szerepe sok esetben az ellátói oldalról sem ismert. Egy magyar, betegátadással kapcsolatos vizsgálat is megerősítette, hogy a betegek számos információval rendelkeznek, ennek ellenére a betegek és hozzátartozók szerepe háttérbe szorul, az ellátásban részt vevő egészségügyi szakemberek nem úgy gondolnak rájuk, mint a betegátadásban részt vevő aktív, érdemi szereplőre [50].

A betegekben egyre magasabb az igény az ellátásukba történő bevonásra [17,46]. Szeretnék megérteni a történeteket, és hogy ők maguk mit tehetnek a kedvező kimenetel elérése érdekében [27]. Ez azonban azt feltételezi, hogy a szükséges információkhoz hozzájutnak a számukra megfelelő, érthető formában. Ugyanakkor személyes preferenciák és szituációfüggő tényezők is befolyással vannak az aktív szerepvállalás kívánt mértékére. Az ellátók iránti túlzott bizalom szintén csökkentheti a részvétel mélységét [38,46,47].

A betegek ellátáshoz köthető ismereteinek mértéke, minősége egyértelműen befolyásolja a megbiztonságban betölthető szerepüket. Minél több tudással bírnak e területen, annál inkább tudnak partnerként részt venni az ellátási folyamatokban és azok fejlesztésében. A hiányos ismeretek esetenként többletkockázatot is jelentenek, mert a betegek hamis biztonságérzetéhez vezethetnek, mint ahogy ezt az esési kockázat szubjektív megítélése kapcsán is láthattuk [16]. Azok a területek, ahol a betegek saját szerepüket kevésbé vagy tévesen ismerik fel, a fejlesztési intézkedések fókuszterületei lehetnek.

Az, hogy a betegek hogyan élik meg az ellátási folyamatukat, visszatükröződik a fent megismert szerepvállalási, ismeretbeli és igénybeli tényezőkben. Általában arra van igényük és az fontos számukra, amit negatívan tapasztalnak meg: az ellátók nem szentelnek rájuk kellő időt, figyelmet, nem osztják meg velük, illetve nem magyarázzák el az ellátásukhoz kapcsolódó részletes információkat, és sokszor nem tekintik őket partnernek [26,27,29-31,34,35,39,42]. A betegekben sokszor azért sem merül fel a részvétel

tel lehetősége, mert már az az információ is hiányzik, hogy erre egyáltalán lehetőségük volna és miként volna lehetőségük. A kiszolgáltatottság érzése szintén jelentős gátját képezi az aktív bevonódásnak, ezért a hozzátartozók támogató jelenlétét, segítő tevékenységét is kiemelten igénylik [23,29,32].

Javaslatok a betegek megbiztonsághoz való hozzájárulásának fejlesztéséhez

A páciensek megbiztonság iránti elköteleződését az edukáció nagyban elősegíti, erre több jógyakorlatot is találtunk (pl. okostelefon-alkalmazás, sebészeti megbiztonsági ellenőrző lista (surgical patient safety checklist)) [7, 14, 22, 32]. Aktív szerepüket az oktatásán kívül ösztönözni lehet egyéb verbális és nonverbális kommunikációval is (akár a saját szerepükre vonatkozóan is), részvételre és cselekvésre való bátorítással (pl. kérdések feltevése, átadásban való részvétel, hiányzó információk azonosíthatása, aggodalmak megosztása), információk írásban való közlésével és főleg a folyamatokba való bevonással [14, 21, 22, 26, 28, 29, 34-36]. A jó kapcsolatból adódó beteg compliance és adherencia segítheti a gyorsabb felépülést, és a kezelések gazdasági értelemben vett hatékonyságát is növelheti [35].

A jelentési rendszerek és elérhetőségük már önmagukban is pozitívan befolyásolhatják a betegek megbiztonsághoz való hozzáállását, aktivitását [28], különösen, ha az jól strukturált és könnyen kezelhető [38].

Emellett a szakirodalom számos esetet ismertet, amikor a betegek maguk dolgoznak ki különböző, például biztonságos gyógyszerelést támogató stratégiákat (pl. rutin kialakítása, zárójelentés ellenőrző listaként való használata, emlékeztetők beállítása, listák szerkesztése, pohár kikészítése stb.), azaz megfelelő tudás birtokában ők maguk is lehetnek a fejlesztési lehetőségek forrásai [18, 19].

KÖVETKEZTETÉS

A betegek aktív szerepe elengedhetetlen az egészségügyi ellátás során, hiszen a megbiztonság mindannyiunk, ellátók és betegek, hozzátartozók közös felelőssége. Láthatjuk, hogy a betegek kommunikációval, a hibák felismerésével, illetve azok megelőzésével rengeteget tudnak a biztonságos ellátásért tenni, segítve, védve mindezzel a leterhelt egészségügyi dolgozókat.

A hazai tapasztalataink és a nemzetközi eredmények is abba az irányba mutatnak, hogy a páciensek megbiztonságban betöltött szerepe még nem épült be az egészségügyi dolgozók gondolkodásába. Javasoljuk ezért az ellátórendszer munkatársai tudásának és eszköztárának bővítését e területen (pl. betegbevonás megvalósítása, ösztönző kommunikáció), amelyet tréningek, segédanyagok kialakításával támogathatunk, hiszen ezek az információk nem, vagy csak korlátozottan mértékben érhetőek el a magyar graduális és a posztgraduális képzések során. A betegek oldaláról is láthattuk, hogy a téma kapcsán hiányos ismeretekkel rendelkeznek, ezért célszerű további vizsgálatokat folytatni a magyar betegek ismereteinek pontos feltárására a célzott fejlesztési irányok megfogalmazása érdekében.

A témakör komplex vizsgálata segítheti egy későbbi, szisztematikus és összehangolt edukációs program létrehozását, ami az ellátórendszerben dolgozókat és a betegeket is érinti, ám ehhez elengedhetetlen a megfelelő egészségpolitikai támogatás. A megbiztonság növelése, a biztonságos ellátás társadalmi és gazdasági szinten egyaránt közös érdekünk, ez azonban csak a betegek megfelelő részvétele, a részvételüket lehetővé tevő felhatalmazás, valamint közös döntés- és felelősségvállalás mellett érhető el a modern, ellátó- és betegközpontú egészségügyi rendszerekben.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. NAP. Washington, 2001. DOI: 10.17226/10027
- [2] European Patients' Forum: Briefing paper on patient safety with a focus on the role of patients and families. Available from: <https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/patientssafety/patient-safety-briefing-paper.pdf> [accessed: March 13, 2023]
- [3] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS: To err is human: building a safer health system. National Academy Press. Washington, 2000. DOI: 10.17226/9728
- [4] Lám J, Merész G, Bakacsi G et al.: Changing of the patient safety culture in the pilot institutes of the Hungarian accreditation program. [A megbiztonságot támogató szervezeti kultúra változása a hazai akkreditációs programot tesztelő intézményekben.] Orv Hetil. 2016; 157:1667-1673. [Hungarian] DOI: 10.1556/650.2016.30556
- [5] Fügedi G, Lám J, Belicza É: Accreditation in health care. [Akkreditáció az egészségügyben.] Orv Hetil. 2016; 157:138-145. [Hungarian] DOI: 10.1556/650.2015.30330
- [6] WHO: Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf [accessed: March 13, 2023]
- [7] Harris K, Søfteland E, Moi AL et al.: Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist – a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2020; 20: 1-10. DOI: 10.1186/s12913-020-4888-1
- [8] Belicza É, Kullmann L: NEVES (unexpected events): implementation of a patient safety program in Hungary.

- [NEVES (nem várt események): betegbiztonsági program hazai megvalósítása.] *Kórház*. 2008; 15: 32-35. [Hungarian]
- [9] Belicza É, Lám J, Safadi H et al.: The role of the BELLA accreditation program in improving the safety of patient care, part 1: The development methodology. [A BELLA akkreditációs program szerepe a betegellátás biztonságának javításában, 1. rész: A fejlesztési módszertan.] *IME*. 2015; 14: 8-12. [Hungarian]
- [10] Lám J, Safadi H, Sinka Lászlóné Adamik E et al.: The role of the BELLA accreditation program in improving the safety of patient care, part 2: The professional content, the review concept and the first experiences of the application. [A BELLA akkreditációs program szerepe a betegellátás biztonságának javításában, 2. rész: A szakmai tartalom, a felülvizsgálati koncepció és az alkalmazás első tapasztalatai.] *IME*. 2015; 14: 35-38. [Hungarian]
- [11] Dzau VJ, Shine KI: Two decades since to err is human: progress, but still a "chasm". *JAMA*. 2020; 324: 2489-2490. DOI: 10.1001/jama.2020.23151
- [12] Leatherman S, Berwick DM: Accelerating global improvements in health care quality. *JAMA*. 2020; 324: 2479-2480. DOI: 10.1001/jama.2020.17628
- [13] Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N et al.: Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007; 10: 259-267. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x
- [14] Cho S, Lee E: Effects of self-education on patient safety via smartphone application for self-efficacy and safety behaviors of inpatients in Korea. *Healthc Inform Res*. 2021; 27: 48-56. DOI: 10.4258/hir.2021.27.1.48
- [15] Xiang Z, Liu H, Gao XC et al.: The willingness and its influencing factors on patients to participate in patient safety spontaneous reports: A cross-sectional online study in China. *HPT*. 2021; 10: 100522. DOI: 10.1016/j.hlpt.2021.100522
- [16] Radecki B, Keen A, Miller J et al.: Innovating fall safety engaging patients as experts. *J Nurs Care Qual*. 2020; 35: 220-226. DOI: 10.1097/ncq.0000000000000447
- [17] Berg SK, Faerch J, Cromhout PF et al.: Questionnaire measuring patient participation in health care: Scale development and psychometric evaluation. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020; 19: 600-608. DOI: 10.1177/1474515120913809
- [18] Tomlinson J, Silcock J, Smith H et al.: Post-discharge medicines management: the experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expect*. 2020; 23:1603-1613.
- [19] Fylan B, Armitage G, Naylor D et al.: A qualitative study of patient involvement in medicines management after hospital discharge: an under-recognised source of systems resilience. *BMJ Qual Saf*. 2018; 27: 539-546. DOI: 10.1111/hex.13145
- [20] Mattsson TO, Lipczak H, Pottegard A: Patient involvement in evaluation of safety in oral antineoplastic treatment: A failure mode and effects analysis in patients and health care professionals. *Qual Manag Health Care*. 2019; 28: 33-38. DOI: 10.1097/qmh.000000000000199
- [21] Alnasser AA, Aldeeri IA, Aljamil WM et al.: Patients' knowledge, awareness, and attitude regarding patient safety at a teaching hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9: 5236-5241. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_587_20
- [22] Cho S, Lee E: Effects of the smartphone application "safe patients" on knowledge of patient safety issues among surgical patients. *Comput Inform Nurs*. 2017; 35: 639-646. DOI: 10.1097/cin.0000000000000374
- [23] New L, Goodridge D, Kappel J et al.: "I just have to take it" – patient safety in acute care: perspectives and experiences of patients with chronic kidney disease. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19: 199-210. DOI: 10.1186/s12913-019-4014-4
- [24] Heavey E, Waring J, De Brun A et al.: Patients' conceptualizations of responsibility for healthcare: A typology for understanding differing attributions in the context of patient safety. *J Health Soc Behav*. 2019; 60: 188-203. DOI: 10.1177/0022146519849027
- [25] Nabecker S, Schwendimann D, Theiler L et al.: Pre-induction checklists and discomfort in patients. An observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2020; 37: 842-846. DOI: 10.1097/eja.0000000000001138
- [26] Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I et al.: Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud*. 2018; 77: 243-258. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014
- [27] Bishop AC, Macdonald M: Patient involvement in patient safety: A qualitative study of nursing staff and patient perceptions. *J Patient Saf*. 2017; 13: 82-87. DOI: 10.1097/pts.0000000000000123
- [28] An J, Kim SJ, Park S et al.: The effects of patient education on patient safety: can we change patient perceptions and attitudes?: Lessons from the armed forces capital hospital in Korea. *Int J Qual Health Care*. 2017; 29: 392-398. DOI: 10.1093/intqhc/mxz037
- [29] Ringdal M, Chaboyer W, Ulin K et al.: Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *BMC Nurs*. 2017; 16: 69-76. DOI: 10.1186/s12912-017-0266-7
- [30] Street M, Dempster J, Berry D et al.: Enhancing active patient participation in nursing handover: A mixed methods study. *J Clin Nurs*. 2021; 00: 1-14. DOI: 10.1111/jocn.15961
- [31] Sahlstrom M, Partanen P, Azimirad M et al.: Patient participation in patient safety-An exploration of promoting factors. *J Nurs Manag*. 2019; 27: 84-92. DOI: 10.1111/jonm.12651
- [32] Lee NJ, Ahn S, Lee M: Mixed-method investigation of health consumers' perception and experience of participation in patient safety activities. *BMJ Open*. 2020; 10: e035831. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035831
- [33] Tobiano G, Marshall AP, Chaboyer W: Comparing perceptions of patient nonparticipation in nursing care: A secondary analysis. *J Nurs Scholarsh*. 2021; 53: 449-457. DOI: 10.1111/jnu.12643
- [34] Walters CB, Duthie EA: Patients' perspectives of engagement as a safety strategy. *Oncol Nurs Forum*. 2017;

- 44: 712-718. DOI: 10.1188/17.Onf.712-718
- [35] Wheeler C, Furniss D, Galal-Edeen GH et al.: Patients' perspectives on the quality and safety of intravenous infusions: A qualitative study. *J Patient Exp.* 2020; 7: 380-385. DOI: 10.1177/2374373519843921
- [36] Bucknall T, Digby R, Fossum M et al.: Exploring patient preferences for involvement in medication management in hospitals. *J Adv Nurs.* 2019; 75: 2189-2199. DOI: 10.1111/jan.14087
- [37] Van Dael J, Gillespie A, Reader T et al.: Getting the whole story: Integrating patient complaints and staff reports of unsafe care. *J Health Serv Res Policy.* 2021; 0: 1-9. DOI: 10.1177/13558196211029323
- [38] De Brun A, Heavey E, Waring J et al.: PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety. *Health Expect.* 2017; 20: 771-778. DOI: 10.1111/hex.12516
- [39] Lai AY, Yuan CT, Marsteller JA et al.: Patient safety in primary care: Conceptual meanings to the health care team and patients. *J Am Board Fam Med.* 2020; 33: 754-64. DOI: 10.3122/jabfm.2020.05.200042
- [40] Ricci-Cabello I, Marsden KS, Avery AJ et al.: Patients' evaluations of patient safety in English general practices: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2017; 67: 474-482. DOI: 10.3399/bjgp17X691085
- [41] Xiang Z, Jin Q, Gao X et al.: Perception of patient safety and the reporting system between medical staffs and patients in China: A cross-sectional online study. *J Patient Saf.* 2020; 00: 1-11. DOI: 10.1097/pts.0000000000000773
- [42] Chegini Z, Arab-Zozani M, Shariful Islam SM et al.: Barriers and facilitators to patient engagement in patient safety from patients and healthcare professionals' perspectives: A systematic review and meta-synthesis. *Nurs Forum.* 2021; 56: 938-949. DOI: 10.1111/nuf.12635
- [43] Giardina TD, Haskell H, Menon S et al.: Learning from patients' experiences related to diagnostic errors is essential for progress in patient safety. *Health Aff.* 2018; 37: 1821-1827. DOI: 10.1377/hlthaff.2018.0698
- [44] Zeh S, Christalle E, Hahlweg P et al.: Assessing the relevance and implementation of patient-centredness from the patients' perspective in Germany: Results of a Delphi study. *BMJ Open.* 2019; 9: 1-8. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031741
- [45] Busch IM, Saxena A, Wu AW: Putting the patient in patient safety investigations: barriers and strategies for involvement. *J Patient Saf.* 2021; 17: 358-362. DOI: 10.1097/pts.0000000000000699
- [46] Holmqvist M, Thor J, Ros A et al.: Older persons' experiences regarding evaluation of their medication treatment-An interview study in Sweden. *Health Expect.* 2019; 22: 1294-1303. DOI: 10.1111/hex.12967
- [47] Phipps DL, Giles S, Lewis PJ et al.: Mindful organizing in patients' contributions to primary care medication safety. *Health Expect.* 2018; 21: 964-972. DOI: 10.1111/hex.12689
- [48] Corina I, Abram M, Halperin D: The patient's role in patient safety. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019; 46: 215-225. DOI: 10.1016/j.ogc.2019.01.004
- [49] Ipsos Global Health Service Monitor 2022. Available from: <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-09/ipsos-global-health-service-monitor-2022-VDEF.pdf> [accessed: March 13, 2023]
- [50] Lam J, Safadi H, Pitas E et al.: Who knows what? – About patient handover. Experiences of a Hungarian and Polish sample knowledge survey. [Ki mit tud? – A betegátadásról Egy magyar és lengyel mintán végzett tudásfelmérés tapasztalatai.] *Orv Hetil.* 2019; 160: 1735-1743. [Hungarian] DOI: 10.1556/650.2019.31534

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Báldy Barbara szociológus diplomáját a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen szerezte, jelenleg a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola ösztöndíjas hallgatója. Széles tapasztalattal rendelkezik a klasszikus kvalitatív és netnográfiai kutatómódszertanokkal. Egyaránt jár-tas társadalomtudományi és piaci foku-

sú projektekben. Kiemelt érdeklődési és kutatási területe a betegbiztonság.



Dr. Lám Judit PhD 1995-ben szerzett diplomát a Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Karán, 2002-ben szerezte PhD fokozatát és egészségügyi szakmenedzserként oklevélét. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának docense, operatív igazgatóhelyettese, valamint az Egészségügyi Közzszolgálati Kar általános dékánhelyettese. A Betegbiztonsági Tanszéki Csoport munkatársaként betegbiztonság és minőségügyi témakörökben rendszeresen oktat graduális és posztgraduális kurzusokon, a NEVES betegbiztonsági program társvezetője.

lános dékánhelyettese. A Betegbiztonsági Tanszéki Csoport munkatársaként betegbiztonság és minőségügyi témakörökben rendszeresen oktat graduális és posztgraduális kurzusokon, a NEVES betegbiztonsági program társvezetője.

Dr. Safadi Heléna szerzői bemutatása megtalálható a Sziráki M. et al: *Az újraélesztés folyamatának és oktatásának újjászervezése a Dél-budai Centrunkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban* című közleményben az IME 2023/2. szám 31. oldalán.

A betegeltűnések, azaz az elkóborlások és önkényes távozások legfontosabb általános okai és a kockázatfelmérés szerepe a megelőzésben

Patient disappearance, namely the primary general causes of wandering and unauthorized leave, and the role of risk assessment in preventing these

Sinka Lászlóné Adamik Erika^{1,2} ✉, Dr. habil. Belicza Éva^{1,2}, Grézló Orsolya³, Farkas Szilvia^{1,2}, Ugrin Irina¹, Dr. Dombrádi Viktor¹

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

²NEVES Egyesület a Betegbiztonságért, Budapest

³Országos Kórházi Főigazgatóság, Budapest

✉ sinka.erika@emk.semmelweis.hu

A betegek eltűnése balesethez vezethet, elesés, sérülés, eltévedés lehet a következménye, ami akár a beteg életét is veszélyeztetheti. Ezért az ilyen események megelőzése fontos megoldandó probléma és kihívás.

Az időskori demenciában szenvedő, valamint a pszichiátriai betegek alkotják a betegeltűnések által érintett két legnagyobb betegcsoportot, közleményünkben velük foglalkozunk. A betegek eltűnésének a demenciában jellemző formáját elkóborlásnak nevezi a szakirodalom. Élesen megkülönböztethető azoktól az esetektől, amikor a pszichiátriai betegek határozott célt követve, sok esetben tiszta tudatállapotban, önkényesen távoznak az ellátó intézményből. Az elkóborlást és az önkényes távozást jelen dolgozatban együttesen a betegeltűnés fogalmával jelöljük.

Dolgozatunk célja, hogy az országos NEVES (Nem Várt események) jelentési rendszerbe érkezett adatok elemzéséből kiindulva bemutassuk a fekvőbeteg-ellátásban részesülő betegek eltűnésének, azaz elkóborlásának vagy önkényes távozásának általános okait és az azok megelőzése érdekében hozható intézkedéseket.

A jelentett adatok önkéntes és anonim adatszolgáltatás keretében kerültek be az országos adatbázisba, a tanulmány elkészítéséhez 133 felnőtt eltűnésének adatait dolgoztuk fel.

Az oki kutatás eredményeként 10 csoportot alkotunk az eltűnéshez vezető általános okokból, ezek a következők: a szabályozás hiányosságai; a munkatársak nem követik a szabályokat; kockázatfelmérés hiánya; nem megfelelő kockázatfelmérés; prevenciók eszköz/eljárások alkalmazásának hiánya; nem megfelelő prevenciók módszer alkalmazása; a portaszolgálat nem megfelelő működése; nem megfelelő ellátási környezet; kommunikáció hiányosságai; nem hasznosulnak a korábbi eseményekből szerzett ismeretek/ tapasztalatok.

Közleményünkben bemutatjuk, hogy az egyes okok esetében milyen konkrét intézkedések segíthetik a probléma megoldását.

Kulcsszavak: elkóborlás, önkényes távozás, eltűnés, kockázatfelmérés, jelentési rendszer

Disappearance of patients can lead to accidents, falls, injuries, or getting lost, which can even endanger the patient's life. Therefore, the prevention of such events is an important problem and challenge to be solved.

The two largest groups of patients affected by patient disappearances are elderly patients with dementia and psychiatric patients, who we deal with in our announcement. The typical form of patients' disappearance regarding dementia is called wandering within the literature. It can be sharply distinguished from cases where psychiatric patients leave the medical institution unauthorized with a definite goal, in many cases in a clear state of consciousness. Wandering and leaving unauthorized are denoted together in this paper by the concept of patient disappearance.

The aim of our study is to present the general reasons for disappearance, namely wandering or unauthorized leave of patients receiving inpatient care, and the possible actions that can be taken to prevent them, based on the analysis of the data received by the national NEVES (Unexpected Events) reporting system.

The reported data were entered into the national database in the context of voluntary and anonymous data provision. In this study we processed the data of 133 adults who disappeared. In the reported cases, 75.2% (n=100) of those affected were men, and 24.8% (n=33) were women. Most reports (73.7%) were from patients aged 20–49. Among the factors contributing to disappearance, psychological illness was mentioned in the largest proportion (79.7%).

In 62.4% of the reported cases, this was the first disappearance, while in 17.3% of the cases, this had already happened before. 46.8% of the inpatients (n=124) among whom the disappearance event was reported were regularly visited. 75.9% of the data were reported from active wards, while 19.5% of the reports were from

rehabilitation wards and 1.5% from nursing/chronic wards. The other category (3.0%) included case reports from addictionology, adult psychiatry, and unknown locations. According to the professional breakdown, the largest proportion of reports came from psychiatric departments (92.5%). There is no noteworthy difference in the type of department providing patient care (closed: 45.9%; open: 49.6%). Based on the reports, the patient care at the time of the disappearance was typically carried out with the usual number of care providers (91.7%). According to the reported data within the NEVES reporting system the nursing staff checked the missing patients every 15–60 minutes in 66.9% of cases, and every 1–3 hours in 23.3% of cases.

90 patients (67.7%) were found on the day of disappearance, in 6 cases (4.5%) the patient was found the next day, in one case (0.8%) it took a month to find the patient. In one case, the patient was found (0.8%), but it was not recorded on the data sheet when. In 35 cases (26.3%), the patient could not be found until the report was sent. Mild injury occurred in 3.1%, moderate injury in 4.1%, severe injury in one case (1.0%).

As a result of the causal research, we formed 10 groups of general causes leading to disappearance, these are: deficiencies in the regulation; employees do not follow the rules; lack of risk assessment; inadequate risk assessment; lack of application of prevention tools/procedures; use of an inappropriate prevention method; inadequate operation of the concierge service; inadequate care environment; communication gaps; the knowledge/experience gained from previous events is not used.

In our paper, we present what concrete measures can help solve the problem for each cause.

Keywords: *wandering, unauthorized leave, disappearance, risk assessment, reporting system*

BEVEZETÉS

Szakirodalmi adatok szerint az egészségügyi ellátás során minden tizedik beteg esetében előfordul olyan nemkívánatos esemény, amely nem a beteg állapotából vagy betegségéből adódik, hanem az ellátáshoz köthető ártalom [1]. Ezen eseményekhez sorolható a betegek eltűnése is az ellátó intézményekből. Az időskori demenciában szenvedő, valamint a pszichiátriai betegek alkotják a betegeltűnések által érintett két legnagyobb betegcsoportot, közleményünkben velük foglalkozunk. A betegek eltűnésének a demenciában jellemző formáját elkóborlásnak nevezi a szakirodalom az ilyen esetekben megfigyelhető motoros nyugtalanság, zavart tudatállapot alapján. Ez a fajta elkóborlás a betegek részéről nem határozott céllal történik, hanem inkább a belső feszültség levezetésére szolgál. Élesen megkülönböztethető azoktól az esetektől, amikor a pszichiátriai betegek határozott

célt követve, sok esetben tiszta tudatállapotban, önkényesen távoznak az ellátó intézményből.

Az elkóborlást és az önkényes távozást jelen dolgozatban együttesen a betegeltűnés fogalmával jelöljük.

A betegek eltűnése balesethez vezethet, elesés, sérülés, eltévedés lehet a következménye, amely miatt a beteg akár további kórházi ellátást igényelhet, és/vagy az életét is veszélyeztetheti ez az esemény. Ezért az egészségügyi személyzet számára ennek a megelőzése fontos megoldandó probléma és kihívás.

A nemzetközi irodalom alapján általánosságban öt demens betegből egy elkóborol, valamint akinek már volt ilyen eseménye, azok közül 72% ismét elkóborol [2]. A pszichiátriai osztályokról történő engedély nélküli, önkényes távozás előfordulásának gyakorisága 2–38% közé tehető [3].

A megelőzés érdekében fontos a kockázat mielőbbi felismerése, azok kiszűrése, akik a későbbiekben nagyobb valószínűséggel kóborolnak el. A kockázati csoportba tartozók azonosítását követően megfelelő intézkedésekkel jelentősen csökkenthető az eltűnés valószínűsége.

2017-2020 között zajlott az EFOP 1.8.0 – VEKOP 17, „Az egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” megnevezésű projekt, amelynek keretében lehetőségünk volt arra, hogy a hazai nemkívánatos események – köztük a betegeltűnések – adatait gyűjtő NEVES (Nem Várt Események) jelentési rendszerben található információkat feldolgozzuk [1,4]. Az elemzett országos adatok segítségével meghatároztuk a jelentett elkóborlások és önkényes távozások legfontosabb, az ellátás nyújtásához kötődő okait, és ajánlásokat fogalmaztunk meg az elkerülésükre. Jelen dolgozat ezen – a cikk megjelenésével egy időben publikált – tanulmány legfontosabb eredményeit ismerteti A hibákból és a nemkívánatos eseményekből való tanulás – módszertani áttekintés a témaspecifikus tanulmányokhoz címmel indított cikksorozat részeként [5, 6]. A több témában végzett kutatás közös eredményeire vonatkozó következtetésekről, a nemkívánatos események hátterében azonosított általános okokról önálló közlemény számolt be [7].

CÉLKITŰZÉS

Dolgozatunk célja, hogy az országos NEVES jelentési rendszerbe érkezett adatok elemzéséből kiindulva bemutassuk a fekvőbeteg-ellátásban részesülő betegek eltűnésének, azaz elkóborlásának vagy önkényes távozásának általános okait és az azok megelőzése érdekében hozható intézkedéseket, illetve ajánlásokat fogalmazzunk meg mind az intézményi menedzsmentet érintően, mind pedig a szervezeti egységek szintjére vonatkozóan.

MÓDSZEREK

A jelentési rendszerben annak indulása óta van lehetőség a bekövetkezett betegeltűnések jelentésére, amelynek adatlapja a NEVES jelentési rendszer beteg eltűnése, elkóborlása jelentési lapja címet viseli. Az adatlapon olvasható

definíció szerint ennél az eseménytípusnál a következő esetek jelenthetők: „Elveszett, eltűnt, elkóborolt beteg: az a nagykorú vagy kiskorú beteg, aki az ellátó személyzet tudta és észlelése nélkül hagyja el folyamatban levő ellátásának helyét. Ez más kórterembe, osztályra, rendelésre, udvarra, az intézmény területén kívülre történő indokolatlan távozást jelent. Az esemény bekövetkezhet a beteg tudatállapotának átmeneti vagy végleges zavartsága, korlátozottsága miatt, vagy ép tudat mellett, testi fogyatékkal vagy anélkül.” [8]

A jelentett adatok önkéntes és anonim adatszolgáltatás keretében kerültek be az országos adatbázisba.

A tanulmány elkészítéséhez végzett statisztikai elemzés során – a NEVES online jelentési rendszerbe 2020. március 1-ig beérkezett – 133 felnőtt (18 éves vagy idősebb) eltűnési eset adatait dolgoztuk fel és elemeztük statisztikai módszerekkel, amelyet kiegészítettünk hazai és nemzetközi szakirodalmi adatok szisztematikus feldolgozásával, valamint a szakértőkkel folytatott egyeztetések eredményeivel.

A beérkezett jelentéseket leíró statisztikai módszerekkel elemeztük. Az ennek alapján azonosított okok kezelésére fókuszcsoporthoz megbeszélést szerveztünk gyakorló szakemberek (pszichiátriai profilú fekvőbeteg-ellátó intézmény főigazgatója; pszichiáter szakorvos; pszichiátriai osztály főnővére; neurológiai osztály főnővére; rehabilitációs és szociális intézmény ápolásvezetője; bentlakásos pszichiátriai szociális otthon vezetője; betegjogi képviselő; általános orvos; sürgősségi osztályos triázsápoló; betegbiztonsági témájú kutatásban részt vevő szakértő; gyógytornász) közreműködésével, illetve szakirodalmi kutatást végeztünk. Mindezen információforrásokra támaszkodva összegeztük és rendszereztük az eltűnésekhez vezető szervezeti, általános okokat és azokat az intézkedéseket, amelyek lehetőséget teremtenek ezen események elkerülésére.

EREDMÉNYEK

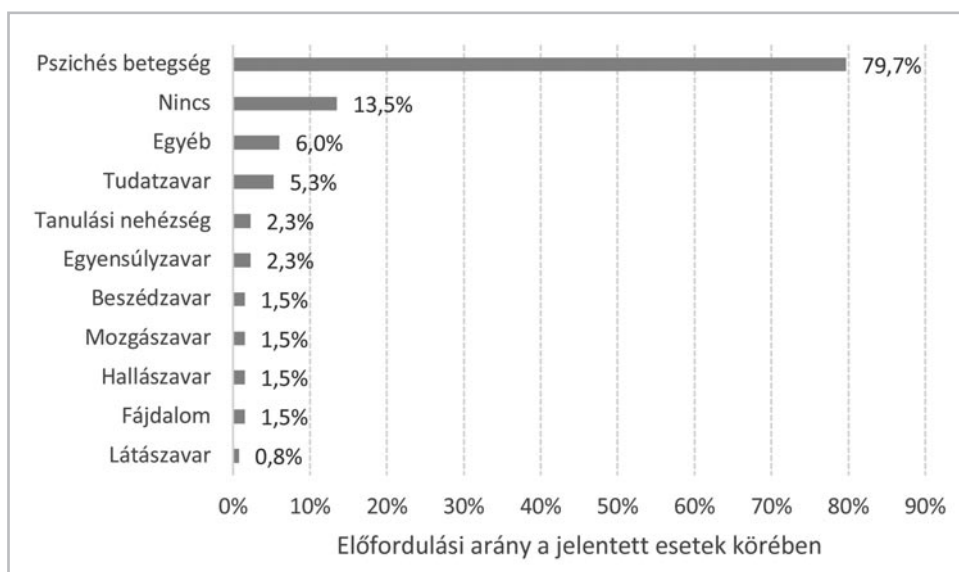
A NEVES jelentési rendszerbe a hazai intézményekből összesen 133 esetben érkezett jelentés a beteg eltűnésére vonatkozóan. A jelentett esetekben az érintettek 75,2%-a (n=100) férfi, 24,8%-a (n=33) pedig nő volt. A NEVES adatokból az látható, hogy a legtöbb jelentés (73,7%) 20–49 év közötti betegekről érkezett. A jelentőlapon egy esetben nem jelölték meg a beteg korát.

Annak érdekében, hogy megismerjük az egyes esetek hátterében lévő közös, az elkóborláshoz és az önkényes távozáshoz vezető okokat, a jelentett események kapcsán elemeztük az eltűnt személy, valamint az esemény idején az ellátásért felelős szervezeti egység jellemzőit, továbbá az esemény körülményeiről rendelkezésre álló adatokat.

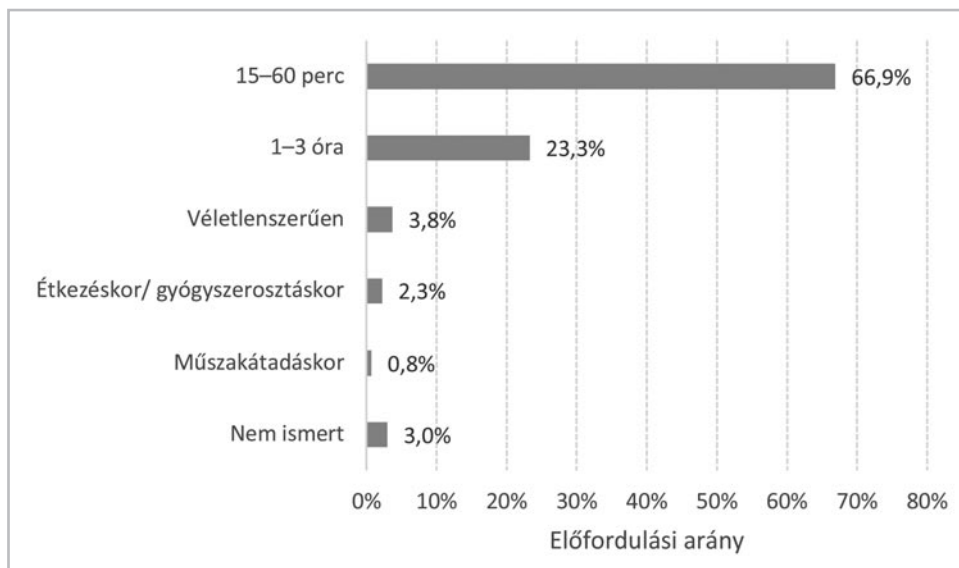
Az eltűnéshez hozzájáruló tényezők közül a legnagyobb arányban, 79,7%-ban a pszichés betegség került megnevezésre. Az esetek 13,5%-ában a jelentés készítői nem jelölték meg ilyen jellemzőt (1. ábra).

A jelentett esetek 62,4%-ánál ez volt az első eltűnés, miközben az esetek 17,3%-ánál ez már korábban is megtörtént, 20,3%-ban ez az adat nem ismert. Azokat a fekvőbetegeket (n=124), akiknek a körében az eltűnés eseménye jelentésre került, 46,8%-ban rendszeresen látogatták. 16,9%-ukat nem látogatták, 36,3% esetében ez az adat nem ismert.

A legmagasabb arányban, 75,9%-ban aktív osztályról érkeztek az adatok. A rehabilitációs osztályokról 19,5%-ban, ápolási/krónikus osztályokról 1,5%-ban érkeztek jelentések. Az egyéb kategóriába (3,0%) kerültek besorolásra az addiktológiáról, a felnőtt pszichiátriai osztályról, valamint a nem ismert helyről származó esetbejelentések. Szakmai bontás szerint a legnagyobb arányban a pszichiátriai osztályokról érkezett jelentés (92,5%). A betegellátást végző részleg típusában (zárt: 45,9%; nyílt: 49,6%) nem található kiemelkedő különbség. A jelentések alapján a betegellátás az eltűnés idő-



1. ábra
A beteg ismert jellemzője, ami hozzájárulhatott az esemény bekövetkezéséhez (n=133; többszörös választás)



2. ábra
A betegek ellenőrzésének gyakorisága az egységben (n=133)

pontjában jellemzően a szokásos ellátói létszám mellett zajlott (91,7%).

A NEVES rendszerbe jelentett eltűnt betegek ellenőrzését az ápolószemélyzet 66,9%-ban 15–60 percenként, 23,3%-ban pedig 1–3 óránként végezte (2. ábra).

A 133 eltűnt beteg közül 90 (67,7%) aznap előkerült, 6 esetben (4,5%) viszont a beteget csak másnap találták meg, illetve egy esetben (0,8%) egy teljes hónap kellett az eltűnt személy megtalálására. Egy esetben ugyan megtalálták a beteget (0,8%), viszont nem rögzítették az adatlapon, hogy mikor. A maradék 35 alkalommal (26,3%) nem sikerült megtalálni a beteget a jelentés elküldéséig.

A 97 megtalált beteg többségében (n=67; 69,1%) rendszeresen, 15–60 percenként, 22 esetben (22,7%) 1–3 óránként történt meg az ellenőrzés. Ez az arány megegyezik a teljes esetszámmal (n=133) talált aránnyal.

Az esemény típusát tekintve látható, hogy a jelentéstevők az eltűnt betegek több mint kétharmadát (n=92; 69,2%) az „ép tudatú” betegek csoportjába sorolták. A lejelentett betegek 58,6%-a (n=78) státusz alapján nem tartozott az eltűnés szempontjából kockázattal rendelkező betegek közé. Az eltűnt betegek magas arányban, 74,4%-ban (n=99) a távozásukkor nem vittek magukkal iratokat vagy pénzt. Az esetek többségében egy egészségügyi dolgozó vette észre a beteg hiányát (n=129; 97,0%). A megtalált betegek 66,3%-a (n=65) a megtalálás pillanatában az intézményen kívül volt.

Az esemény következtében a megtalált betegek többségénél nem történt sérülés (91,8%). Enyhe sérülésről 3,1%-ban, közepes mértékű sérülésről 4,1%-ban számoltak be. Súlyos sérülés (maradandó vagy hosszútávon fennálló károsodás) egy esetben (1,0%) került bejelölésre.

A NEVES jelentőlap lehetőséget nyújtott az adatrögzítő számára, hogy szabad szöveges formában is megfogalmazza azt, hogy véleménye szerint milyen okok álltak az adott beteg eltűnésének hátterében. E kérdés megválaszo-

lása során néhány esetben megemlítették, hogy a látogatónak, a honvágnak, a család hiányának szerepe volt az eltűnésben, vagy a beteg vásárlási céllal hagyta el az intézmény területét, illetve több esetben a műszakátadáskor a személyzet elfoglaltságát kihasználva távozott a beteg az ellátó osztályról.

Az elemzési eredmények, a fókuszcsoportos elemzések és a szakirodalmi áttekintés alapján kapott eredményeket az 1. táblázat tartalmazza.

A teljes oki struktúra részletesen kifejtve A betegek elkoborlásának és önkényes távozásának okai, illetve a megelőzés lehetőségei [5] című tanulmányban tekinthető meg. Az egyes okokhoz rendelt megelőzési lehetőségeket az Útmutató a betegelkoborlás és önkényes távozás megelőzéséhez [9] című, vezetőknek szánt összefoglaló taglalja nagyobb alapossággal.

MEGBESZÉLÉS

A minőségfejlesztési célokat igazoltan segítik a szolgáltatói körben gyűjtött, elemzett, és a munkatársak számára közvetlenül visszajelzett indikátorok. Sokszor elvárás nem csak a laikusok, hanem a szakemberek körében is, hogy ezekkel az indikátorokkal vizsgáljuk és bemutassuk egy-egy esemény előfordulási gyakoriságát [10]. A nemkívánatos események elemzésekor azonban nem a gyakoriság megismerése az elsődleges cél, hanem az eseményhez vezető okok azonosítása és erre alapozva a kiküszöbölésük lehetőségeinek feltárása [1]. Ebben ad támogatást a NEVES jelentési rendszer, ahová az előforduló, egészségügyi ellátással kapcsolatos nemkívánatos események jelentésekor nem csupán az előfordulás ténye kerül rögzítésre, hanem az egyes események részletei is, lehetőséget teremtve ezzel a közös pontok, a több esemény hátterében is felfedezhető működési gyengeségek azonosítására.

Általános okok		Megelőzési lehetőségek az általános ok mögötti gyökérokok függvényében
1	A szabályozás hiányosságai	Protokoll készítése; a meglévő protokoll tartalmának aktualizálása a szakmai irányelvek és evidenciák alapján; a szabályozás napi gyakorlattal való harmonizálása; egyéb szabályozókkal való összhang biztosítása; jól követhető, könnyen értelmezhető tartalom kialakítása
2	A munkatársak nem követik a szabályokat	A munkatársak oktatása; a szabályok követésének fontosságára való figyelemfelhívás, meggyőzés; példamutatás; a szabályszerű munkavégzéshez szükséges eszközök és egyéb feltételek biztosítása; emlékeztető eszközök használata (pl. plakátok, ellenőrzőlisták); ellenőrzés; visszajelzés
3	Kockázatfelmérés hiánya	A kockázatfelmérés szabályainak kialakítása (kinek, hogyan, mikor, kinél kell kockázatfelmérést végeznie); a munkatársak oktatása; a tevékenység beillesztése a napi rutinba
4	Nem megfelelő kockázatfelmérés	A kockázatfelmérés megfelelő módszerének oktatása, gyakoroltatása; az elvégzett kockázatfelmérések megfelelőségének ellenőrzése; szükség szerint újbóli oktatás; esetmegbeszélések; a munkatársak számára segítségkérés lehetőségének a biztosítása; munkatársak támogató hozzáállása; a beteg állapotváltozásához igazodó gyakoriságú kockázatfelmérés a beteg pszichés állapotának és környezetének felméréssel együtt; klinikai szempontok figyelembevétele
5	Prevenációs eszközök/eljárások alkalmazásának hiánya	Prevenációs intézkedési csomagok kialakítása a kockázati szinthez rendelt; prevenációs intézkedések meghatározásához szükséges ismeretek oktatása; egyéni szabott prevenációs terv készítése a kockázatfelmérés eredménye alapján; a tervben meghatározott intézkedések végrehajtása; szükséges eszközök biztosítása; az eszközök beszerzésekor az azok alkalmazásában érintett munkatársak véleményének kikérése és figyelembevétele
6	Nem megfelelő prevenációs módszer alkalmazása	A betegek elhelyezésénél a kockázat és az építészeti adottságok figyelembe vétele; az új beteg számára az ellátó környezet bemutatása; betegársak bevonása (jelezzék, ha a szobatársuk indokolatlanul hosszú ideje távol van); nappali foglalkoztatás és mozgásterápiák alkalmazása; a beteget aggasztó otthoni problémák feltárása, lehetőség szerint intézkedés a megoldás érdekében; a beteg tájékoztatása, megnyugtatása; a betegek megfelelő folyadékellátásának biztosítása; a korlátozáselejtés és -alkalmazás szabályainak egyértelmű meghatározása; a szabályok oktatása; a szükséges eszközök/feltételek biztosítása; a korlátozás szabályszerű alkalmazása; korlátozó intézkedés alatt álló beteg szoros ellenőrzése, megfigyelése; nyugtató adása esetén pontos dozírozás; a gyógyszerhatások és gyógyszerkölsönhatások megfigyelése, erre az ellátók oktatása; az alkalmazott gyógyszerek áttekintése, szükség szerinti módosítása; az eltűnés szempontjából magas kockázatú betegek rendszeres ellenőrzése; a családtagokkal való kapcsolattartás lehetőségének biztosítása
7	A portaszolgálat nem megfelelő működése	A portaszolgálat oktatása arra, hogy milyen gyanújelei vannak az elköborlásnak, és mi a teendő ilyen esetben; betegazonosítók használata; regisztrált belépés az épületbe/intézménybe; elektronikus be- és kiléptető rendszer alkalmazása (anyagi lehetőségek függvényében érzékelő kapuk és RFID azonosítókból álló biztonsági rendszer); betegágyra szerelhető mozgásérzékelő használata az elköborlás szempontjából magas kockázatú betegeknél
8	Nem megfelelő ellátási környezet	Új ellátó egységek kialakításakor a portaszolgálat elhelyezési szempontjainak érvényesítése, ellátási környezetből adódó kockázatok tudatosítása a munkatársakban; az intézményi infrastruktúrához igazodó megelőző intézkedések; tájékoztató segítő feliratok, jelölések, eszközök; egyértelmű, jól látható jelölések használata; kísérő biztosítása a nehezen tájékozódó betegek mellé; szervezeti átalakítások esetén a tájékoztató segítő feliratok aktualizálása
9	Kommunikáció hiányosságai	Az ellátók kommunikációjának fejlesztése; a bizalom elnyerése és megtartása; odaforduló, empatikus kommunikáció; a beteg tájékoztatása az ellátásával kapcsolatos tudnivalókról; lehetőség biztosítása a kérdésre, a felmerülő kérdések megválaszolása
10	Nem hasznosulnak a korábbi eseményekből szerzett ismeretek/ tapasztalatok	Az események kivizsgálásához szükséges ismeretek elsajátítása; az elköborlások, önkényes távozások jelentése; megtörtént események kivizsgálása; a problémák őszinte megbeszélése, büntetés kerülése; a feltárt problémák és okok ismeretében megelőző intézkedések bevezetése

1. táblázat
A betegeltűnés általános okai és megelőzési lehetőségei (saját szerkesztés)

Hazánkban ez az első olyan tanulmány, amely részletesen foglalkozik a betegelkőborlás és önkényes távozás okával és megelőzési lehetőségeivel. A NEVES-jelentések elemzése során kapott eredmények túlnyomórészt megegyeznek a nemzetközi szakirodalomban is leírtakkal. Például a jelentés alapján az eltűnt betegek 75,2%-a férfi volt, ami – feltételezve, hogy a jelentő osztályokon az ellátottak

körében a nemek aránya közel azonos – összhangban áll Bowers és munkatársainak megállapításával, hogy a férfiak körében gyakoribb az elköborlás [11].

A szakirodalom alátámasztja, hogy azok a betegek, akik egyszer már eltűntek, hajlamosabbak ezt újból megtenni [2]. A NEVES-jelentések alapján az eltűnt betegek 17,3%-ánál nem ez volt az első eset. Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy

62,4%-ban a jelentett eseteknél a betegnél nem következett be korábban ilyen esemény (az esetek 20,3%-nál pedig ez nem ismert).

A nemzetközi kutatások kiemelik a beteg személyiségének és pszichés állapotának jelentőségét, amely nagy mértékben befolyásolja az elkóborlás és önkényes távozás esélyét [2,12]. A fókuszcsoporthoz megbeszélésnél is felmerült, hogy az eltűnésre hajlamos egyéneket ki lehetne szűrni a betegek személyiségjegyei alapján, s ezzel összhangban áll az is, hogy a NEVES jelentési rendszerben is magas arányban, 69,2%-ban a beteg adottságait jelölték meg az eseményhez vezető tényezőnek.

Említésre méltó, hogy az esetek 10,5%-ánál az eltűnés pillanatában nem volt releváns, az elkóborlás szempontjából kockázattal rendelkező betegek kiszűrésére, azonosítására, felügyeletére és megtalálására vonatkozó szabályozás az intézményben. Mivel a betegek elkóborlása és önkényes távozása egy fontos betegbiztonsági kérdés, amennyiben egy intézménynek nincsen erre vonatkozó szabályozása, akkor javasoljuk annak bevezetését, illetve a meglévő szabályozás időközönkénti felülvizsgálatát.

Egy Angliában végzett, öt akut pszichiátriai osztályra kiterjedő, az eltűnések gyakoriságának csökkentését célzó vizsgálat eredményeit mutatja be Bowers és munkatársainak közleménye. Az öt osztályból kettőnél bevezettek egy új intézkedéscsomagot, majd a személyzet oktatását követően három hónapon át minden egyes eltűnési esetet feljegyeztek és kielemeztek. A másik három osztálynál nem vezettek be külön intézkedéseket, de a személyzet tudott róla, hogy most nagyobb figyelemmel követik az ilyen eseteket az intézményben. A két kiemelt osztályon bevezetett intézkedések a következők voltak:

- távozási napló használata – ki van bent és ki ment el (egyértelműsíti az engedélyt);
- támogatás a rossz hírek elfogadásához (pl. nem mehet haza);
- a betegek kikérdezése és megnyugtatósa az osztályon történt hangos vagy agresszív események után;
- a már többször eltűnt betegeknél multidiszciplináris vizsgálat;
- a magas kockázatú személyek azonosítása a korábbi szakirodalmi adatok alapján;
- célzott idő az ápolók napi rutinjában olyan problémák gyakorlati megoldására, amelyek miatt a beteg aggódik;
- a személyes kapcsolattartás erősítése (pl. telefonon is) az ideiglenes eltávozás alatt.

A vizsgált időszak alatt összességében 25%-kal csökkent az engedély nélküli távozások aránya. Az egyes osztályok között nagy különbségek voltak, és nem egyértelműen a bevezetett intézkedések hatása tükröződött bennük. A két kiemelt osztály egyikén jelentős csökkenés fordult elő, a másikon ugyanakkor már eleve alacsony volt az eltűnések aránya, és itt az utólagos interjúkban is azt mondták, hogy ők már korábban is alkalmazták a bevezetett intézkedéseket. A három kontrollosztály közül az egyikben az intézkedések

nélkül is jelentős csökkenés fordult elő, míg a másik kettőnél kismértékű növekedésnek voltak tanúi a kutatás készítői [13].

A kockázatelemzés fontosságát több szakirodalom is hangsúlyozza. Rowe 2008-ban közölt tanulmányában a betegfelvétel folyamatához fogalmaz meg ajánlásokat. Mivel a demenciát gyakran évekkal az első tünetek megjelenése után diagnosztizálják, a betegfelvétel során az idősebb felnőttek családját meg kell kérdezni, hogy az elmúlt időszakban fordult-e elő súlyos emlékezetvesztés, felejtés (pl. bekapcsolva hagyott tűzhely), túl korai lefekvés, nem megfelelő ruházat viselése. Esetleg volt-e olyan, hogy a beteg nehezen találta meg az utat ismerős környezetben, nehézséget jelentett valamilyen rutinszerű feladat elvégzése stb. [14].

2011-es tanulmányában McGinley is fontos elemként említette az eltűnés szempontjából magas kockázatú betegek azonosítását. Négy lépésből álló javaslatot tett a folyamat megfelelő menedzselésére: (1) a magas rizikójú betegek azonosítása; (2) az így azonosított betegek felügyelete; (3) a kórházi környezetben azonosítani kell és kontroll alatt kell tartani az eltűnést kiváltó okokat; (4) valamint meg kell találni a gyökérokákat és kezelni kell azokat. A betegfelvételnél végzett kockázatbecslés mellett javasolja a jó gyakorlatok összegyűjtését, megosztását és adaptálását, valamint a betegágyra szerelt mozgásérzékelő alkalmazását is [15].

Az elkóborlás valószínűségének felmérésére a nemzetközi gyakorlatban több kockázatértékelési módszer is ismert, például Algase Wandering Scale (AWS), Revised Memory and Behavior Problem Checklist (RMBPC), Risk of Wandering (RoW) [16].

Az elkóborlás megelőzését sok esetben egyenértékűnek tekintik a betegek korlátozásával, ami gyógyszeres kezelést (nyugtatók adását) vagy fizikai korlátozást jelent. Ezek hatásosak, de minden formájuknak ára és mellékhatása van, ezért komoly mérlegelést kívánnak. A korlátozás a fejlett társadalmakban már nem elfogadható módszer, noha akár nullára is lehet vele csökkenteni az elkóborlásos esetek számát. A korlátozással szembeállítható megoldás – hogy a kóborlási hajlamot nem próbáljuk megakadályozni, hanem lehetőséget biztosítunk a mozgásra, és biztonságos keretek között tartjuk – emberigényes, és több időráfordítást igényel az ellátóktól.

Adekoya és munkatársai interjúkat készítettek enyhe és közepesen súlyos demenciában szenvedő idősekkel a saját elkóborlásukkal kapcsolatos véleményükről, hogy jobban megértsék ezt a viselkedést. Arra az eredményre jutottak, hogy a kóborlást a betegek több szempontból is előnyösnek tartják. A betegek számára a séta élvezetes, jó időtöltés a friss levegőn, egészségügyi előnyökkel jár, formában tartja őket. Többeknek egész életükön át tartó szokása volt a rendszeres séta, és csak ezt folytatták, másoknak a szocializáció egyik formáját jelentette, mert lehetőséget kínál arra, hogy találkozzanak másokkal, beszélgessenek, és említették a családdal való találkozást, valakinek vagy valaminek a keresését is, mint a kóborlásuk célját. Emellett a séta során lehetőség nyílik állatokkal való találkozásra is. Ezek alapján a szerzők gondoskodó környezet megteremtését, szabályozott sétaútvonalak kiépítését javasolják [17].

Egy 2015-ös átfogó vizsgálat az elérhető biztonsági eszközöket tekintette át és azok alkalmazását hasonlította össze a másféle intervenciókkal. A technológiai biztonsági rendszerek körében huszonnolcfajta rendszert hasonlított össze. Alaptézise, hogy az elköborlást nem a korlátozással kell megelőzni, hanem egyéb intervenciókat kell eszközölni. Az elköborlás kivédése nem reális célkitűzés, legalábbis humánus eszközökkel és a személyes szabadság meghagyásával nem, ezért azokra a megoldásokra fókuszál, ahol az eseményor elindulhat, de a megfelelő közbeavatkozással a káros következmények kivédhetők. A technikai eszközök alkalmazása az egyéb intervenciókkal kombinálva történik. Négy nagyobb intervenció eszközcsoportot azonosított:

- a mozgás követése;
- a magatartás befolyásolása;
- a kognitív rehabilitáció; valamint
- a környezet módosítása [18].

KÖVETKEZTETÉSEK

A NEVES adatok elemzéséből származó eredmények – amelyek szerint az eltűnt, majd később megtalált betegek 8,2%-ánál történt valamilyen szintű lelki vagy fizikai sérülés, 26,5%-uknál egyedül lelki eredetű hatást tapasztaltak, valamint a fekvőbeteg-ellátottak 11,7%-ánál meghosszabbodott az ellátás ideje – alátámasztják az esemény megelőzésének a fontosságát.

Mint láthattuk, a betegek elköborlásának, illetve önkényes távozásának a hátterében számos okot és hozzájáruló tényezőt lehet azonosítani.

A NEVES jelentőlap elemzése, a szakirodalom-kutatás és a fókuszcsoportos beszélgetések alapján a fentiekben bemutatott intézkedések közül a következők fontosságát emeljük ki az eltűnés megelőzése érdekében:

- rizikófelmérés elvégzése felvételtkor és a beteg állapotának változásakor;
- kockázatértékelő lap kialakítása és alkalmazása a rizikófelmérés segítésére;
- annak kiderítése, milyen otthoni kötelezettségek nyomasztják a beteget (pl. kisállat ellátása, hozzátartozónak gyógyszer beszerzése stb.), és lehetőség szerint megoldás keresése ezen problémákra;
- betegfelvételtkor ne hagyjuk magára a beteget;
- a beteg megfelelő hidratáltságának biztosítása a kiszáradás miatti zavartság megelőzése érdekében;
- szabályozások kialakítása és betartatása, továbbá szükség szerint átdolgozása;
- amennyiben lehetséges, a kockázatos betegek rendszeres, akár óránkénti és véletlenszerű ellenőrzése;
- jó minőségű, nehezen letéphető, megfelelő adattartalmú karszalag használata a betegazonosításhoz;
- a portaszolgálatnál ellenőrző rendszer létrehozása és működtetése;
- a portaszolgálat megfelelő elhelyezése a kijárat és az osztályok között;
- a portaszolgálat oktatása;

- az egészségügyi személyzet oktatása és támogatása;
- a beteg megnyugtatása és a bizalom elnyerése a megfelelő kommunikációval;
- amennyiben a beteg unatkozik, akkor napközben foglaljuk le különböző tevékenységekkel és mozgásos terápiával;
- érdemes a látogatási időt rugalmasabbá tenni és külön beteghívó telefont biztosítani, hogy a betegek szorosabb kapcsolatot tudjanak tartani a rokonaikkal;
- a magas kockázatú betegeknek a kijáratról távoli körterembe való elhelyezése;
- célszerű a magas kockázatú betegeket olyan betegtárs mellé helyezni, aki szükség esetén esetleg tud szólni a személyzetnek, hogy régen nem látta már a szobatársát (ilyen esetben fontos bevonnai a betegtársat és tájékoztatni őt arról, mit kérünk tőle, mikor jelezzen);
- szükség esetén és a jogszabályok betartása mellett korlátozó eljárások vagy korlátozó intézkedések alkalmazása, közben a betegmegfigyelés folyamatos biztosítása;
- az eltűnést követően az eset átbeszélése, a tanulságok levonása.

A bevezetendő intézkedések meghatározásakor fontos figyelembe venni, hogy az adott intézményben milyen problémák vannak jelen. Ebben segít a bekövetkezett eseményekkel kapcsolatos adatgyűjtés és az így kapott információk elemzése. A fentiekben bemutatott intézkedések közül azokat célszerű kiválasztani és bevezetni, amelyek a meglévő problémákra reflektálnak. A munkához segítséget jelenthet a témában írt tanulmányon túl a „Módszertani útmutató az oki kutatások készítéséhez” című összefoglaló [19].

A cikk megjelenésével egy időben a részletes tanulmányt közzétesszük a <https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/> weboldalon.

A kutatás korlátai: A NEVES jelentési rendszerbe jelentett adatok önkéntes adatszolgáltatásból származnak, így az események előfordulási gyakoriságára vonatkozóan következtetéseket nem tudunk levonni. Tekintettel arra, hogy a kutatásokban az események oki hátterét és megelőzési lehetőségeit vizsgáltuk és nem azok gyakoriságát, az említett korlátok a kutatás eredményeit nem befolyásolták. A vizsgálatban elemzett mintaszám alacsony volt, és a jelentsben lévő adatok feltehetően nem voltak reprezentatívak az összes hazai eltűnésre nézve az esetek önkéntes jelentes okán.

Anyagi támogatás: A dolgozat alapjául szolgáló kutatás az Európai Unió által támogatott EFOP 1.8.0 – VEKOP 17 kiemelt pályázati konstrukció keretében készült. A publikáció elkészítése anyagi támogatás nélkül történt.

Szerzői munkamegosztás: SLAE.: Irodalomkeresési stratégia meghatározása, a közlemény megszövegezése. GO: Közreműködés az irodalomkutatásban és a közlemény megszövegezésében. FSz, UI és DV: Közreműködés az irodalomkutatásban és a közlemény fő üzeneteinek meghatá-

rozásában. BÉ: Statisztikai adatfeldolgozás. A kézirat véglegesítése.

A kézirat végső változatának elkészítése a szerzők közös munkájának eredménye. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők ezúton mondanak köszönetet a cikk alapjául szolgáló kutatásban való közreműködésért a következőknek: Horváth Anikó, Valasek-Vincze Ildikó.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Lám J, Sümegi V, Surján C et al.: The role of reporting and learning systems in improving patient safety. [A jelentő- és tanulórendszerek szerepe a betegbiztonság javításában.] *Orv. Hetil.*, 2016; 157(26):1035–1042. [Hungarian] doi: 10.1556/650.2016.30448
- [2] Wick JY, Zanni GR: Aimless excursions: wandering in the elderly. *Consult Pharm.* 2006; 21(8):608-12, 615-8. doi: 10.4140/tcp.n.2006.608. PMID: 17076588.
- [3] Bowers L, Jarrett M, Clark N: Absconding: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1998; 5(5):343–353. doi: 10.1046/j.1365-2850.1998.00149.x
- [4] Belicza É, Kullmann L: NEVES (adverse events). Implementation of a patient safety program in Hungary. [NEVES (nem várt események). Betegbiztonsági program hazai megvalósítása.] *Kórház*, 2008; 3:32-35. [Hungarian]
- [5] Dombrádi V, Grézló O, Sinka LAE et al.: Causes and prevention of patient wandering and unauthorized leave. [A betegek elkoborlásának és önkényes távozásának okai, illetve a megelőzés lehetőségei.] Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest. 2020. Kézirat. [Hungarian] <https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/>
- [6] Belicza É, Sinka LAE: Learning from mistakes and adverse events – methodical overview for the topic-specific studies. [A hibákból és a nemkívánatos eseményekből való tanulás – módszertani áttekintés a témaspecifikus tanulmányokhoz.] *IME*, 2021; 20(4):13-17. doi: 10.53020/IME-2021-402 [Hungarian]
- [7] Belicza É, Dombrádi V, Mikesy G et al.: Aggregate causes of adverse events and possible methods to mitigate them within healthcare. [A nemkívánatos események általános okai és kezelési lehetőségei az egészségügyben.] *Orv. Hetil.*, 2022; 163(6):237–246. [Hungarian]
- [8] NEVES reporting system datasheets. [A NEVES jelentési rendszer adatlapjai.] 2023. <https://info.nevesforum.hu/adatlapok/> (megtekintve: 2023. július 04.) [Hungarian]
- [9] Lukács A, Mikesy G, Dombrádi V et al.: Guidelines for preventing patient wandering and unauthorized leave. [Útmutató a betegelkóborlás és önkényes távozás megelőzéséhez.] Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest. 2021. Kézirat. [Hungarian] <https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/>
- [10] Belicza É, Takács E: Objective assessment of the quality of hospital care: dream or reality? [A kórházi ellátás minőségének objektív megítélése: álom vagy realitás?] *Orv. Hetil.*, 2007; 148(43):2033-2041. [Hungarian]
- [11] Bowers L, Jarrett M, Clark N et al.: Determinants of absconding by patients on acute psychiatric. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 32(3):644–649. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01523.x
- [12] Song JA, Algase D: Premorbid characteristics and wandering behavior in persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2008; 22(6):318–327. doi: 10.1016/j.apnu.2007.10.008
- [13] Bowers L, Alexander J, Gaskell C: A trial of an anti-absconding intervention in acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2003; 10(4):410–416. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00619.x
- [14] Rowe M: Wandering in hospitalized older adults: identifying risk is the first step in this approach to preventing wandering in patients with dementia. *Am J Nurs.* 2008; 108(10):62-70; quiz 71. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336968.32462.c9
- [15] McGinley, P: Wander-risk patients: Best practices for hospitals and assisted-living facilities. *Patient safety & quality healthcare.* 2011 Hozzáférhető: <https://www.psqh.com/analysis/wander-risk-patients-best-practices-for-hospitals-and-assisted-living-facilities/> (letöltve: 2023. július 06.)
- [16] Agrawal AK, Gowda M, Achary U et al.: Approach to Management of Wandering in Dementia: Ethical and Legal Issue. *Indian J Psychol Med.* 2021; 43(5 Suppl):S53-S59. doi: 10.1177/02537176211030979
- [17] Adekoya AA, Guse L: Wandering Behavior From the Perspectives of Older Adults With Mild to Moderate Dementia in Long-Term Care. *Research in Gerontological Nursing*, 2019; 12(5):239–247. doi: 10.3928/19404921-20190522-01
- [18] Lin G: Nursing interventions in managing wandering behavior in patients with dementia: a literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2015; 29(6):454–457. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.003
- [19] Sinka LAE, Pitás E, Belicza É: Methodological guide for the preparation of causal research. *Professional Methodological Development of the Healthcare System (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001)*. [Módszertani útmutató az oki kutatások előkészítéséhez. Egészség-

ügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001).] Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ.

2020. <https://info.nevesforum.hu/2020/02/modszertani-utmutato-ok-kutatasok-vegesehez/> (megtekintve: 2023. július 05.) [Hungarian]

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Grézló Orsolya egészségügyi szakmenedzser, továbbá szociológiai és pedagógiai tanulmányokat folytatott. 1996 óta dolgozik a közfinanszírozott egészségügyi ellátásért, hosszabb ideig az

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, majd szintén hosszú ideig a NEAK munkatársa volt. Adatgyűjtéssel, elemzéssel és finanszírozással foglalkozott a járó- és fekvőbeteg szakellátás, a gondozás és az alapellátás területén. Jelenleg az Országos Kórházi Főigazgatóság munkatársa.



Farkas Szilvia biológus (mikrobiológus és ökológus), a Betegbiztonsági Tanács Csoport munkatársa, a NEVES

Egyesület alapító tagja, AMR témájú EU-projektek szakmai szakértője és koordinátora.



Ugrin Irina 2017-ban végzett a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán népegészségügyi ellenőrként. Korábban a Magyar Honvédség Egészségügyi Központjában dolgozott közegészségügyi és járványügyi felügyelői

feladatkörökben. 2019. júniusa óta a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ munkatársa. Munkája során közreműködik projektekben, kutatási-tudományos, valamint publikálási és az azokhoz kapcsolódó szakmai feladatokban.



Dr. Dombrádi Viktor 2010-ben szerezte egészségügyi szervező diplomáját a Debreceni Egyetem, Egészségügyi Karán, ezután fél évig a Meditcom Kft.-nél dolgozott, mint support munkatárs. 2012-ben a Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar egészségpolitika, tervezés és finanszírozás mesterszakán

oklevelet szerzett. 2019-ben szerezte meg tudományos fokozatát a Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskolájában. 2016-2020 között a Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Egészségügyi Menedzserment és Minőségirányítási Tanszéken dolgozott, mint tudományos segédmunkatárs. 2020-tól a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ főállású munkatársa. 2021-ben kapta meg egyetemi adjunktusi kinevezését.

Sinka Lászlóné Adamik Erika és **Dr. habil. Belicza Éva** szerzői bemutatása megtalálható a Mikesy G. et al: *Hogyan segítsük a beavatkozásokat? – Az elmaradt tervezett műtétek okainak, és a megelőzés lehetőségeinek vizsgálata* című közleményben az IME 2023/3. szám 37. oldalán.

Az egészségügy már nem finanszírozható ügy, ahogy eddig

A cikk eredeti formájában 2023. augusztus 7-én a [portfolio.hu](https://www.portfolio.hu)-n jelent meg.



Nem fenntartható az egészségügyi szolgáltatások növekvő költségeit központi költségvetési támogatásokból finanszírozni, új bevételi forrásokat kell találni – vélekedett a portfolio.hu-nak adott interjújában Clemens Martin Auer, a European Health Forum Gastein elnöke, Ausztria korábbi Covid-oltási főkoordinátora, aki megoldási javaslatot is megfogalmaz.

A nemzetközi hírű egészségügyi szakértővel azok után készítettünk interjút, hogy Budapesten járt és előadást tartott az IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferenciáján. A korábbi egészségügyi helyettes államtitkárral beszélgettünk a Covid legfontosabb tanulságairól, a vakcinákról, oltások iránti bizalomhiányról, az elégedetlen és tüntető egészségügyi dolgozókról, és az ágazatot lehúzó archaikus munkaszervezésről, rossz munkakultúráról.

Már 3 éve, hogy kitört a Covid-járvány, de talán még mindig érdemes beszélni a tanulságokról. Említene néhány kulcsfontosságú tanulságot, ami nemcsak a magyar, de minden európai döntéshozó számára hasznos lehet? Mit tanulhatnak az európai egészségügyi rendszerek a világjárványból?

Mivel alapvetően optimista vagyok, a pozitív tanulságokkal kezdem. Azt hiszem, valóban megtanultuk, hogy egy ilyen mértékű válság idején együttműködésre és összefogásra van szükség. Erre a legjobb példa az Európai Unióban zajló vakcinavásárlási folyamat, mivel ez volt az első alkalom, hogy az Európai Unió gyakorolta piaci erejét. Az EU teljes piaca 450 millió embert jelent, így az ezáltal biztosítható garanciák és a mennyiség azt jelenti, hogy egységesen képes tárgyalni az unió az iparral és a gyártókkal. Az árak szempontjából ez az egységes uniós tárgyalási pozíció mindenképpen előnyös volt. A legfőbb tanulság, amit ebből le kell vonni, hogy a kockázatmegosztás mindig előnyös, ebben az ügyben a 27 uniós kormány együttesen képes volt a kockázatok megosztására. Ez alapján kijelenthető, hogy az EU igenis rendelkezik piaci erővel, amikor az innovatív és magas árú készítmények beszerzéséről van szó.

Miért fontos ez európai szempontból?

Fontos látni, hogy a gyógyszerkészítmények tekintetében nincs közös európai piac. Ha egy gyógyszer elérhető egy európai ország piacán, az nem jelenti azt automatikusan, hogy az egész európai piacon elérhető. A Covid után azon-

ban megtanultuk, hogy ha az országok összefognak, jobb eredményt érhetnek el, mert a gyártóknak garanciákra van szükségük a mennyiségek, a költségek és az árak tekintetében. Az európai piac szétfűzött, és az Európai Unió nem minden tagállamának van ugyanolyan ereje. Ez végső soron mindig a méretgazdaságosságról szól. De természetesen voltak igazán negatív tanulságai is a Covidnak.

Tudna ezek közül néhányat megnevezni?

Az EU egyetlen országa sem volt felkészülve egy ilyen közegészségügyi válságra a rendszerek kapacitása tekintetében. Az egészségügyi bürokrácia tekintetében sem volt elegendő emberi erőforrás. A tanulság az, hogy nagyon óvatossá kell lennünk a kapacitásleépítéssel kapcsolatban a közegészségügyi ágazatban. A másik tényező, amire a Covid rávilágított, hogy nem álltak rendelkezésre megfelelő készletek egészségügyi eszközökből. Ezért a jobb felkészültség érdekében a jövőben nemzeti szinten, de közös európai szinten is készleteznünk kell. Bár bizonyos szempontból érthető, de összességében negatív volt az is, hogy a pandémiás válság kezelését a kormányfők politikailag eltérítették. Ez azért volt így, mert a lezárásokkal és az emberek magánéletét érintő masszív korlátozásokkal kapcsolatos döntések természetesen nagy politikai kockázatot hordoznak magukban. A miniszterelnökök vagy a kancellárok igyekeztek jelen lenni ebben a folyamatban. Ez azonban olyan feszültségeket és problémákat okozott a járvány kezelésében, amelyek elkerülhetők lettek volna. Azt hiszem, ez volt az oka annak, hogy mire megkaptuk az oltóanyagokat, egyesek elvesztették a hitüket a kormány intézkedéseiben, ezért sokan nem vették fel a vakcinát. Azt is el kell mondanom, hogy nem volt globális mechanizmus az oltóanyagok megosztására.

Ön szerint a Covid óta jobban megbecsüljük az egészségügyi dolgozók munkáját?

Úgy gondolom, hogy a kórházakban és az egészségügyi ágazatban dolgozók csodálatos munkát végeztek, mert valóban túllépték a lehetőségeiket, de nagyon gyorsan ki is merültek. Kezdetben volt némi megbecsülés, de nagyobb politikai és pénzügyi támogatás nélkül ez nagyon gyorsan elpárolog, és az emberek frusztráltak és dühösek lesznek. De tudják, mit tett a válság? Felerősítette az egészségügyi munka intézményein belüli alapvető válságot is. Világossá vált, hogy az egészségügyi ágazat még mindig nagyon archaikusan szervezett ágazat.

Mit jelent ez a gyakorlatban?

A munkafolyamatok nem túl integratívak, nem túl felelősek ebben az ágazatban. Különösen a fiatalabbak számára

nem túl ösztönző egy ilyen helyzet. Meg kell változtatnunk a munka és a magánélet egyensúlyával, a munkafolyamatokkal és a munkakultúrával kapcsolatos hozzáállást. A munkavállalók frusztráltak, nem annyira a fizetések miatt, a fő panasz az, hogy nincs meg a szabadságuk a munkájukban való fejlődésre. A munkakultúra nem jó.

Tehát azt mondja, hogy nem minden a pénzről és a még több pénzről szól, amikor az egészségügyi ágazat finanszírozásáról van szó?

Nem, nem kell mindig több pénz. Először is meg kell változtatni a munkakultúrát az egészségügyi ágazatban, ahogyan azt a bankszektorban vagy a biztosításban is megtették korábban. Természetesen a gazdagabb országok vonzhatnak egészségügyi dolgozókat Európa keleti részeiből, de ez csak mennyiségileg hoz változást a rendszerbe, minőségileg nem. Nem fog megváltozni a munkakultúra, frusztráltak maradnak a dolgozók, és akkor elkezdik elhagyni a pályát. Ne felejtjük el, hogy az ápolóknak lehetőségük van más munkát is végezni. Óvatosnak kell lennünk ezzel a helyzettel. Ismétlem, ez nem csak gazdag vagy szegény, illetve magas vagy közepes jövedelmű országok kérdése. Az ápolói szektorban óriási a lemorzsolódás, így például Németország, Ausztria sem tud minden ápolót magához vonzani Romániából vagy Bulgáriából.

Mit kell tennünk, változtatni a munkakultúrán?

Igen, ez lenne az első és legfontosabb lépés. Az a beszélgetés, amit itt folytatunk a munkafolyamatokról és a munkakultúráról, eléggé újszerű, mert mindig azt gondoltuk, hogy a problémát pénzzel tudjuk megoldani. De szembe kell néznünk ezzel a kérdéssel, mert nincs más lehetőségünk.

Magyarországon azt látjuk, hogy a kormányzat minden folyamatot és embert kontrollálni szeretne az ágazatban. Milyen szerepe lehet ilyenkor az érintetteknek?

Szerintem a kormány nagyon keveset tud tenni, amikor a kórházakban a munkakultúra és a munkafolyamatok megváltoztatásáról van szó. Ha tanácsot kellene adnom az egészségügyi miniszternek, azt mondanám, hogy maradjon ki az ilyen jellegű vitákból, mert nem ő működteti és irányítja a kórházat. Azt is tudjuk, hogy sok országban az összes egészségügyi dolgozó többé-kevésbé közalkalmazott. Tehát a politikusok elmehetnek a kórházak vezetőségéhez és a főorvosokhoz, és megkérdezhetik tőlük, hogy miért olyan elégedetlenek az embereim, az alkalmazottaim, és megkérdezhetik a vezetőségtől, hogy mit fognak tenni, hogy ezen változtassanak.

A gyakorlatban tehát szükség van – talán ez a helyes kifejezés – az elszámoltatható vezetésre.

Pontosan. A politikusoknak a kórházak vezetését kell elszámoltatnia. Sok európai országban látjuk, hogy az egészségügyi dolgozók az utcára vonulnak. Tüntetnek, sztrájkolnak, az utcán gyakorolják a munkaügyi vitákat.

A legutóbbi budapesti előadásán a másik fő téma az volt, hogy hogyan tudjuk alternatív forrásból finanszírozni az egészségügyet. Hogyan kell ezt elképzelni?

Mielőtt belemennénk ebbe a vitába, különbséget kell tennem. Úgy gondolom, hogy a hagyományosan fejlett egészségügyi rendszereket elég jól finanszírozták. A legtöbb nyugat-európai országban az egészségügyi rendszereket a munkához kapcsolódó adókból vagy járulékokból finanszírozzák, és ha a magas jövedelmű országokról van szó, ez nagyon jól működik. Ez a fő csatorna, ahonnan a források származnak. Az elmúlt néhány évben azonban fokozódott az állami célok és kiadások közötti verseny: a kormányoknak sok pénzt kell költeniük a pénzügyi piacok stabilizálására, és most egyre többet fektetnek be a zöld gazdaságba. Tehát nem lehet mindent ugyanannyi adóból finanszírozni, kreatívabbnak kell lennünk, a kormányoknak kreatívabbnak kell lenniük. Nem fenntartható az egészségügyi szolgáltatások növekvő költségeit központi költségvetési támogatásokból finanszírozni.

Mit tanácsol az egyes országoknak, milyen megoldások jöhetnek szóba? És mit tehetünk európai szinten?

Új bevételi forrásokat kell találnunk finanszírozási forrásként. Európában a versenyképességi szempontok miatt nem lehet emelni a munkát terhelő adókat. Ami a rossz fogyasztói döntéseket illeti, számomra a legfontosabb dolog a táplálkozás, túl sok erősen feldolgozott élelmiszert fogyasztunk. Ezek pedig megbetegítenek, egészségtelenné tesznek és megölnék minket. E probléma miatt a szabályozásnak az egész európai piacra kell vonatkoznia. Fel kell tennünk a kérdést, hogy milyen piaci szabályozással rendelkezünk az élelmiszerek és különösen a magasan feldolgozott élelmiszerek tekintetében. Mert ez közvetlenül kapcsolódik az európai egészségi állapothoz. Véleményem szerint az ipar nem mondhatja azt, hogy ez a fogyasztó választása. Nem, ez nem így van. Az alacsony jövedelmű embereknek nincs választási lehetőségük, azt veszik meg, amit a szupermarketben árulnak. Túl sok olcsó élelmiszert esznek.

Csiki Gergely

Jó úton halad, vagy változtatásokra szorul az ágazat átalakításának folyamata?

Miközben az egészségügyi ágazat GDP-arányos részesedése eddig soha nem látott mértékben csökken, az ágazatot vezető államtitkár derülátó: szerinte nagy lépéseket sikerült tenni az elmúlt évben, legalább a fizetések terén – hangzott el többek között az IME az egészségügyi vezetők szaklapja Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek című konferenciáján.

A jövő évi költségvetésben már mindössze 3,6 százalékos lesz az egészségügy GDP-arányos részesedése – derült ki **Sinkó Eszter** szakközgazdász, a **Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MEMT)** elnökhelyettesének előadásából, amelyben értékelte a tavaly óta regnáló szakpolitikai vezetés tevékenységét is.

Aktívan lépett színre az ötödik Orbán-kormány ágazatért felelős államtitkára, **Takács Péter**, és az átlagfinanszírozás sürgős kivezetését, valamint az orvosi alaphív 20 százalékos negatív irányú eltérítésének lehetőségét szorgalmazta. Az előbbi a kormány döntése miatt késett és végül csak 2023 februárjában lett bevezetve. Utóbbi a Magyar Orvosi Kamara ellenállása nyomán maradt el. Megtorpant a városi kórházak vármegyei kórházakhoz való teljes integrációja is, és bár ez hangsúlyos elem az ágazat átalakításában, a politika mégis mérlegeli, hogy a közelgő önkormányzati választásokra milyen hatással lehet a városi kórházak szűkülő portfóliója miatt romló lakossági hangulat. Mindeközben a kormány alapvető elvárása, hogy minél olcsóbban tudja üzemeltetni az ellátórendszert. Egyelőre nem került a kabinet elé az önálló szakrendelők államosításának lehetősége, de a járási egészségközpontok kialakítását jóváhagyták. Ezeket minden bizonnyal csak az uniótól várt helyreállítási alap forrásaiból fogják tudni felállítani – vette végig az aktuális pontokat Sinkó Eszter, hangsúlyozva még, hogy a védőnői szolgálatok megyei kórházak alá szervezése álláspontja szerint hiba volt.

Bár az ágazatvezetés tavaly 170 milliárd forintos keretet remélt a szakdolgozói bérek emelésére, végül csak 41 milliárd forint jutott erre idén – tért át a bérkérdésekre a MEMT elnökhelyettese, aki elmondta azt is, hogy idén már a 40 százalékhöz közelít a kórházak finanszírozásában az az összeg, amely bértámogatásként csupán átfolyik az intézmények költségvetésén. Így a dologi kiadásokra nem marad keret. A kórházak eladósodását nem sikerült megállítani, a kintlévőségek növekedésének ütemét tavaly az átlagfinanszírozás mérsékelte. A jövő évi költségvetés számait elemezve kiderül, hogy az egészségügy GDP-arányos részesedése 2024-ben 3,6 százalék lesz, ami óriási leszakadást jelent úgy az uniós, mint a V4-es országokhoz viszonyítva, ahol ez az arány általában 7-8 százalék.

Az államosítás nem oldotta meg az egészségügy finanszírozási problémáit – szögezte le Sinkó Eszter, hozzátéve, hogy jelenleg az ágazati szereplők többsége frusztrált és elégedetlen, a betegek pedig egyre kiszolgáltatottabbak. – Váltanunk kell, mert ha így megyünk tovább, egy sérülékeny monolit rendszer épül ki az átalakítás nyomán, ahol a lineáris, hierarchikus döntéshozatal mindenki számára megnehezíti az együttműködést.

DR. TAKÁCS PÉTER: NAGY LÉPÉSEK ELŐRE

Egy kórházat sem fogunk bezárni, de az intézmények portfólióját át kell értékelnünk – fogalmazott előadásában **Takács Péter**, a Belügyminisztérium egészségügyért felelős államtitkára, aki szerint erre betegbiztonsági okokból van szükség. A nagy műtétes szakmák ott lesznek elérhetőek, ahol a kellő gyakorlat és felszerelés azokhoz rendelkezésre áll. A vármegyei irányítási modell kialakítása mellett szól, hogy helyben alakítható ki az optimális ellátási háló. Az ellátás finanszírozásában az eddigieknél nagyobb szerep jut a minőségnek, a teljes éves keretekkel pedig követni kell azt, hogy hol veszik igénybe a betegek az ellátásokat.

A járványnak vége, vissza kellene menni kicsit a rendelőbe – üzent Takács Péter a háziorvosoknak az új alapellátási ügyeleti rendszer kérdésére áttérve. – Kis késéssel, szeptember 1-jével újabb 3 vármegye lép be az új ügyeleti rendszerbe, és bár az elsőként induló két megyében voltak kisebb döccenők, mára 80 százalékos a csatlakozási kedv a háziorvosok körében – számolt be a szakpolitikus. Megemlítette még, hogy óriási mértékű szakdolgozói béremelés indul júliustól, két ütemben. Cél az orvosi átlagfizetések 37%-nak az elérése a szakdolgozók számára 2024-re. Összegezve az eddigieket, úgy fogalmazott: „nagy lépéseket tettünk előre, nagy sikereket értünk el”.

KOMPLEXEBB FINANSZÍROZÁSI RENDSZER KÉSZÜL

Elkezdünk visszarendeződni, de nem akarunk a régi beidegződésekre visszaállni – mondta a teljesítményfinanszírozásra való visszatérés következményeiről szóló előadásában **Kiss Zsolt**, a **Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő főigazgatója**, aki szerint hasznosítani kell a bázisfinanszírozás tapasztalatait, és erre is alapozva felépíteni egy hatékonyabb, komplexebb, több egészségnyereséget eredményező finanszírozási rendszert.

Míg a járóbeteg-szakellátás teljesítménye – a 2019-es bázisévhez viszonyítva – áprilisban még csak a 80 százalé-

kot érte el, a fekvőbeteg-ellátásban megyénként nagy szórást tapasztaltak, de a teljesítmény átlagosan 91 százalékos volt. Továbbra sem kap viszont levegőt a krónikus ellátás, ezt igazolja, hogy még mindig csak 68 százalékos a teljesítés, ezen belül a rehabilitáció kihasználtsága rendkívül alacsony. Az elkerülhető kórházi események területén sem sikerült döntő javulást elérni – mint a főigazgató fogalmazott: „hozzuk a régi szintet”. Ugyanakkor elmondta azt is, a jövő elszámolási rendszerének bázisába minőségi elemek is bekerülnek majd, az egyik ilyen lesz például a szövődményfigyelés is, mert jelenleg a szövődményes ellátások területén romlottak a mutatók.

ÁTLÁTHATÓBB BETEGUTAK, JAVULÓ ELLÁTÁSSZERVEZÉS

A betegutakat az ellátók és az ellátottak szempontjából egyaránt optimalizálni kell – hangsúlyozta a NEAK főigazgatója, aki sokat remél a Járóbeteg Irányítási Rendszer (JIR) bevezetéséről, amelyért **Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán**, korábbi egészségügyért felelős államtitkár miniszteri megbízottként felel.

Egy olyan ellátási modell felállítására van folyamatban, amely azt szolgálja, hogy a beteg bejusson a rendelő ajtaján – nyitotta előadását a Debreceni Egyetem kancellár-helyettese, aki azt is hangsúlyozta, hogy bár 15 éve dolgoznak a cívisvárosban a betegirányítási rendszer kialakításán, máig akadnak döccenők. – A betegek az ellátásokhoz való hozzáférést tartják a legkritikusabbnak, és az elégedetlenség ezzel kapcsolatban folyamatosan nő – mondta Ónodi-Szűcs Zoltán, ismertetve egy korábbi betegelégedettségi felmérés eredményeit, amelyben legtöbbször a járóbeteg szakellátásban tapasztalható nehézségek miatt voltak elégedetlenek. A megkérdezettek 41 százaléka panaszkodott orvoshiányra, hosszú betegfogadási listára és várótermi várakozási időre. Egy tavalyi kutatás szerint már 63 százalék volt elégedetlen.

Egy, a kormányablakok hálózatához hasonlóan komplex szolgáltatást kínáló rendszer felállítására van szükség, amely magában foglal minden olyan módszert, amely javítja a páciensek hozzáférését – fogalmazott a miniszteri megbízott, aki tapasztalatait megosztva elmondta, hogy ott, ahol a JIR-t már bevezették, a betegek 3 héten belül időpontot kapnak az orvoshoz, és 30 percnél kevesebb időt töltenek a váróteremben.

Októberben kilencvennél több hazai intézményben már működni fognak beteghívó rendszerek, ezek azok a szolgáltatók, amelyek korábban részt vettek az EFOP ez irányú

pályázatán. Az infotechnológia, a kórházi weblapok fejlesztése mellett call-centereket kell kialakítani, és betegirányítási pontok felállítására is szükség van az intézményekben.

Azt szeretném, hogy minden csatornát, amelyet a beteg igénybe vehet, fejlesszünk – fogalmazott Ónodi-Szűcs, aki szerint „a betegút-szervezésnek azt kell szolgálnia, hogy amikor a páciens ott van a rendelőben, akkor legyen orvos, és amikor az orvos ott van, akkor legyen beteg”.

VAN ELÉG ORVOS, DE MÉGIS KEVÉS

Az ellátásszervezés hiánya, a párhuzamosan futó betegutak napi problémát okoznak a gyógyításban – csatlakozott a gondolatmenethez **Szondi Zita, az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) főigazgató-helyettese**, aki szerint azonban csak akkor van esély érdemi javulásra, ha a terület-alapú ellátásszervezésnek aktív résztvevőivé válnak a háziorvosok, erős kapuőri funkciókkal. Így a vármegyei irányítási rendszerbe – ha nem is direkt vezérléssel – az alapellátás is beletartozik.

Hajdú-Bihar, Csongrád-Csanád és Baranya megyében létrejött „az egy megye egy ellátó struktúra” modell, finisébe ért az integrációs folyamat, itt az egyetemi klinikai központok kerültek irányító szerepbe. Megemlítette, hogy zajlik a védőnői szolgálatok integrációja a vármegyei kórházakba, mint mondta, ennek nyomán a védőnők munkakörülményei nem változnak, de feladatköreik bővülnek.

Bár a betegek ellátására elegendő lenne az a 39 ezer orvos, aki a közellátásban dolgozik – 90-95 százalékban lefedhető lenne az ellátási igény – azonban sokakat közülük nem teljes munkaidőben foglalkoztatnak az intézmények, ami ellátási hiányokat okoz a jelenlegi struktúrában. A fekvőbeteg-ellátásban gyógyító orvosok 81 százalékát az ország 32 intézményben, jellemzően magasabb progresszivitási szinteken foglalkoztatják. Hasonló a helyzet a járóbeteg-szakellátásban is: a 374 rendelőben évente 55-60 millió esetet látnak el, azonban a közfinanszírozott ellátások 80 százalékát az intézmények 20 százaléka (70-80 rendelő) adja. Az OKFŐ álláspontja szerint azért is szükséges a centralizáció, hogy egy adott terület kórházaiban rendelkezésre álljon az ellátáshoz szükséges ápoló- és orvoslétszám.

A sürgősségi ellátórendszer kompetenciaszintjeinek felmérése az OKFŐ soron következő feladata, amit az indokol, hogy a városi kórházak sürgősségi betegellátó osztályain sokszor „billegnek” az ellátások, elsősorban a humánerőforrás szűkössége miatt – zárta előadását a főigazgató-helyettes.

Tarcza Orsolya

Beszámoló a 2023-as dán egészségügyi minőségügyi és betegbiztonsági konferenciáról

Az ez évi *International Forum on Quality and Safety in Healthcare* című konferenciát Kopenhágában szervezték május 15-17. között. A háromnapos rendezvény keretén belül az egészségügyi minőségüggyel és betegbiztonsággal foglalkozó szakembereknek lehetőségük volt nemzetközi szinten megosztani a tapasztalataikat és a bevált jógyakorlataikat. A jelenlegi konferenciabeszámoló röviden összefoglalja a rendezvény legfontosabb üzeneteit, beleértve a dán és angol betegbiztonsági jelentési rendszerek működését, a betegek bevonásának jelentőségét az egészségügyi ellátásba, az integrált egészségügyi ellátás jellegzetességét, valamint a digitális fejlődés kihívásait.

BEVEZETŐ

Az első *International Forum on Quality and Safety in Healthcare* (Nemzetközi Egészségügyi Minőségügyi és Betegbiztonsági Fórum) konferenciát 1996-ban rendezték Londonban, amin mindösszesen 300 egészségügyi szakember vett részt. A *British Medical Journal* (BMJ) és az amerikai *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) közös szervezésével megrendezett konferencia azóta kinőtte magát, és az elmúlt években több mint 5000 szakember vett részt az eseményeken. Az idei európai konferenciát május 15-17. között rendezték Kopenhágában. A rendezvény ez évi mottója az „Alkalmazkodás a változó világhoz: egyenlőség, fenntarthatóság és jólét mindenki számára” volt, ami jól tükrözi az aktuális nemzetközi egészségpolitikai célkitűzéseket. A korábbi konferenciákhoz hasonlóan számos egészségügyi téma került bemutatásra, mint például az értékalapú egészségügy, a betegközpontú ellátás, a betegbiztonság különböző aspektusai, az integrált egészségügyi ellátás, a digitális technológiák lehetőségei, és az egyenlőség elvének érvényesítése az ellátórendszerben.

BETEGBIZTONSÁGI JELENTÉSI RENDSZER DÁNIÁBAN

A dánok által működtetett betegbiztonsági jelentési rendszerben az egészségügyi dolgozóknak kötelező hét napon belül jelenteniük a bekövetkezett nemkívánatos eseményeket. Ez azért érdekes, mivel az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az önkéntes és anonim jelentési rendszer működtetését javasolja. További érdekesség, hogy nemcsak egészségügyi dolgozók, hanem betegek és hozzátartozók is jelenthetnek a rendszerbe. Fontos kiemelni, hogy ezt a szemléletet az ország kulturális adottsága teszi lehetővé, így más ország-

ban nem biztos, hogy érdemes vagy javasolt ezt a megközelítést alkalmazni. A dán egészségügyi ellátást az egyik legjobbnak lehet tekinteni a világon, viszont a jelentési rendszer alapján azt a konklúziót vonták le, hogy a betegbiztonság tekintetében még nekik is van mit fejlődni. Többek között olyan gyengeségeket azonosítottak, mint például (1) a nyomási fekély kockázatát nem mindig ismerik fel, (2) magát a kialakult nyomási fekélyt nem mindig ismerik fel, (3) valamint a lényegi információk nem mindig kerülnek rögzítésre az egészségügyi dokumentációban. Ugyan a felsorolt problémák a hazai egészségügyi ellátásban is jelen vannak, ezek gyakorisága és súlyossága jelentősen eltér a két ország között.

BETEGBIZTONSÁGI JELENTÉSI RENDSZER ANGLIÁBAN

Az angol egészségügyi rendszer által működtetett betegbiztonsági jelentési rendszert is bemutatták. Elsősorban azt emelték ki, hogy sem a betegek, sem a hozzátartozók, sem az egészségügyi dolgozók nem elégedettek a rendszer eddigi működésével. Továbbá a jelentett esetek 40%-ában a kivizsgálások nem tudtak magyarázatot adni, hogy az esemény miért következett be. Ebből kifolyólag a jelentési rendszert teljesen átdolgozták. Az új megközelítést „Betegbiztonsági eseményekre reagáló keretrendszernek” hívják, amelynek az egyik újdonsága, hogy kiveztették az úgynevezett „súlyos nemkívánatos események” fogalmát. Ezt azért csinálták, mivel az egészségügyi dolgozók elsősorban a súlyos következménnyel járó nemkívánatos események okait kezdték vizsgálni. Ennek egyrészt az lett a következménye, hogy mindig hasonló konklúzióra jutottak, másrészt a kevésbé súlyos nemkívánatos események elemzése a háttérbe került, így az ezekből levonható hasznos tanulságokat csak ritkán tárták fel. Továbbá sokkal inkább egy olyan szemléletet akartak előtérbe helyezni, ami a rendszert, mint egész elemzi.

BETEGEK BEVONÁSA AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBA

A konferencia keretén belül több előadás is foglalkozott azzal, hogy miért és hogyan érdemes a betegeket bevonni az egészségügyi ellátásba. A téma fontosságát tükrözi, hogy az idei WHO Betegbiztonsági Világnap témája is a betegek bevonásáról fog szólni. A betegek bevonásának többfajta osztályozási rendszere létezik, viszont általánosságban három szintbe lehet ezeket besorolni: (1) A legalacsonyabb fokozata az, amikor a beteg passzív elszenvedője a saját ellátásának. (2) Magasabb szintnek tekinthető, amikor a bete-

get megfelelően tájékoztatják és bevonják a saját ellátását érintő döntéshozatalba. (3) A legmagasabb szint az, amikor a beteget egyenlő partnerként kezelik nemcsak az ellátás során, hanem akár az ellátórendszer fejlesztésébe is bevonják. Ez utóbbi megközelítés azért lehet hasznos, mivel egy tanulmány kimutatta, hogy azok a projektek, amelyekbe a betegeket is aktívan bevonták, 2,8-szor nagyobb valószínűséggel voltak sikeresek, mint ahol nem éltek ezzel a lehetőséggel.

INTEGRÁLT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

A betegek bevonásának fontosságához hasonlóan nagy hangsúlyt helyezett a konferencia az integrált ellátási megoldások eredményeinek bemutatására is. Az integrált ellátás, azaz amikor – a különböző egészségügyi és betegségtípusoktól függően – a szociális gondozási feladatok összehangoltan, egy rendszerként működnek, lehetővé teszi a hatékonyabb és eredményesebb ellátást. A különféle feladatok egy egységben történő kezelése lehetővé teszi, hogy kevesebb szolgáltató intézményt kelljen az országoknak fenntartania, erről egy finnországi előadás számolt be. Az intézményi struktúra racionalizálása hozzásegíthet minket az egészségügyi és szociális ellátórendszer hatékonyabb, kisebb erőforrás-pazarlással történő működéséhez. Különösen a több krónikus betegséggel élő idős személyek esetén az integrált ellátási modellek lehetővé teszik az állapotukhoz kapcsolódó kockázatok korai felismerését, akut betegségeik komplex, a krónikus állapotokat megfelelően figyelembe vevő kezelését és az eredményes utógondozást is. Erre vonatkozóan a holland előadók az időskori csípőtáji törések ellátását mutatták be példaként. Eredményeik szerint az integrált ellátásszervezés alkalmas volt a törést követő rövidtávú halálozás csökkentésére.

A COVID-19 JÁRVÁNY EGYIK KOMOLY HOZADÉKA – A DIGITALIZÁCIÓ TÉRNYERÉSE

A konferencián több előadásban, valamint workshop megbeszélésen is komoly teret kapott a jövő orvoslását alapjaiban meghatározó digitalizációs fejlődés. Több országból is érkeztek szakemberek, akik a saját jógyakorlataikon keresztül próbálták a fejlődés lehetséges irányait bemutatni, és természetesen kitértek a jelen, vagy éppen a közeljövő kihívásaira is. Talán a három legtöbbet emlegetett kihívás a beszélgetések folyamán (1) az egészségügyi rendszerek összekapcsolása, és így a betegekről rendelkezésre álló adatok szabad áramoltatásának kialakítása; (2) a keletkező digitális (képi, illetve számszerűsíthető paraméterek) eredmények

standardizálásának nehézsége; (3) a robbanásszerű digitalizációs és technológiai fejlődés költségvonzata, valamint ezzel szoros összefüggésben az, hogy az árrobbanás következtében nem biztos, hogy azok a páciensek jutnak az adekvát ellátáshoz, akiknek a legnagyobb szükségük volna rá. Bár a konferencia előadásai, illetve workshopjai nem adtak egyértelmű válaszokat a fentebb kiemelt problémákra, az mindenképpen üdvözlendő, hogy ezek a kérdések ugyanúgy foglalkoztatják az ágazat legfontosabb szaktekinetelyeit a világ legfejlettebb egészségüggyel rendelkező országaiban (USA, Egyesült Királyság, Ausztrália, Kanada, Dánia, Hollandia), mint hazánkban. Ezen túl fontos és érdekes üzenetként fogalmazódott meg az is, hogy a digitalizációval az egészségügy transzformációja folytatódik, és a sikeres, minőségi és a betegekre nézve veszélytelen ellátás eléréséhez az állami szférának egyre inkább szüksége van a piaci szereplőkre is, a közös motiváció megtalálása pedig egy fontos lépés lehet a sikeres fejlődés irányába.

ÖSSZEFOGLALÁS

A korábbi konferenciák hagyományai szerint az Institute for Healthcare Improvement volt igazgatója, Dr. Donald Berwick tartotta a záró előadást. Amíg a rendezvény korábbi előadói a fokozatos változásra tették a hangsúlyt, addig Dr. Berwick pont a nagyszabású „ugrást” gondolja nélkülözhetetlennek. Véleménye szerint az egészségügyi rendszerek megreformálásához olyan szintű elköteleződés szükséges, mint amit a második világháborúban tanúsítottak a nyugati országok. Továbbá ő is kiemelte a csapatmunka, a kommunikáció és az empátia fontosságát.

A konferencialátogatásnak nemcsak az volt a célja, hogy információt gyűjtsünk, hanem hogy a saját kutatásaink eredményeit ismertessük a nemzetközi közönséggel. A poszterszekcióban kettő előadást tartottunk. Egyrészt bemutattuk, hogy a NEVES rendszer aggregált adataiból milyen általános tanulságokat lehet levonni, illetve hogy Magyarországon a csípőtáji töréssel összefüggésbe hozható halálozás az elmúlt években hogyan alakult, és milyen tényezők járultak ehhez hozzá.

Dr. Dombrádi Viktor, Dr. Surján Cecília, Dr. Mikesy Gergely

Anyagi támogatás

A TKP2021-NVA-11 számú projekt az Innovációs és Technológiai Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a TKP2021-NVA pályázati program finanszírozásában valósult meg.



AZ NKFI ALAPBÓL
MEGVALÓSULÓ
PROJEKT

BIZTONSÁGOS SZONDATÁPLÁLÁS

A kórháztól a beteg otthonáig

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

- ✓ Szondatermékek széles választéka
- ✓ Szondatáplálás eszközei:
bolus, gravitációs és pumpás tápláláshoz

**HAZABOCSÁTÁSKOR TÁJÉKOZTASSA BETEGÉT
A NUTRICIA OTTHONÁPOLÓ SZOLGÁLATRÓL!**



- ✓ szakképzett ápolók
- ✓ az ország egész területén
- ✓ térítésmentesen

**NUTRICIA OTTHONÁPOLÓ
ÉS TANÁCSADÓ SZOLGÁLAT**

06 80 223 223

SZONDATAPLALAS.HU



Ezen információs anyag egészségügyi szakemberek számára készült. A hirdetésben szereplő termékek speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerek, kizárólag orvosi felügyelet mellett adhatók. Jelen hirdetés elválaszthatatlan részét képezik a címkeszövegek és az árlista, amelyeket az alábbi linken ér el: Naprakész termékinformációk: <http://nutriciamedical.hu/termek-szures>. A Danone Kft. nem vállal felelősséget jelen anyag illetéktelen felhasználásáért. Danone Kft. 1134 Budapest, Váci út 35. Kód: TUB23ALLOTH63OFFHU
Lezárás dátuma: 2023. 04. 04.

A FESTŐ ÉS MODELLJEI

RENOIR

Pierre-Auguste Renoir: *Wife and Son, Juncos* (Boulevard), 1883 | © Paris, Musée d'Orsay, RF 1979.64
Fotó: © BM Grand Palais, Musée d'Orsay | Hervé Lewandowski

SZÉPMŰVÉSZETI MÚZEUM

2023. 09. 22. – 2024. 01. 07.

Kiemelt kölcsönző partnerek:

Főtámogató:

Kiemelt támogatók:

Együttműködő partner:

A kiállítás hotelpartnere:

Médiatámogatók:

