

IME

Egészségügyi
vezetők szaklapja,
tudományos folyóirat

INNOVÁCIÓ MENEDZSMENT EGÉSZSÉGÜGY



MENEDZSMENT

KOMPLEX KIHÍVÁSOK A KÓRHÁZAK VEZETÉSÉBEN

A hatékony kezelés rendszerszintű
változásokat és holisztikus
megközelítést igényel

15. oldal

MENEDZSMENT

HOW TO BUILD ON A "GENERAL GOOD PRACTICE"

Our methodology is using different
tools to bridge the gap between
evidence and practice

25. oldal

INFEKCIÓKONTROLL

ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLÓK HIGIÉNÉS ÉRTÉKELÉSE

Klinikai auditok során
alkalmazható specifikus ellenőrzőlista
támogatja az infektókontrollt

38. 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.

Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat

Főszerkesztő	Prof. Dr. Gaál Péter
Felelős szerkesztő	Dr. Pásztélyi Zsolt
Lapigazgató	Lengyel Livia
Szerkesztőség / Hirdetésfelvétel	ime@memt.hu
Lapkiadó	Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság 1016 Budapest, Számadó u. 5.
Székhelye	
Felelős kiadó	Prof. Dr. Gaál Péter elnök

Korábbi főszerkesztők	Prof. Dr. Kozmann György 2002–2022
------------------------------	---------------------------------------

Alapító	Tamács 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 Sándor	Dr. Rákay Erzsébet
Király Gyula	Dr. Valent Sándor
Dr. Kósa József	Vártokné Fehér Rózsa Dr. Weltner János

Szerkesztőbizottsági tagok

Babos János	Őri Károly
Dr. Bacskai Miklós	Puskás Zsolt
Dr. Dózsa Csaba	Dr. Pénzes 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. Melczer 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. Zámbó Katalin
Raffai Sándor	
Mobil	+36 30 459 9353
e-mail	ime@memt.hu
Honlap	ime.memt.hu memt.hu

Megjelenik évente 4 alkalommal
Előfizetési díj 12 000 Ft/év,

ami tartalmazza az 5% áfát
és a postaköltséget

Terjesztés, előfizetés Magyar Egészségügyi
Menedzsment Társaság

Nyomdai előkészítés Harasztiné R. Zsuzsanna
Nyomdai munka Váreg Nyomda

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

A Kiadó fenntartja magának a jogot a hirdetések elfo-
gadására. Szerkesztőségünk a lapban közölt hirdeté-
seket a legnagyobb körültekintéssel gondozza, de a
hirdetések tartalmáért nem vállal felelősséget.

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

Tartalom

<i>Pásztélyi Zsolt</i> Beköszöntő	4
---	---

<i>Tóth Ágnes Anita, Lénárt Anett, Nagy Edit, Sinkó Eszter</i> Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon 1. rész	6
--	---

<i>Antal Zsuzsanna, Cserhádi Zoltán, Krenyácz Éva, Révész Éva</i> Komplex kihívások a kórházak vezetésében	15
--	----

<i>Heléna Safadi, Judit Lám, Ivett Baranyi, Éva Belicza</i> An intermediate step in bridging the gap between evidence and practice: developing and applying a methodology for “general good practices”	25
--	----

<i>Varga Beatrix, Kovács Aranka Katalin, Safadi Heléna</i> Audit ellenőrzőlista kidolgozása a gasztroenterológiai endoszkópos vizsgálóhelyek higiénés értékelésére	38
--	----

<i>Kalla Éva, Pilinszki Attila</i> A mentalizációfókuszú esettanulmány módszer szerepe a segítő hivatású szakemberek lelki ellenállóképességének erősítésében	47
---	----

<i>Merse Anita, Rozsos István</i> Magyar végtagmentő applikáció – az égetően szükséges megoldás!	56
--	----

Díjátadók	62
------------------	----

Beköszöntő



Minden év utolsó negyedéve az egészségügyi intézmények számára kettős feladatot ad: felkészülni az év lezárására és elindítani a következő évi tervezést. Az év lezárásaként nem megkerülhető operatív teendő az adósság kezelése, amely általában a kórházakat érinti, de nem egyforma mértékben.

A különbség mértékét jól illusztrálja, hogy 2023 végén a Debreceni Egyetemet 9 milliárd, míg a Semmelweis Egyetemet 900 millió forintos összeggel kellett konszolidálni, azaz tízszeres a különbség. Az összesített adósság tavaly ilyenkor a 120 milliárd forintot is elérte, most – köszönhetően az évközi konszolidációknak – már „csak” 100 milliárd forint körüli ez az összeg.

Az önkormányzati járóbeteg-szakrendelőket az adósságkezelés általában nem érinti, hiszen tulajdonosaik tervezetten juttatnak forrásokat számukra. A Medicina2000 Járóbeteg Szakellátási Szövetség adatai szerint ez a támogatás 2024-ben 8,8 milliárdot tesz ki a felmérésben részt vevő 26 legnagyobb rendelőintézet 60 milliárdos éves költségvetésében. A mintában részt vevő rendelőintézeteknek így juttatott 14,7%-os többletforrás összevethető a kórházaknak egyéb sorokon juttatott forrásokkal – gondoljunk csak a KEF-es infrastruktúra-kiszervezés durván 60 milliárdjára, a vis maior alapra, egyéb beruházási összegekre, valamint a konszolidációra. Persze az önkormányzati forrásjuttatás is egyenlőtlenül oszlik meg – az önkormányzatok adóereje szerint – fokozva az egyenlőtlenségeket a rendszerben. De legalább megnyilvánul a szubszidiaritás, és többletforrás kerül a rendszerbe – főleg beruházási céllal –, ami pedig evidens módon fontos a rendszer fenntarthatósága szempontjából.

De térjünk vissza a tervezésre. A vezetők gondolkodását, a lehetőségeiket meghatározó évelzárást és a tervezést alapvetően befolyásolja az adósságkonszolidáció mértéke, ennek ismerete nélkül gyakorlatilag légüres térben történik a tervezés. Ismeretlenek a premisszák... Lássuk milyen tényezőknek is foglyaik az intézményvezetők.

A legnagyobb gondot a költségek jelentős emelkedése, átrendeződése ellenére a változatlan alapdíjak jelentik. A felelős döntéshozók nem gondolhatják komolyan, hogy a 7 éve változatlan alapdíj-normatívák mellett 2025-ben fenntartható lesz a rendszer. Tehát az első tényező, hogy a költségeket lefedő normatívákra van szükség. Az ilyen mértékben adósságkonszolidációra alapozó rendszerirányítás és menedzsment sodródást jelent.

Persze jön a kérdés, hogyan költsünk többet az egészségügyre, ha nem ismerjük az egészséges költségarányokat az egyes ellátások, ellátási formák között. Ehhez ráfordítási adatgyűjtésre alapozott kódkarbantartásra lenne szükség. A kormány forrást allokált ennek elvégzésére, azonban a lassan haladó közbeszerzés miatt még csak előzetes szakmai-módszertani egyeztetésekre kerülhetett sor a témában. Mindenesetre a csapatok ugrásra készen állnak, a tervek szerint a 2025-ös évben kerülhet sor az adatgyűjtésre. Ennek feldolgozása is időt igényel, a teljes éves felmérés eredményei alapján legkorábban 2026 nyarára lesznek adatok az egyes betegcsoportok önköltségéről. Ekkor indulhat majd a homogenitásvizsgálat, a HBCs-k esetleges újragondolása, a finanszírozási paraméterek átalakítása.

A jelen helyzetet ismerők persze feltehetik a kérdést: van-e szükség egyáltalán a teljesítményfinanszírozásra, amikor a kórházgazdátok mozgástere egyre inkább beszűkül:

- a nem orvosi infrastruktúra már kiszervezett, arra legfeljebb lobbihatása van a menedzsmenteknek;
- ezt fogja követni az informatika központi kiszervezése, és az elvárt szolgáltatási szint számonkérhetősége gyakorlatilag megszűnik;
- a béreket számos keretrendszer szabályozza, a bértámogatás teljesítménytől független folyósítása minél több munkavállaló felvételére ösztönöz;
- a munkaerő hatékonyabb kihasználására mind ösztönző, mind eszköz igen kevés maradt a rendszerben;

-
- vannak olyan hangok, amelyek szerint a béreket teljes mértékben fixen, egyedileg kellene finanszírozni, vagy akár teljesen vissza kellene térni a bázisfinanszírozásra.

Aki ezt ajánlja, az nem észleli, hogy ez a sokadik elem lenne a paraszolvencia-eltörlés, az egyforma bérezés és a döntésközpontosítás után, amely az ellátórendszert immobilitásra, a teljesítmény visszafogására ösztönözné. Mindennek ékes példája a pandémia alatti átlagfinanszírozás indukálta teljesítmény-visszaesés, amellyel párhuzamosan az ellátások jelentős része kikerült a magánfinanszírozott ellátókhoz, ezzel a szűkös erőforrást jelentő munkaerő szétforgácsolódott, és nem a leginkább egészségnyereséget jelentő – azaz megelőzhető halálozást csökkentő – ellátásokban került felhasználásra. Gondoljunk csak arra a nagyműtétekre képzett sebészre, aki ambuláns műtéteket végez a magánfinanszírozott rendelőben. Mindezek a tényezők pedig megerősítik azt, hogy nem megkerülhető a rendszerben a teljesítményelv erősítése, amelynek fő közvetítője a teljesítményfinanszírozás.

Reméljük, hogy ezeket a szempontokat figyelembe veszik a döntéshozók, amikor a rendszer továbbfejlesztése irányába döntéseket hoznak. Az IME és a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság 2024. évi, immáron XXIII. hagyományos seregszemléje, a Menedzsment és Leadership – „leánykori nevén” Kontrolling és vezetői eszköztár – konferencia a prioritásképzéshez értékes információkkal szolgálhat, illetve kommunikációs felületet jelenthet a kórházi menedzsmentek számára. Sok szeretettel várjuk a résztvevőket!

Dr. Pásztélyi Zsolt
felelős szerkesztő

Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon 1. rész

Options of End-of-Life Decisions in Hungary Part 1.

Tóth Ágnes Anita¹ * ✉, Lénárt Anett^{2,1} *, Nagy Edit^{3,1}, Sinkó Eszter¹

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

²Medlén Kft., Budapest

³Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai részleg, Budapest

* megosztott első szerzők

✉ tothagnesanita@gmail.com

Jelen cikk célja az életvégi ellátással kapcsolatos döntési lehetőségek magyarországi helyzetének bemutatása. A tanulmány először ismerteti a témakör hazai aktualitását, a legfontosabb fogalmakat, mint az eutanázia különböző formái, a terápiás túlbuzgóság és a palliatív ellátás. Ezt követően egy rövid nemzetközi kitekintést nyújt. A cikk célja, hogy különböző nézőpontokból világítson rá az életvégi döntések összetett kérdéseire, beleértve a jogi, vallási, etikai és orvosszakmai vonatkozásokat. Az írás részletesen ismerteti a vonatkozó hazai jogszabályokat és rendelkezéseket, valamint elemzi a különböző vallási felekezetek nézőpontját és az etikai irányelveket. Külön figyelmet szentel annak, hogy bemutassa az orvosi gyakorlatot befolyásoló tényezőket, amelyek meghatározzák az orvosok mindennapi döntéseit ebben a kényes témában. A szerzők pontokba szedték az életvégi ellátásokkal kapcsolatos döntések nehézségeit, problémáit, és javaslatokat is megfogalmaznak arra vonatkozóan, hogy milyen eszközök és támogatások segíthetik az orvosokat az életvégi döntések meghozatalában, hogy ezekben a rendkívül nehéz, összetett és lelkileg megterhelő helyzetekben is megfelelően tudjanak eljárni.

Kulcsszavak: életvégi döntések, eutanázia, palliatív ellátás, hospice, jogi szabályozás

The purpose of this article is to present the situation regarding options for end-of-life care decisions in Hungary. The study first outlines the current relevance of the topic Hungary, then, it introduces the most important concepts, such as the different forms of euthanasia, therapeutic obstinacy, and palliative care. This is followed by a brief international overview. The aim of the article is to shed light on the complex issues surrounding end-of-life decisions from various perspectives, including legal, religious, ethical, and professional medical aspects. The paper provides a detailed account of the relevant national laws and regulations, analyses the viewpoints of different religions, and discusses official ethical guidelines. Special attention is given to present the factors influencing medical practice that determine the everyday decisions of physicians in this sensitive area. The authors outline the difficulties and challenges associated with end-of-life care decisions and offer suggestions on tools and support that can assist physicians

in making these critical, complex, and emotionally taxing decisions appropriately.

Key words: end-of-life decisions, euthanasia, palliative care, hospice, legal regulations

BEVEZETÉS

A haldoklás, halál témájáról való nézetek koronként, kultúránként, vallásonként változnak. A halál egy természetes folyamat, melynek azonban sok társadalmi, vallási és gazdasági vonatkozása is van.

Az 1930-as évektől megváltozott a halálhoz való hozzáállás. A korábban családi körben zajló esemény egy klinikai történéssé vált, rideg, kórházi, intézményi keretek között. A nyugati civilizációban a legtöbben mára a hosszú, szenvedéssel teli halált szeretnék elkerülni, ezzel szemben a legtöbb fejlett országban nő az átlagéletkor, egyre több a krónikus betegség, ennek következtében többnyire hosszú lefolyású, fájdalommal teli haldoklás jellemző, melynek végén kórházi körülmények között halnak meg az emberek. Medikalizálódott a folyamat, az orvosok mindent megtesznek (nem egyszer a beteg akarata ellenére is) azért, hogy betegeket életben tartsák, az életet minden áron meghosszabbítsák, akár indokolatlan kezelés használatával is [1].

A „saját” halál, méltó halál kérdése, kellemetlen témává vált a civilizációk fejlődésével, melyről a legtöbben egyre kevésbé beszélnek szívesen [1]. Pedig a cikkekben bemutatott szempontok miatt is fontos lenne a kérdéssel szélesebb körben foglalkozni. Az abortusz, magzati eutanázia nem témája jelen cikkeknek.

A TÉMA AKTUALITÁSA MAGYARORSZÁGON

A Magyarországon is aktuális téma a közbeszédbe az ALS (amiotrófiás laterálszklerózis) betegségben szenvedő dr. Karsai Dániel alkotmányjogász beadványát követő polémia okán robbant be ismét. Az ő esetében nincs olyan kezelés, amit visszautasíthatna (a lélegeztetőgép kivételével), így gyakorlatilag nem tud a jogilag megengedett ellátás visszautasításának lehetőségével élni. A strasbourgi Emberi Jogok Európai Bíróságához fordult, hogy állásfoglalást kapjon arra vonatkozóan, hogy életét eutanázia által fejezhesse be. A strasbourgi bíróság 2024. június 13-án meghozta döntését,

melyben elutasította a beadványt. Azt állapították meg, hogy az öngyilkossághoz való asszisztálás magyarországi büntetőjogi tilalma megfelel a nemzetközi egyezmények követelményeinek. Azonban az a kérdés, hogy az egyén önrendelkezési jogával milyen mértékben egyeztethető össze ez a tilalom, azaz hogy bizonyos esetekben az egyén önmaga dönthessen saját haláláról, annak időpontjáról, számos erkölcsi és etikai kérdést vet fel, amik kapcsán az egyes tagországok véleménye rendkívül eltérő, emiatt az országoknak tágabb mozgásteret kell biztosítani [2,3,4].

A nyilvános tárgyalás után az Igazságügyi Minisztérium közleményt adott ki, melyben továbbra is teljes mértékben elhatárolódik az eutanázia legalizálásától. „A méltóság kiteljesedése és annak megtartása nem politikai vagy világnézeti kérdés, hanem alapjog. A mi álláspontunk, hogy nem kerekedhet felül az élet szentségén. Az élet védelme elsődleges a keresztény kultúrában, így Magyarországon is. Az életről történő lemondás, az eutanázia számtalan visszaélésre is lehetőséget ad. Az emberi élet szent és sérthetetlen, mely értékrendünket az Alaptörvényünk is tükrözi. Álláspontunk határozott: senki, semmilyen indokból nem veheti el más életét” [5].

EUTANÁZIA FOGALOMKÖRE

Az eutanáziával kapcsolatos fogalmak használata nem egységes, a szakértők sem értenek egyet, többféle szóhasználat, értelmezés létezik a szakirodalomban és a köznyelvben is.

Aktív eutanázia: „halálba segítés”

Ezt több helyen alcsoportokra bontják az alábbiak szerint: [6,7]

1. aktív, közvetlen, szándékolt: egy személy közvetlen beavatkozással meggyorsítja vagy előidézi egy másik személy halálának bekövetkezését, annak kívánságára (pl. méreginjekció beadásával).
2. aktív, közvetett, szándékolt: gyakorlatilag öngyilkosságban való közvetett közreműködés, az öngyilkosság segítése (pl. mérge beszerzése a betegsége miatt öngyilkosságra készülő számára, aki a mérget maga veszi be).
3. aktív, közvetlen, nem szándékolt: itt a cél a gyógyítás vagy fájdalomcsillapítás, és nem a halál. Az eljárás során azonban számításba veszik azt is, hogy a beavatkozás a halál gyorsabb bekövetkezésével járhat (pl. a beteg elviselhetetlen fájdalomban szenved, ennek enyhítése céljából intenzívebb fájdalomcsillapítást alkalmaznak, ami következtében megszűnik vagy csökken a fájdalom, de ezzel a halál időpontját hamarabbra hozzák). Ezt az eljárást nem szándékolt jellege miatt sokan nem sorolják az eutanázia körébe.

Passzív eutanázia: „meghalni hagyás”

Az orvos nem tesz olyat, ami a beteg halálához vezet. Az orvos szándéka a beteg halálára irányul. Ez az életmentő, életfenntartó vagy életfunkciókat helyreállító (újraélesztő)

eljárások el nem kezdését vagy beszüntetését jelenti [6,7,8]. Egyes nézetek szerint ide tartozik, ha a beteg visszautasítja az ellátást (ellátás visszautasítása/önrendelkezés), mások viszont ezt, mint betegjogot teljesen elhatárolják az eutanázia fogalmától [7,8,9]. Léteznek olyan nézetek is, ami szerint a passzív eutanázia mint fogalom nem értelmezhető. Mivel az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának lehetőségével, ha a beteg olyan súlyos gyógyíthatatlan betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet, és emellett a betegség természetes lefolyása biztosított, akkor a beteg csupán az önrendelkezését gyakorolja. Tehát ennek tiszteletben tartásával nem lehet a halál bekövetkezésének oka az orvos [9].

Más vélemény szerint, amit sokan passzívnak definiálnak, az valójában a betegség természetes lefolyását lehetővé tévő ellátás [7]. Szakértők megfogalmaztak olyan álláspontot is, ami szerint az orvosi technológia fejlettsége nehezzé teszi az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetését a gyakorlatban. Erre jó példa a lélegeztetőgép kikapcsolásának, konkrétan a kapcsoló elfordításának értelmezése [9].

A Magyar Orvosi Kamara által szervezett Életvégi döntésekről szóló Agorán megfogalmazták, hogy az eutanázia kifejezés kerülendő. Csak belga jogszabályban olvasható mint jogi szóhasználat. Az, amit aktív eutanáziának hívnak – orvos-beteg viszonylatban – gyakorlatilag emberölés, amit pedig passzív eutanáziaként foglalnak össze, kérdéses, mert például a lélegeztetőgép lekapcsolása is aktív cselekedet, de ez vajon kimeríti-e az emberölés fogalmát. Nem mindegy büntetőjogilag, hogy tevékenységről vagy mulasztásról van-e szó.

Egy másik formát is megemlítenek a szakirodalomban, az indirekt eutanáziát: ha fájdalomcsillapításként a morfinadagot emelni kell, a következő adag megöli a beteget, és ezzel az orvos már tisztában van. Vagyis előre látott, de nem szándékolt cselekményről van szó [7,9].

„Terápiás túlbuzgóság”

Még egy fogalom van, amit az utóbbi időben használnak ebben a kérdéskörben. Ez pedig az úgynevezett "terápiás túlbuzgóság" elutasítása. Ezt általában nem tekintik passzív eutanáziának. A "terápiás túlbuzgóság" alatt a beteg állapothoz képest aránytalan, túlságosan terhes, nem hasznosuló orvosi kezelésekre, beavatkozásokhoz való túlzott ragaszkodást értik. Ennek kerülését sem a bioetika, sem az egyházak, sem az erkölcszociológia nem tekinti helytelen, elítélendő magatartásnak [10].

Palliatív ellátás

A hospice ellátás gyakorlóinak felfogása szerint pedig a fentiekén kívül a következő lehetőségek kapcsolódnak még az életvégi döntésekhez: palliatív ellátás (hospice), palliatív szedálás.

A palliatív ellátás a súlyos betegséggel élő emberek és családjuk számára nyújtott ellátási forma, ami a tünetek eny-

hítésére szolgál (fájdalom, alvászavar, fulladás, depresszió...). A diagnózistól kellene hogy rendelkezésre álljon, a szokásos terápia mellett adható. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben külön szakaszban (99. §) foglalkoznak a haldoklók gondozásának ellátásával [11, 12, 13].

A terminális palliatív szedáció valójában szedatív gyógyszerek alkalmazását jelenti, a túrhetetlen és kezelhetetlen kínok csökkentésének céljából. Itt a passzív eutanáziával ellentétben nem a beteg halála a cél, hanem az elviselhetetlen szenvedés enyhítése [8, 14].

2020-ban Magyarországon 11 931 beteg kapott hospice-és palliatív szakellátást. Az ellátottak 79,5%-a szenvedett daganatos betegségben szemben a 2014 és 2016 közötti adatokkal, amikor még 97% volt az arányuk az ellátottak között. Európai becslések szerint a daganatos betegségben szenvedők legalább 20%-ának, a nem daganatos betegek 5%-ának kellene palliatív ellátásban részesülnie legalább az élete utolsó részében [11, 12].

NEMZETKÖZI GYAKORLAT

Az életvégi döntések jogi szabályozása nem egységes Európában, egymástól gyökeresen eltérő nézetek is vannak e témában. Vannak olyan országok, ahol az öngyilkosságban való közreműködést büntetik, ilyen Magyarország is. Sok európai országban nem képez bűncselekményt az öngyilkosságban való közreműködés, mivel ha az alapcselekményt nem büntetik (az öngyilkosságot), akkor nem képez bűncselekményt az ehhez kapcsolódó tettestársi cselekmény sem. Illetve vannak olyan országok, például Svájc, ahol akkor büntetendő csak a közreműködő, ha nem altruista okok vezérelték. Az eutanázia Európában Ausztriában, Belgiumban, Svájcban, Luxemburgban, Spanyolországban és Hollandiában törvényes. Ezen országok mellett más államokban is vannak olyan jogszabályok, amelyek lehetőséget adnak az eutanázia bizonyos formáinak törvényes gyakorlására, például Oregon és Washington államok az Amerikai Egyesült Államokban, valamint Kolumbia és Ausztrália bizonyos területei [9, 10].

Svájc

Svájc lehetőséget biztosít az orvosasszisztált öngyilkossághoz. Tehát az orvos segédkezhet a beteg halálában, ha azt a beteg hajlja végre. A 20. század elején Svájc – sok más országhoz hasonlóan – dekriminalizálta az öngyilkosságot. Így az öngyilkossághoz való segítségnyújtás nem tekinthető bűnrészességgnek. Azt vették alapul, hogy az egyén önérdekének döntő szempontnak kell lennie. De büntetik azt, ha olyan személynek segít valaki az öngyilkosságban, aki anyagilag függ tőle vagy akitől örökölni fog [10, 15].

A témával kapcsolatban kiemelendő, hogy Svájc egyedülálló a világon abban a tekintetben, hogy lehetővé teszi a külföldiek számára, hogy beutazzanak és segítséget kapjanak a halálhoz anélkül, hogy gyógyíthatatlan betegek lennének. Viszont a folyamat bonyolult, költséges és nagyon sok benne a bürokrácia. Vannak olyan szervezetek, akik segítenek a tel-

jes folyamat lebonyolításában. Az egyik ilyen ismert szervezet saját bevallása szerint 2018-ban tagjainak több mint 90%-a külföldi volt [15, 16].

A haszonszerzési célból megvalósított öngyilkossági közreműködés tilos Svájcban, azonban nem büntetik azt, aki kiszámlazza a tevékenység során felmerült eszközök és igénybe vett szolgáltatások díját, valamint a felmerült adminisztratív költségeket [10]. Magas költségei vannak a procedúrának. Egyes számítások szerint 6500 GBP (2 879 857 Ft) és több mint 15 000 GBP (6 645 825 Ft) közötti egy asszisztált haláleset teljes költsége [16, 17].

Hollandia

2002 óta törvényes keretek között gyakorolható az önkéntes eutanázia. Emellett asszisztált öngyilkosság is folytatható. Csak orvos végezhet eutanáziát és csak önkéntesen. Eutanáziát csak helyzetüket megítélni képes, gyógyíthatatlan betegek kérhetnek megfelelő dokumentáció mellett, és az orvosnak egy másik, független kollégával is konzultálnia kell. A 2022-ben bejelentett eutanáziás elhalálozások aránya az összes halálozás 5,1 százalékát tette ki (8720 fő), amíg ez az adat 2021-ben 4,5 százalék volt Hollandiában. Közöttük voltak demensek, pszichiátriai betegek és olyan idős párok is, akik olyan összetett betegségben szenvedtek, aminél nem volt esély a gyógyulásra. Hollandiában szigorú feltételrendszer teljesülése esetén – ezt hívják Gröningen-protokollnak – kiskorúak számára is elérhető az eutanázia [17, 18].

Belgium

A Belgiumban hatályos eutanázia törvény szerint az eutanázia „olyan cselekedet, amely egy személy életét annak saját kérésére szándékosan befejezi, de a cselekedetet nem a saját életének befejezését kérő személy hajlja végre” [19]. Ezzel gyakorlatilag az aktív, direkt, önkéntes eutanáziát engedélyezik. De itt is van lehetőség az asszisztált öngyilkosságra is. Az önkéntes eutanázia során az orvos felírja a beteg részére az úgynevezett eutanázia-csomagot, amelyet az orvos ad be a betegnek. Az orvos nem büntethető, ha a jogszabály szerint jár el. Az orvost jelentési kötelezettség terheli. 2019-ben 2 656 esetet jelentettek a hatóságok felé [19].

A jogi és orvosi feltételek négy betegcsoportot határoznak meg, akik élhetnek az eutanázia kérésével:

- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át.
- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, terminális stádiumban lévő nem-egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi szenvedést él át.
- Súlyos és gyógyíthatatlan állapotú, nem terminális stádiumban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú, aki elviselhetetlen testi vagy lelki szenvedést él át.
- Öntudatlan, irreverzibilis állapotban lévő felnőtt vagy egyenjogúsított kiskorú [19].

Kiskorúak számára Hollandiához hasonlóan meghatározott feltételek mellett végezhető eutanázia [17].

AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK MAGYARORSZÁGI JOGI KÖRNYEZETE

Az életvégi döntések kérdéskörében a jogértelmezés nem egységes Magyarországon sem. Vannak olyan értelmezések, mely szerint a hatályos szabályozás lehetőséget biztosít önkéntes passzív eutanáziára, ennek keretei számos kérdést vetnek fel, míg a nem önkéntes passzív eutanázia, illetve az aktív eutanázia egyértelműen büntetőjogi kategória [20]. Mások szerint a hatályos jogszabályi rendelkezések szerint a haldokló megölése emberölésnek minősül, függetlenül attól, hogy az érintett kérésére történt-e, és a beteg szenvedéseinek megrövidítése volt-e a célja. Emellett az öngyilkosság nem, de az öngyilkosságban való közreműködés szintén büntetendő Magyarországon [10].

Egészségügyi törvény

1998 előtt a jogrendszer nem biztosította a betegek átfogó jogvédelmét. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Egészségügyi törvény) részletesen szabályozza a betegjogokat. A haldokló beteg alapvető jogai a következők: orvosi ellátáshoz való jog, emberi méltóság joga, személyes támogatásra való jog, fájdalomcsillapításra és a szenvedés enyhítésére való jog, tájékoztatás joga, önrendelkezésre és a kezelés visszautasítására való jog. Az életvégi döntésekkel kapcsolatos szabályok 1997 óta gyakorlatilag változatlanok [13].

A jelenleg hatályos Egészségügyi törvény részletesen rendelkezik az önrendelkezéshez való jogról (15-19. §), valamint az ellátás visszautasításának jogáról (20-23. §). Az önrendelkezési jog gyakorlása keretében (15. § (2)) a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, és annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve miket utasít vissza – a 20. §-ban előírt korlátozások (ld. alább) figyelembevételével. A 16. § többek között azt mondja ki, hogy a cselekvőképes beteg közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezési és visszautasítási jogát gyakorolni [13,21].

Az Egészségügyi törvény rendelkezései alapján a beteg szintén közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban utasíthatja vissza azokat az ellátásokat, amik elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be (20. § (2)). Írásképesség esetén erre két tanú együttes jelenlétében van lehetőség [13].

A formai előírásokon túl csupán akkor lehet életfenntartó vagy életmentő beavatkozást visszautasítani, lehetővé téve a betegség természetes lefolyását, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan [20. § (3) bek.]. Ám ez a döntés csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság (melynek tagjai a beteg kezelőorvosa, egy, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő, a betegség jellegének megfelelő szakorvos, valamint egy pszichiáter

szakorvos) a beteget megvizsgálja, és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, és hogy a törvényi feltételek fennállnak. Az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon a betegnek két tanú előtt újra ki kell nyilvánítania a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe [20. § (4) bek.]. Nem élhet az egyén ezzel a joggal, ha az ellátás elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné [20. § (1) bek.]. További törvényi korlátozások vannak például a várandós anyára vonatkozóan: ha előre láthatóan képes a gyermek kihordására, az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást nem utasíthatja vissza. Míg a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén az egészségügyi szolgáltató keresetlet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt [20. § (6), 21. § (2)]. A kezelőorvos a bíróság jogerős határozatának meghozataláig köteles a beteg egészségi állapota által indokolt ellátások megtételére [13,21].

Az Egészségügyi törvény 20. § (7) bekezdése azt is lefekteti, hogy ha olyan ellátást utasít vissza, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, vagy az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítása esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében levő okok feltárását és a döntés megváltoztatását. A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja [20. § (8)] [13].

Érdekes külön is kiemelni az Egészségügyi Törvény 20-23. § ellentmondását. A 22. § (1) bekezdés azt mondja ki, hogy cselekvőképes személy közokiratban visszautasíthat egyes életfenntartó, életmentő beavatkozásokat későbbi cselekvőképtelensége idejére, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Ezzel szemben, ha korábban ezzel nem élt, később csak akkor utasíthat vissza életfenntartó, életmentő kezeléseket, ha terminális állapotba kerül, és ekkor is csak szigorú szabályok szerint teheti meg [13].

A jogi rendelkezések értelmezésében vannak kérdéses pontok: ilyen a törvényben lévő „a betegség természetes lefolyása” kórházi körülmények közötti értelmezése. Ebben az esetben a beteg általában valamilyen állapotát javító orvosi kezelésben részesül, tehát különbséget kellene tenni egyes kezeléseket között, mik azok, amelyek mellett rövid időn belül bekövetkezik a halál, és mik azok, amelyek mellett a terminális állapot elhúzódó [22].

Az Egészségügyi törvény vonatkozásában érdemes megemlíteni a személyiségi jogok általános védelmét a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvényben (továbbiakban: Polgári Törvénykönyv). A Polgári Törvénykönyv a személyiségi jogok általános védelméről szóló 2:42. §-ának magyarázatával kapcsolatban dr. Hámori Antal kiemeli, hogy az élethez való jogról való lemondás nem lehet érvényes a büntető törvényben szabályozott emberölés miatt. Ezáltal a

személyiségi jogok védelmét nem lehet csupán az érintett jogalany kívánalmaitól, önrendelkezési jogának gyakorlásától függővé tenni. Vagyis vannak olyan helyzetek, amikor a jognak a jogalanyt saját magától is meg kell védenie. Ez gyakorlatilag védelem az ellen, hogy ha egy személy bármilyen kiszolgáltatott helyzetbe kerül, feláldozza személyiségi jogait aktuális helyzetének megoldásaként. Am az Emberi Jogok Európai Egyezménye kimondja, hogy az önrendelkezés rendes körülmények között megelőzi az állam általános életvédelmi kötelezettségét, de jelentősen korlátozottak azok az esetek, amikre kiterjedhet az önrendelkezési jog [7,10,23].

Magyarország Alaptörvénye, Alkotmánybírósági határozat

2003-ban (22/2003. (IV. 28.) AB-határozat) alkotmánybírói határozat született az eutanáziával kapcsolatban egy 10 évvel korábban beadott indítvány kapcsán. Ebben azt kérték az indítványozók, hogy állapítsák meg, hogy az Egészségügyi törvény alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát azért, hogy nincs lehetőségük orvosi segítséggel befejezni az életüket. Emellett azt is szeretnék volna, ha az Alkotmánybíróság megállapítaná, hogy a passzív eutanáziát lehetővé tevő rendelkezések tekintetében az Egészségügyi törvény alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát. Mindkét indítványt elutasította az Alkotmánybíróság.

Magyarország Alaptörvényének II. cikke szerint az emberi méltóság sérthetetlen. Minden embernek joga van az élethez és az emberi méltósághoz. Ezzel összefüggésben az alkotmánybírói elutasítás egyik indoka az volt, hogy a betegek önrendelkezési joga szembekerül egy másik alapjoggal, az élethez való joggal. Ez pedig a méltósághoz való joggal összefüggésben abszolút jognak tekinthető. Ezt az államnak az egyes személyek vonatkozásában (akár velük szemben is) és általában véve is védenie kell [21,24,25,26].

Am van olyan szakértői vélemény is, mely szerint az emberi méltósághoz való jogból levezetve az önrendelkezési jog alapján joga van mindenkinek saját döntést hozni arról, hogyan akar véget vetni az életének. Ezt azzal indokolják, hogy az ember méltóságát azáltal ismerhetjük el, ha a méltósághoz való jogban megtalálható önrendelkezési jogot a gyakorlatban ténylegesen megadjuk.

Ez, mint fentebb leírtuk, ha aktív eutanáziáról van szó, az élethez való jogba ütközhet, így ezt a jogot az állam korlátozhatja, de el is vonhatja. Készültek alkotmánybírói különvélemények is, amiben eltérő véleményeket fogalmaztak meg, főleg a passzív eutanáziával kapcsolatban. Voltak különvélemények, melyek az Egészségügyi törvény 20. § (3) bekezdésében a „gyógyíthatatlan” betegség kifejezést alkotmányellenesnek titulálták, mert például a nem gyógyítható, de valamilyen állapotban stabilizálható beteg számára, vagy az olyan beteg számára, akinek betegsége hosszú lefolyású, annak is biztosítani kellene az életfenntartó, életmentő vagy bármilyen más kezelés visszautasításának jogát. A másik megfogalmazás, amit alkotmányellenesnek tartottak, az a „rövid idő” volt mint határozatlan jogfogalom, a jogbiztonság-

normavilágosság követelményét megsérti. Egyes alkotmánybírók szerint az is alkotmányellenes, hogy meg kell próbálni a beteget lebeszélni a döntéséről. Ezen rendelkezések az Egészségügyi törvényben azóta is változatlanok [22,25].

Jogászai vélemény szerint az is kérdéses, hogy ha egy betegség halálhoz vezet akkor is, ha a szakmai szabályoknak megfelelő ellátás biztosított, de ezzel a kezeléssel meghosszabbítható az élettartam, akkor a jog szerint a cselekvőképes beteget akarata ellenére kezelni kell, mert már nem teljesül a „rövid idő” kritériuma [9].

Előzetes rendelkezés (advance directives/”living will”/”élő végrendelet”) egészségügyi ellátás visszautasításáról cselekvőképesség esetére

Ezt a kérdéskört az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának szabályairól szóló 117/1998. (VI.16) kormányrendelet szabályozza, az Egészségügyi törvénnyel összhangban. Az előzetes rendelkezés egy előzetes nyilatkozattétel lehetőség, ami arra ad lehetőséget, hogy a cselekvőképes személy egy előzetes jognyilatkozatban visszautasítson bizonyos egészségügyi beavatkozásokat, kezeléseket későbbi, esetleges cselekvőképtelenné válása esetére [7,27].

Ebben arról lehet nyilatkozni, hogy milyen vizsgálatokat, beavatkozásokat, valamint életfenntartó, életmentő beavatkozásokat szeretne az egyén visszautasítani, ha a fentiek szerint rövid időn belül a szóba jövő ellátások ellenére halálhoz vezet a betegsége (terminális állapot), és akkor, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved, és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmi megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthető. Fontos kikötés tehát, hogy az egyes életmentő, életfenntartó kezelések visszautasítása akkor érvényesülhet, ha terminális állapotúvá válik a beteg vagy gyógyíthatatlan betegségben szenved, és önmaga ellátására képtelen vagy csillapíthatatlan fájdalomban szenved. Lehetőség van cselekvőképes helyettes döntéshozó megjelölésére is [28].

Közokiratban kell nyilatkozni, tehát közjegyző kell az elkészítéséhez (2023. őszén ennek körülbelül 45 000 Ft volt a közjegyzői díja). Mivel speciális témakörrel van szó, és a közjegyzők az orvosi háttérrel, nomenklatúrát nem ismerik, javasolják, hogy egy orvost is vonjanak be a dokumentum elkészítésébe, hogy a végeredmény a gyakorlatban is használható legyen. A tartalmával kapcsolatban nincs szabályozás, ez nagyon eltérő lehet a nyilatkozatot tevő személye alapján (milyen idős, milyen betegségekben, milyen stádiumban szenved). A nyilatkozat bármikor visszavonható, minden formalitás nélkül. Vannak kezdeményezések arra, hogy mintákat dolgozzanak ki, segédletet adjanak ahhoz, hogy mit tartalmazzon az okirat. Ilyen minták elérhetőek például a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület honlapján is [27,28].

Nincs arra vonatkozóan sem jogszabály, hogy az elkészült iratot hová kell eljuttatni, esetleg valamilyen nyilvántartásba regisztrálni, így igen esetleges annak valódi figyelembevétele. A rendelet ad néhány kapaszkodót: a beteg adja át a háziorvosának, illetve amikor kórházi felvételre kerül sor, vigye magával a hitelesített dokumentumot [27,28].

Ma Magyarországon nagyon kevesen élnek az előzetes rendelkezés lehetőségével. Valószínűleg sokan nem is tudnak arról, hogy van erre lehetőség. Anomália mutatkozik a kórházban meghozott visszautasítás és az előre elkészített visszautasítás között. Az előzetes rendelkezés esetén a visszautasítás alapja lehet az is, ha az egyén gyógyíthatatlan betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Amikor már kórházban van az egyén, és felmerül az életmentő ellátás szükségessége, gyakran már nem tehető meg reálisan. A beteg cselekvőképessége esetén azért nem, mert az egészségügyi törvényben meghatározott három tagú bizottság és a három nap elteltével történő ismételt nyilatkozási szükséglet időkerete hosszú. Törvényes képviselő kérésre pedig bírósági döntésre kell várni, ami szintén hosszabb időt vesz igénybe. Szintén jogi kérdéseket vet fel, hogy az életveszélybe került betegre sokszor beszűkült tudatállapot jellemző, ami a belátási képességét jelentősen befolyásolhatja. Ez pedig felveti döntési képesség hiányában az ellátás visszautasításának jogszerűségét [13,27,28].

Ellátás Előzetes Tervezése – Advance care planning

Ez az életvégi megbeszélések strukturált módszere. Az ellátás előzetes tervezését a hospice ellátásban dolgozták ki azért, hogy megismerjék a daganatos betegek életvégi egészségügyi ellátással kapcsolatos igényeit és az ellátás dokumentált részévé tegyék azt. Később ezt más betegcsoportokra és ellátási formára is kiterjesztették. A nemzetközi gyakorlatban egyre nagyobb figyelmet fordítanak erre a tervezésre. Ez kiterjedhet olyan kérdésekre, mint az ellátás preferált helyszíne, ellátás preferált körülményei, személyes értékek, fontos dolgok az életben, vallással, spiritualitással kapcsolatos kérdések, temetéssel, búcsúztatással kapcsolatos kívánalmak, hagyatékkal kapcsolatos információk, de az előzetes egészségügyi rendelkezés is része lehet. Az ebben meghatározottakat akkor veszik figyelembe, amikor az egyén már olyan állapotban van, hogy nem tud részt venni döntési helyzetekben [8,29].

Magyarországon a szakorvosképzés átalakításáról szóló 28/2022. (VIII. 25.) BM-rendelet módosította a háziorvostan szakorvosképzés követelményrendszerét, amely alapján az ellátás előzetes tervezése a palliatív medicinán belül már a háziorvosi kompetenciák között szerepel [29].

A beteg döntéseinek jogszabályban meghatározott lehetőségeit összefoglalva tehát elmondható, hogy egy egyszerű beavatkozást, kezelést bármilyen módon vissza lehet utasítani, például ha hazamegy a beteg a kórházból. Közokiratban vissza lehet utasítani az ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be. De életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasításáról csak akkor rendelkezhet a beteg, ha súlyos betegségben szenved, ami rövid időn belül halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. Ha valaki előre szeretne rendelkezni arról, hogy a későbbiekben esetleges cselekvőképtelenség esetén milyen kezeléseket utasít vissza, ezt előzetes egészségügyi rendelkezés formájában teheti meg.

Büntető törvénykönyv

A téma kapcsán foglalkozni kell az eutanázia büntetőjogi vonatásával is. A magyar büntetőjog két alapvető, a kérdéskör szempontjából releváns esetet ismer: „emberölés” és „öngyilkosságban való közreműködés”. A jelenleg hatályos magyar szabályozás szerint ha az egészségügyi dolgozó az eutanázia aktív formájában vesz részt, a tényállástól függetlenül emberölés vagy öngyilkosságban való közreműködés büntetett követi el. A különbség, hogy kiben alakul ki a döntés: az öngyilkosságot elkövető személyben vagy a segítőjében [23].

A Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 160. § (1) bekezdése szerint, aki más megöl, büntett miatt öt évtől tizenöt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. A 162. § (1) bekezdése pedig az öngyilkosságban való közreműködésről rendelkezik. Aki más öngyilkosságra rábír, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt – ha az öngyilkosságot megkísérik vagy elkövetik – büntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő. Ebbe a körbe tartozik az is, ha valaki más segítene külföldön eutanáziában részesülnie, a segítő büntetőjogi felelősségre vonnák Magyarországon öngyilkosságban való közreműködés miatt. Fontos azonban kiemelni, hogy aki tizenegyedik életévét be nem töltött vagy akaratnyilvánításra képtelen személyt öngyilkosságra rábír, ha az öngyilkosságot elkövetik, emberölésért büntetendő [160. § (5)] [23].

Tehát Magyarországon mind az orvos általi, mind a laikus személy általi másik ember öngyilkosságához való asszisztálás büntetendő. Ez extraterritoriálisan is igaz, vagyis ha ez egy másik olyan országban történik, ahol az öngyilkosságban való közreműködés nem tekintendő bűncselekménynek [2,4].

KÖVETKEZTETÉSEK

A fentieket összegezve elmondhatjuk, hogy az életvégi döntésekkel, kezelésekké visszautasításával kapcsolatos hazai jogi szabályozás értelmezése nem egységes. Ellentmondások vannak a jogszabályok, rendeletek értelmezésében még a jogászok között is. Az orvosok számára – akik jogi képzésben minimálisan részesülnek – még nehezebb a jogi környezet értelmezése. Szükség lenne arra, hogy az orvosok támogatást kapjanak a jogszabályok értelmezésével és gyakorlati betartásának lehetőségeivel kapcsolatban. Akár oktatási, edukációs anyagok segítségével, akár olyan módon, hogy tudják, kihez lehet fordulni, ha jogi kérdésük van ebben a témakörben. Az anomáliák felszámolásának érdekében pedig kezdetben szakmai egyeztetésekre lenne szükség jogászok és orvosok bevonásával, később pedig szélesebb társadalmi körben, mivel ez egy olyan fontos téma, amit a lehető legtöbb szempontból körbe kell járni.

Törekedni kell arra is, hogy a betegek megismerjék a „living will” és az ellátás előzetes tervezésének intézményét. Ehhez azonban az az első lépés, hogy az orvosok legyenek tisztában a lehetőségekkel, amit utána a betegek és hozzátartozóik számára át tudnak adni.

SZERZŐI MUNKAMEGOSZTÁS

Publikációnk alapját az Egészségügyi Menedzserképzés keretében Az Egészségügyi Rendszerek Működése tantárgy vizsgaanyaga képezte. S.E. témavezetőként segítette munkánkat.

Szakirodalmi adatok gyűjtése, elemzése és a kéziratok elkészítése az alábbiak szerint történt:

- Az életvégi döntések kapcsán használt fogalmak, nemzetközi kitekintés és életvégi döntésekkel kapcsolatos

magyarországi jogi környezet témáját T.Á.A. dolgozta fel.

- Az életvégi döntésekkel kapcsolatos vallási és etikai dilemmák, a jelenlegi magyarországi gyakorlat és az összefoglalás témakör L.A. anyaga.
- A problémák és megoldási javaslatok megfogalmazása L.A. és T.Á.A. közös munkája.

Publikációnkat dr. Karsai Dániel emlékének ajánljuk.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Barcsi: Az Emberhez Méltó Halál Lehetősége: Az Eutanázia és Alternatívája, Esszé Esély 2004/5. https://www.esely.org/kiadvanyok/2004_5/barcsi.pdf (megtekintés: 2023.11.30.)
- [2] „Elutasította Karsai Dániel beadványát a Strasbourgi Emberi Jogok Európai Bírósága” <https://telex.hu/belfold/2024/06/13/karsai-daniel-itelet-strasbourg-birosag-eutanazia> (megtekintés: 2024.07.04.)
- [3] „European Court Of Human Rights: Case Of Dániel Karsai v. Hungary” <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-234151%22%5D%7D> (megtekintés: 2024.07.04.)
- [4] „Szakértőket is meghallgat a strasbourgi bíróság Karsai Dániel ügyében” https://hvg.hu/itthon/20231117_Szakertoket_is_meghallgat_a_strasbourgi_birosag_Karsai_Daniel_ugyeben (megtekintés: 2023.11.28.)
- [5] „Karsai Dániel Strasbourgan: A magyar kormány sem tudott felhozni olyan botrányos ügyet, ami az eutanázia ellen szólna” <https://24.hu/kozelet/2023/11/28/karsai-daniel-strasbourg-targyakas-eutanazia/> (megtekintve: 2023.12.02.)
- [6] „A kegyes halál, avagy az eutanázia kérdésköre” <https://www.legitimo.hu/jogi-hirek/a-kegyes-halal-avagy-az-eutanazia-kerdeskore/> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [7] Kőrösi Alexandra: Az Önrendelkezési Jog Az Eutanázia Kapcsán, Tanulmány <https://jap.sze.hu/images/lapsz%C3%A1m/2017/2/k%C5%91r%C3%B6si.pdf> (megtekintés: 2023.11.28.)
- [8] Csikós (ed.): Palliatív Ellátás Egyetemi Jegyzet, Pécs 2015. <https://hospice.hu/docu/Palliativ-ellatas-egyetemi-jegyzet.pdf>
- [9] Az Életvégi Döntések Jogi Szabályozása Magyarországon Állam- és Jogtudomány LVII. évfolyam 2016. 4. szám Különszám https://jog.tk.hu/uploads/files/AJT_2016_04.pdf (megtekintés: 2023.11.28.)
- [10] Hámori.: Az „Eutanázia” Aktuális Kérdései (etikai, jogi, teológiai aspektusai) JURA 27. évfolyam, 2021. I. szám https://jura.ajk.pte.hu/JURA_2021_1.pdf (megtekintés: 2024.01.21.)
- [11] EMMI szakmai irányelv (EÜK 2017/15.) a daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról <https://jogkodex.hu/doc/1496978> (megtekintés: 2024.11.30.)
- [12] Egészségügyi Szakmai Kollégium: Egészségügyi szakmai irányelv A daganatos felnőtt betegek teljes körű hospice és palliatív ellátásáról <https://kollegium.aeek.hu/Download/Download/3581> (megtekintés: 2024.01.21.)
- [13] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv>
- [14] Hegedűs: Az Életvégi Döntések Lehetőségei Időskorban, 2016. október <https://semmelweis.hu/neurologia/files/2017/01/Hegedus-eletvegi-dontesek.pdf> (megtekintés: 2023.11.30.)
- [15] „Swiss perspectives in 10 languages” <https://www.swissinfo.ch/eng/why-assisted-suicide-is-normal-in-switzerland-45924614> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [16] „The true cost: How the UK outsources death to Dignitas” <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/the-true-cost-how-the-uk-outsources-death-to-dignitas-a8073401.html> (megtekintés: 2023.12.04.)
- [17] Kertész: Eutanázia és A Gazdasági Jog – Gondolatok A Német Alkotmánybíróság Döntése Nyomán Közjogi Szemle 2021/4. <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/8458661> (megtekintés: 2023.12.04.)
- [18] „Hollandiában tavaly volt a legtöbb eutanázia” https://medicalonline.hu/kitekinto/cikk/hollandiaban_tavaly_volt_a_legtobb_eutanazia (megtekintés: 2023.12.05.)
- [19] Kőműves: Eutanázia Belgiumban Tanulmány – Kihívások Metszésponjtjában Kharón Thanatológiai Szemle 2021/4. https://kharon.hu/docu/2021-4_komuves-eutanazia.pdf (megtekintés: 2023.11.25.)
- [20] „Eutanázia és büntetőjog” <https://batki.info/eutanazia-es-buntetojog/> (megtekintés: 2024.01.21.)
- [21] Tóth: Eutanázia Szakdolgozat 2018 Miskolc <http://midra.uni-miskolc.hu/document/30249/26234.pdf> (megtekintés: 2023.11.25.)

- [22] Zubek: Életvégi döntések az intenzív terápiában – az önrendelkezés és a kezeléskorlátozás etikai és jogi vonatkozásai, Doktori értekezés http://old.semmelweis.hu/wpcontent/phd/phd_live/vedes/export/zubeklaszlo.d.pdf
- [23] 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200100.tv> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [24] 22/2003. (IV. 28.) AB határozat <https://njt.hu/jogszabaly/2003-22-30-75> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [25] Tóth: „Oszthatatlan és korlátozhatatlan?” – Gondolatok az emberi élethez és méltósághoz való jogról az eutanáziahatározat kapcsán <https://jesz.ajk.elte.hu/tothj21.html> (megtekintés: 2024.09.21.)
- [26] Magyarország Alaptörvénye <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100425.atv>
- [27] Kussinszky, Stánicz: Közjegyzői Feladatok Az Életvégi Döntések Érvényesülése Kapcsán Közjegyzői Közlöny 2021/3. szám <https://szakcikkadatbazis.hu/doc/6794734> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [28] „Living will a közjegyzői gyakorlatban” <https://budafok-kozjegyzo.hu/living-will-a-kozjegyzoi-gyakorlatban/> (megtekintés: 2023.11.25.)
- [29] Busa: Az Ellátás Előzetes Tervezése (Advance Care Planning) és Alkalmazási Lehetőségei Magyarországon Doktori (Ph.D) értekezés 2023. Pécs <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/34938/busa-csilla-phd-2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (megtekintés: 2023.11.28.)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Tóth Ágnes Anita 2014-ben végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 2015-ben a Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Karán minőségmenedzsment szakirányon szerzett diplomát. Ezt kö-

vetően a Semmelweis Egyetem Betegbiztonsági és Minőségügyi Menedzser képzését is elvégezte. Orvosi munkája mellett 2014 óta dolgozik a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában minőségüggyel kapcsolatos projektekben szakmai szakértőként.



Lénárt Anett ortopéd-traumatológus, kézsebész főorvos 1999-ben szerzett diplomát a SE Általános Orvostudományi Karon. 2007-ben ortopéd-traumatológia, 2009-ben kézsebészet szak-

vizsgát tett. 1999-től 2014-ig a Merényi Gusztáv Kórház, 2014-től 2018-ig a Honvédkórház Baleseti Sebészeti Osztályán dolgozott, 2014-től 2021-ig a Honvédkórház Egynapos Sebészeti Osztályán osztályvezető főorvosként. 2021 óta a magánegészségügyben dolgozik kézsebészként.



Nagy Edit 1990-ben kezdett el dolgozni, az akkor SE I. sz Gyermekgyógyászati Klinika Intenzív terápiás osztályán. 1992-ben gyermekápoló, 1994-ben újszülött-csecsemő-gyermek intenzív terápiás szakápoló és 2013-ban klinikai neurofiziológiai szakasszisztens végzettséget szerzett Budapesten Ezt követően az EEG-laborban szakasszisz-

tensként és a Klinika Koraszülött Intenzív osztályán dolgozott szakápolóként. 2020-ban a SE Egészségtudományi Karán diplomás ápoló képzettséget szerzett, jelenleg a SE Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi menedzser mesterképzésének hallgatója. 2020-tól a SE Gyermekgyógyászati Klinikán oktatásért felelősként és klinikai vezetőápoló helyetteseként tevékenykedik, 2023-tól a Gyermek-klinika Bókay részlegének részlegvezetői feladataival bővült a munkaköre.



Sinkó Eszter közgazdász, egészségpolitikai szakértő. 1979-ben végezte el a Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetemet elméleti gazdaságpolitika szakon. Az Orvostovábbképző Intézetben kutatóként dolgozott (1980-1983), majd a Szociális Intézetek Központjában a statisztikai osztályt vezette.

Később az egészségügy központi irányításában makrogazdasági tervezéssel foglalkozott, az egészségügyi reform első hulláma során az akkori Szociális és Egészségügyi Minisztérium Reformtitkárságának munkatársaként az egészségügyi intézményrendszer irányításának, finanszírozásának átalakítása volt a szakterülete (1988-

1992). Az Egészségbiztosítási Önkormányzat választott tagja volt az önkormányzat működésének teljes időtartama alatt (1993-1998). A Sedgwick Noble Lowndes nemzetközi tanácsadó cég magyarországi képviselőjénél vezetőként dolgozott, az egészségügy és nyugdíj területén kormányzati tanácsadással foglalkozott (1993-1995). Jelenleg a Ssemelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának egyik igazgatóhelyettese. 2000-ben a London School of Economics and Science egyetemen PhD-kutatásokat végzett. Fő érdeklődési területe az egészségügy működésének egészségpolitikai értékelése. Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja, tudományos folyóirat 2001-es alapításától a Szerkesztőbizottság tagja, a lapot 2021 óta kiadó Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság elnökhelyettese.

Komplex kihívások a kórházak vezetésében

Complex challenges in hospital management

Antal Zsuzsanna¹ ✉, Cserhádi Zoltán¹, Krenyácz Éva², Révész Éva²

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

²Budapesti Corvinus Egyetem

✉ antal.zsuzsanna@emk.semmelweis.hu

A magyar kórházi vezetők jelentős kihívásokkal szembesülnek a mindennapi működés során, különösen a központi szabályozás, az erőforráshiány és a vezetői autonómia korlátai miatt. A kórházi struktúrák összetettségére és a vezetői szerepkörök kettősségére és az ebből adódó vezetői kihívásokra Henry Mintzberg „care, cure, control, community” modellje hívja fel a figyelmet. Kutatásunk kvalitatív módszertan segítségével, hazai környezetben tárja fel ezeket a vezetői kihívásokat, és azonosítja a megoldásokat, amelyekkel a vezetők sikeresen kezelhetik ezeket a problémákat.

Az eredményeink azt mutatják, hogy a vezetők számára a legnagyobb kihívások közé tartozik a szűkös erőforrások kezelése, a bizonytalan környezet, a vezetői szerepek konfliktusainak kezelése, a csökkenő autonómia, valamint a dolgozók motiválása. Mindezek hatékony kezeléséhez rendszerszintű változásokra és holisztikus megközelítésre van szükség a magyar kórházakban, miközben számtalan területen tapasztalhatóak olyan eredmények, amelyek a hazai vezetők helyes kontextusértelmezését, jó vezetői ösztöneit és tapasztalatait, helyes megoldásait mutatják.

Eredményeink alapvető iránymutatásokat nyújtanak a kórházi vezetők számára, hogy hatékonyabb döntéseket hozzanak és eredményesebben működjenek a komplex szervezeti környezetben.

Kulcsszavak: vezetés, egészségügyi vezetők, Mintzberg, vezetői kihívások, erőforráshiány

Hospital managers in Hungary face substantial challenges in their daily operations, primarily due to central regulations, resource constraints, and limited managerial autonomy. Henry Mintzberg's "care, cure, control, community" model highlights the complexity of hospital structures, the duality of leadership roles, and the leadership challenges that arise from this complexity. Utilizing a qualitative research methodology, this study investigates these leadership challenges within the Hungarian context and identifies strategies that leaders can employ to effectively address these issues.

The findings reveal that the most significant challenges for hospital managers include managing scarce resources, navigating in an uncertain environment, addressing conflicts inherent in leadership roles, diminishing autonomy, and maintaining employee motivation. To effectively confront these challenges, systemic reforms

and a holistic approach are necessary in Hungarian hospitals. Despite the constraints, numerous instances demonstrate managers' ability to correctly interpret contextual factors, apply sound managerial instincts and experience, and implement effective solutions.

The study provides essential guidelines for hospital managers, helping them make more informed decisions and operate more efficiently in the face of complex organizational demands.

Keywords: management, leadership, hospital leader, Mintzberg, leadership challenges, lack of resources

BEVEZETÉS

A kórházak vezetése különösen komplex feladat, amely számos, gyakran ellentétes érdekekkel rendelkező szereplő összehangolását igényli. A magyar kórházak vezetői számtalan kihívással néznek szembe, melyek között megtaláljuk a központi szabályozás kereteit, az erőforráshiányt, valamint a szakmai és közösségi elvárások közötti folyamatos egyensúlyozást. A kutatás célja, hogy vezetői interjúkon és azok eredményeinek elemzésén keresztül feltárja a megkérdézett magyar kórházi vezetők által megélt vezetői kihívásokat és az elvárásokra adott vezetői válaszokat. Az interjúkon keresztül azonosítjuk a leggyakoribb mintázatokat, és azokat a megoldási módokat, amelyek segítették a vezetőket a kihívások kezelésében.

Munkánk elméleti alapját Henry Mintzberg kórházi szervezetre vonatkozó elemzései adják [1]. Mintzberg modellje kiemelten foglalkozik azzal, hogy a kórházi vezetők többféle, egymástól gyakran eltérő szerepben kell helytálljanak, hiszen egyszerre kell biztosítaniuk a szervezeti stabilitást, a szakmai döntéshozatal megfelelését, valamint a betegellátás színvonalát. Ez a keret jól illeszkedik ahhoz a célhoz, hogy a magyar vezetői tapasztalatokat egy szélesebb, nemzetközi kontextusban értelmezzük. Ugyanakkor az elemzések során kiemeljük a hazai rendszer sajátosságait, és megvizsgáljuk, hogy milyen pontokon tér el a magyar kórházi vezetés a Mintzberg által felvázolt modelltől.

Az életútinterjúk alapján nemcsak a vezetői kihívások közös mintázatai válnak láthatóvá, hanem az is, hogyan tanulhatnak egymástól a vezetők. Emellett a Mintzberg-féle kontextusmodell segítségével olyan új perspektívák is feltárhatók, amelyek alapján a magyar kórházi vezetők tudatosan alakíthatják vezetési gyakorlatukat. A kutatás célja, hogy hoz-

zárjáljon a hazai kórházi vezetés fejlesztéséhez, támogatva a vezetőket abban, hogy eredményesebben és tudatosabban irányítsák intézményeiket.

Henry Mintzberg „care, cure, control, community” modellje segít tehát megérteni a kórházi struktúrák összetettségét, és rámutat az egészségügyben jelentkező speciális vezetői kihívásokra. A következőkben a kórházi igazgató perspektívájából tekintjük át a legfontosabb szereplőket, és a szereplők sajátos jellemzőiből adódó vezetői kihívásokat, jelenlősen támaszkodva Mintzberg tanulmányára [1].

A SZEREPLŐK

A kórházigazgató perspektívájából nézve az egyik legnagyobb kihívás az, hogy a központi szereplők érdekeit és céljait megértse, összehangolja.

Ápolók: Gondoskodás (Care)

Az ápolók központi szerepet töltenek be a betegek folyamatos gondozásában és a kórház napi működésének fenntartásában, az ő munkájuk a kórházi ellátás alapja. Mintzberg keretezése alapján jelentős feladatuk van a betegellátás megszervezésében, a különböző szakemberek munkájának koordinálásában és a betegek jólétének biztosításában; munkájuk a munkafolyamatok köré szerveződik. Az ápolók gondoskodási szerepe összetett, mivel nem csak a betegek egészségi állapotára kell figyelniük, hanem a munkahelyi stresszel és az erőforrások hiányával is meg kell küzdeniük.

Orvosok: Gyógyítás (Cure)

Az orvosok szakterületükön belüli szakértők, akik a diagnosztikában és a gyógyításban játszanak kulcsszerepet. Az ő munkájuk jellemzően intermittáló, vagyis beavatkozásaik nem folyamatosak, hanem specifikusak és időszakosak. Mintzberg szerint az orvosok sokszor szakmai „silókban” („chimneys” vagy „silos”) dolgoznak, amely egy specializáció köré szerveződik, és elszeparálja őket más szakmai csoporttól.

Vezetők: Irányítás (Control)

A kórházi menedzsment feladata az erőforrások hatékony kezelése, a költségek kontrollálása és a szervezeti célok elérése. A vezetők különösen fontos szerepet játszanak abban, hogy a kórház fenntarthatóan működjön, és képes legyen megfelelni a külső szabályozók (például az állami intézmények és biztosítótársaságok) követelményeinek. A vezetők ugyanakkor gyakran nem rendelkeznek teljes kontrollal az orvosi döntések felett, ami konfliktusforrás lehet.

Igazgatótanács: Közösség (Community)

A kórház igazgatótanácsa és a közösségi vezetők a „community”, a kórházat körülvevő közösség világát képviselik. Az igazgatótanács tagjai nemcsak a kórház működésének felügyeletét látják el, hanem kapcsolatot tartanak a helyi lakossággal, szereplőkkel, és biztosítják, hogy a kórház megfeleljen a helyi igényeknek. (A hazai kórházak nem ren-

delkeznek igazgatótanáccsal, így ennek a testületnek egyes funkcióit leginkább a fenntartó, felettes irányító szervezet tölti be, más – elsősorban a lokális közösséggel összekötő – szerepe a hazai gyakorlatban korlátozottan érvényesül.)

DÖNTÉSHOZATAL ÉS INFORMÁCIÓS ASZIMMETRIA

A kórházi döntéshozatal rendszerszintű problémái gyakran a döntéshozók különböző szintjein jelentkeznek, legyen szó orvosi, vezetői vagy igazgatótanácsi döntésekről.

Mintzberg [1] megfigyelései szerint az orvosok gyakran egyéni döntéshozók, akik határozottan, gyorsan, de elszigetelten döntenek betegek ellátásáról. A sebészek például a műtét szükségességét saját hatáskörükben, gyakran a többi osztállyal való konzultáció nélkül határozzák meg. Ez a fajta autonómia ugyan gyors döntéshozatalhoz vezet, de hosszú távon az integrált ellátás, a holisztikus szemlélet, az osztályok közötti koordináció hiányát eredményezi.

Az egyéni döntéshozatal mellett az információáramlás is nehézkes lehet a kórházakban. Mintzberg rámutat arra, hogy az információk gyakran formális csatornákon túl, informális hálózatokon keresztül terjednek, ami a pontatlanság és a félreértések lehetőségét növeli. A szervezeti döntéshozók sokszor nem kapnak teljes képet a helyzetről, szelektív vagy hiányos információk alapján döntenek, és ez negatív hatással járhat a kórház működésére.

Az orvosi döntéshozatal és a kórházi irányítás közötti szakadék áthidalásához holisztikus gondolkodásra van szükség, amely figyelembe veszi a beteg teljes ellátási folyamatát, nem csak az egyes szakaszokat, azaz „a rendszerszintű problémákat rendszerszerűen kell megoldani, és ideális esetben proaktívan” [1].

VEZETŐI SZEREPEK

Mintzberg arra mutat rá, hogy a kórházi vezetők kettős szerepelvárással küzdenek. Ez a kettősség gyakran nagy nyomást helyez a vezetőkre, akiknek különböző készségekkel kell zsonglórködniük. A kórházi vezetők két világ között egyensúlyoznak: a kórház belső irányításának biztosítása mellett a külső szereplőkkel is folyamatosan kapcsolatot tartanak. Míg a külső szereplőkkel való kapcsolattartás politikai készségeket követel, a belső csapatokkal való munka az emberi kapcsolatokra, empátiára és együttműködésre épül, tehát vezetői képességeket igényel. Ez a kettős szerep gyakran okoz feszültséget, aszimmetrikus helyzetet eredményez, mivel a külső és belső igények ellentétesek lehetnek egymással. Előfordulhat például, hogy a szakmai szempontok szemben állnak a gazdasági szempontokkal. Más képességek szükségesek a politikai, és mások a vezetői szerepekhez: „Szószólónak lenni nem ugyanaz, mint szószólókat irányítani.” [1]. A külső nyomás – például a szabályozó hatóságok vagy a biztosítók elvárásai – egyre több politikai manőverezést igényelnek, miközben belülről a csapatok és osztályok közötti együttműködés elősegítése is folyamatos figyelmet követel a vezetőtől. A politikusi, kifelé irányuló szerephez „az agresszivitás, a manőverezés, a

ravaszág, az alkudozás, a dolgok titokban tartása” társul, míg a befelé irányuló vezetői szerephez „az egyeztetés, a simítás, a gondoskodás, az emberek összehozása, a harmónia megteremtése” kapcsolódik.

Mintzberg arra is felhívja a figyelmet, hogy a kórházi vezetői pozíciók betöltését gyakran befolyásolják a szakmai teljesítmények és a láthatóság. Az úgynevezett „nyikorgó kerek” azok az emberek, akik mindig hangosan követelik az elismerést, jellemzően önérdékkövetők, míg az „önolajozó kerek” azok, akik csendben, de hatékonyan végzik értékkövetően és csapatjátékosként munkájukat. A vezetők gyakran az előbbiektől kerülnek ki, mivel a láthatóság alapján kapják a pozíciókat, nem pedig a valódi vezetői készségek alapján.

A vezetői szerep egy másik kettőssége az, hogy a kórházigazgatóknak nemcsak a nagyszabású stratégiai kérdésekkel kell foglalkozniuk, hanem a mindennapi működés megszervezését is irányítaniuk kell, miközben meg kell találni a delegálás helyes mértékét.

STAKEHOLDEREK

A kórházi vezetés különösen összetett abból a szempontból, hogy a különböző stakeholderok eltérő, sokszor egymással szemben álló elvárásokat támasztanak a szervezettel szemben, ami folyamatosan konfliktusokat eredményez. Mintzberg megfigyelései alapján az egyik legnagyobb kihívás, hogy a kórházi vezetők képesek legyenek ezen sokszínű elvárások között egyensúlyt teremteni.

Az orvosok és az ápolók gyakran eltérő szemléletet képviselnek a betegellátás terén. Az orvosok döntései inkább beavatkozásra épülnek, míg az ápolók folyamatos gondoskodásban gondolkodnak. Ez az eltérő megközelítés súrlódásokhoz vezethet a két szereplő között, hiszen a gyógyítás szakaszos jellege nem mindig egyeztethető össze az ápolás folytonosságával, miközben a kórházi működéshez, a menedzsmenthez inkább a folyamatosság szemlélete kapcsolódik. A szemléletbeli adottságok különösen kiugróak lehetnek akkor, amikor orvosok válnak vezetővé.

Az orvosok és ápolók eltérő megközelítése mellett a kórház vezetése folyamatosan külféle külső érdekcsoportok nyomásával is szembesül.

Mintzberg megjegyzi: „Egy jól tájékozott igazgatósági tag nagyon hasznos lehet. De egy részlegesen tájékozott – különösen szelektíven tájékozott – veszélyes lehet.” Mintzberg rámutat, hogy a vezetők legfőbb feladata az, hogy ösztönözzék azokat, akik a kollektív érdekeket képviselik, és keretezzék azokat, akik elsősorban a saját érdekeiket követik.

RENDSZERSZINTŰ VÁLTOZÁS ÉS HOLISZTIKUS MEGKÖZELÍTÉS SZÜKSÉGESSÉGE

Az általánosan elterjedt, szakterületek szerint tagozódó struktúra akadályozza a kórházakat abban, hogy hatékonyan kezeljék a rendszerszintű problémákat. Mintzberg szerint a rendszerszintű problémákra csak rendszerszerű megoldások

adhatnak választ. A kórházaknak át kellene térniük egy olyan modellre, amelyben a különböző szereplők együttműködnek, és közös célokat követnek, ahelyett, hogy különálló szigetként (vagy ahogy korábban fogalmaztunk, silókban) működnének. A páciensközpontú kultúra kialakítása érdekében nem csupán a különböző szakmai csoportok közötti együttműködés erősítése szükséges, hanem egy olyan szervezeti kultúra megteremtése is, amelyben a belső kommunikáció és a közös célok támogatják a hatékony és integrált működést, csökkentve a szigetszerű működésből eredő akadályokat [3,4,5]. A rendszer működésének holisztikus szemlélete segíthet abban, hogy az orvosi, ápolási és adminisztratív csapatok együtt dolgozzanak egy közös cél érdekében, felülmelkedve az egyes területek részérdekein.

Mintzberg arra is rámutat, hogy a változások sokszor addig lehetetlennek tűnnek, amíg meg nem valósulnak. A változás kezdetben mindig nehéznek és megvalósíthatatlannak tűnik, de amikor egyszer átlépi ezt a küszöböt, a régi állapot válik elképzelhetetlennek. „A kórházak rendkívül bonyolultnak tűnhetnek, de ha a gondolkodásmódot a széttagoltságról az együttműködésre váltjuk, talán jobban kezelhetővé válnak, mint bárki gondolta volna.”

Az 1. táblázatban összefoglaljuk az eddigieket, illetve az utolsó oszlopban egy új elem is megjelenik. Mintzberg rámutat az interdiszciplináris betegellátó csapatok fontosságára a fragmentált működés felszámolásában. Az ilyen csapatok lehetővé teszik, hogy a különböző szakterületek képviselői együttműködve, egymás tudását kiegészítve átfogóbb és koherensebb kezelési terveket alakítsanak ki, így biztosítva a betegek számára a komplex problémák holisztikusabb megközelítését és jobb ellátását.

Meglátásunk szerint a Mintzberg által azonosított kórházi jellemzők néhány hazai sajátosságtól eltekintve jó elemzési, értelmezési keretként tudnak szolgálni a hazai kórházi működés megértéséhez. Az eltéréseket, hangsúlybeli különbségeket a következtetésekénél mutatjuk majd be.

KUTATÁS MÓDSZERTANA: ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Kutatásunk ötlete a történetmesélésből (storytelling) származik, amely egy esemény, egy élmény vagy bármely más történet narratív beszámolóját jelenti [6], azzal a különbséggel, hogy jelen kutatásban a kórházi felsővezetők életútját, szakmai karrierpályáját vizsgáltuk, félig strukturált életrajzi narratív interjúk keretében. Feltárjuk és összefoglaljuk tapasztalataikat, azonosítjuk az ellátásban betöltött szerepükkel kapcsolatos megéléseket, küzdelmeket, elvárásokat, és persze örömeiket, elismeréseket. Az interjúk két részből álltak: (1) egy strukturálatlan narratív interjúból, amelyben az interjúalanyok kiemelheték szakmai és vezetői karrierjük fő állomásait és motívumait, és (2) egy félig strukturált részből, mely a vezetői karrierjük fő kihívásaira és sikereire, az észlelt és a környezetből érkező eltérő elvárásokra adott válaszaikra vonatkozó kérdéseket taglalta.

Kutatásunkban jelenleg vagy az elmúlt három évben állami fenntartású kórházban felsővezetői feladatokat (főigaz-

	Ápolók (Care)	Orvosok (Cure)	Vezetők (Control)	Igazgatótanács (Community)	Interdiszciplináris betegellátó csapatok (Cure & Care)
Fő funkció	Betegellátás, folytonos gondoskodás	Szakaszos gyógyító tevékenységek, szakmai döntéshozatal	Erőforrások kezelése, adminisztratív folyamatok irányítása, kontroll	Közösségi kapcsolatok ápolása, kórház felügyelete	Betegek komplex ellátása, interdiszciplináris együttműködés
Érdekeik	A betegek jólétének biztosítása, munkakörülmények javítása	Lehető legjobb szakmai megoldások alkalmazása, szakmai önállóság fenntartása, kutatási lehetőségek kihasználása	Pénzügyi fenntarthatóság, költség-hatékonyság biztosítása	Közösségi igények kielégítése, társadalmi felelősségvállalás	A legjobb betegellátás biztosítása minden szakterületen
Konfliktusok forrása	Az orvosokkal való együttműködés nehézségei, erőforráshiány	Az orvosi tevékenység ápolókkal és menedzsmenttel való összehangolása	Konfliktus az orvosokkal a költségek miatt	A belső működés megértésének nehézségei	Az egyes szakmák közötti hatáskörök elhatárolása
Kihívások	Munkaerőhiány, stressz, szakmai elismerés hiánya	Erőforrások biztosítása, költségvetési kontroll	Korlátozott kontroll az orvosi döntések felett	Belső működés ismeretének hiánya, beavatkozási kényszer	Különböző szakterületek közötti koordináció
Megoldási lehetőségek	Rendszeres kommunikáció, erőforrások optimalizálása	Jobb erőforrás-elosztás, átlátható döntéshozatali folyamat	Hatékonyabb pénzügyi irányítás, orvosokkal való együttműködés javítása (bizalom erősítése)	Belső információ-áramlás javítása, együttműködés a vezetőkkel	Szoros együttműködés, közös célok és folyamatos kommunikáció

1. táblázat
A kórházi működés szereplőinek jellemzői (forrás: Mintzberg alapján [1], saját szerkesztés)

gató, orvosigazgató, ápolási igazgató) ellátó interjúalanyokat kerestünk meg. Az interjúalanyok választása szerint személyesen vagy Zoom platformon keresztül zajlottak az interjúk, a beszélgetésekről hangfelvétel készült (a résztvevők beleegyezésével), majd magyar nyelvre optimalizált (de utómunkát igénylő) Alrite szoftverrel került átírásra. 2022 áprilisa és 2023 júliusa között 9 interjú készült, nagyjából 10 óra időtartamban, amely 125 oldal átíratot jelentett.

Az adatelemzés során tematikus, nyílt kódolást alkalmaztunk, melyhez a kódolási kategóriák alapvetően már az interjúk félig strukturált elemeiből körvonalazódtak. Az interjúk manuális kódolása mellett speciálisan mesterségesintelligencia-alapú tartalomelemzési módszertant is alkalmaztunk, amely az ötletek és elvek alapos feltárására, rendszerbe szervezésére összpontosított. A folyamat során a szöveges anyagokat alaposan átvizsgáltuk, hogy azonosítsuk a kulcsfontosságú témákat és elveket, emellett prompt alapú logikát alkalmazva olyan kérdéseket és iránymutatásokat fogalmaztunk meg, amelyek megkönnyítették az elemzést, és segítettek kiemelni a releváns információkat. Például a vezetői interjúk során szerzett meglátások alapján megbíztuk a ChatGPT-t, hogy fogalmazzon meg „vezetői parancsokat”, illetve azonosítsa a kihívásokat, amelyekkel a vezetők szembesül-

nek e parancsokat betartása során. A ChatGPT éppen tíz parancsot, elvet azonosított, ez az összehasonlító elemzés alakította ki a fejezet következő részének szerkezetét.

A következőkben a kórházi vezetők körében készített interjúk tartalomelemzésével azonosított vezetői elveket mutatjuk be, amelyek jól reflektálnak a vezetők által bemutatott főbb kihívásokra. Minden egyes tapasztalati elvből egy-egy vezetői „parancsot” alkottunk, amelyek fókuszált ajánlásokat fogalmaznak meg a hazai kórházvezetők legfontosabb feladatainak ellátásához.

Elemzési eredményeink

A hazai egészségügyi vezetők életútinterjúik során számtalan nehézséget, változást és kihívást tártak fel, amelyekkel pályafutásuk során szembesültek. Az interjúk során a vezetők részletesen beszéltek arról is, hogy milyen saját megoldásokat alkalmaztak, hogyan birkóztak meg a változó körülményekkel, és milyen tanulságokat vontak le ezekből az élményekből. Ezek az interjúk betekintést nyújtanak az egészségügyi vezetői munka sajátosságaiba, valamint abba, hogyan alkalmazkodnak a hazai vezetők a folyamatos változásokhoz, mindeközben fenntartva a szervezet működését és a betegek ellátását.

Ezek a vezetői elvek iránymutatásként szolgálnak a kórházi vezetők számára. Noha ezek a megállapítások némileg normatív jelleggel bírnak, céljuk nem az egyes kihívások konkrét megoldásának rögzítése, hanem inkább egy átfogó irányvonal megadása, amely mentén a vezetők hatékonyabban navigálhatnak a komplex szervezeti környezetben. Az elvek tág keretet biztosítanak, lehetőséget nyújtva a vezetőknek arra, hogy saját tapasztalataik és helyi körülmények alapján alakítsák ki a számukra legmegfelelőbb megközelítést.

A közösség és a betegek érdekeinek szem előtt tartása

Az egészségügyi vezetők felelősséggel tartoznak a helyi közösség egészségéért és jólétéért, döntéseik hatással vannak a betegek életminőségére és a helyi közösségre – ezt több interjúalany is kiemelte. A napi működési kihívások (pl. pénzügyi megszorítások, erőforráshiány) miatt nehéz mindig a közösség hosszú távú érdekeit szem előtt tartani. Az egyik interjúalany például arról beszélt, hogy a pénzügyi korlátok nagy kihívást jelentenek, mert miközben a közösség ellátási igényei nőnek, a források gyakran elégtelenek. Egy másik interjúalany szerint „ahogy változott a beteganyag, úgy változtak a feladatok is. Heterogénebb lett az összetétel, és sokkal nehezebb (szociális értelemben) a beteganyag most. A magyar társadalom betegbb, mint volt – sokkal betegbb. Ezeknek a betegeknek a halálukig való végigkísérése nem egy egyszerű feladat.”

A vezetőnek olyan döntéseket kell hoznia, amelyek a közösség érdekeit szolgálják, még akkor is, ha rövid távon ez nehézségekkel jár. Az egyik vezető például arról számolt be, hogy folyamatosan egyensúlyozni kellett a költségek csökkentése és a közösség igényeinek kielégítése között, ezért gyakran kreatív megoldásokat kellett találniuk az erőforrások felhasználásában.

1. ajánlás: Tartsd szem előtt a közösség érdekeit minden döntésedben!

Transzparens kommunikáció és bizalomépítés

Az egészségügyben különösen fontos a bizalom mind a dolgozók, mind a betegek felé. A transzparens vezetés elősegíti az együttműködést és a felelősségvállalást. Több vezető is kiemelte, hogy a kommunikáció átláthatósága hosszú távon növeli a csapat hatékonyságát és bizalmát, még akkor is, ha kezdetben lassítja a döntéshozatalt.

A transzparens kommunikáció különösen nehezzé válik, amikor érzékeny információkat kell kezelni, vagy amikor a vezetők maguk is bizonytalan helyzetben vannak. Az egyik vezető arról számolt be, hogy bár a transzparencia iránti elkötelezettsége miatt hosszabb időt vett igénybe a döntéshozatal, ez hosszú távon növelte a dolgozók bizalmát, mert mindenki átlátta a döntések mögötti folyamatokat. Vagy ahogy egy másik vezető hangsúlyozta: „Alapvetően megadom mindenkinek a bizalmat. Nem vagyok bizalmatlan típus. Az volt a kulcs a vezetői pályámban, hogy akárhová mentem, mindig kaptam én is bizalmat.”

A vezetőknek világos kommunikációs stratégiákat kell kialakítaniuk, és biztosítaniuk kell, hogy a csapattagok értsék a döntések hátterét. A transzparencia hosszú távon növeli a dolgozók integritását, és segít megteremteni a szervezet belső kohézióját.

2. ajánlás: Kommunikálj transzparensen, és építs bizalmat!

Csapatpszellelem és együttműködés kialakítása

A sikeres egészségügyi vezetés egyik alapja az erős, együttműködő csapat. Az orvosok, ápolók és egyéb egészségügyi dolgozók közötti kooperáció biztosítja a hatékony betegellátást. Az interjúk során több vezető is arról számolt be, hogy az együttműködés előmozdítása kulcsfontosságú volt a működés sikeréhez. A különböző szakmák és osztályok közötti együttműködés gyakran nehézségekkel jár. A megkérdezett vezetők kevésbé említették, hogy az orvosok és ápolók közötti hierarchikus különbségek és eltérő munkakultúrák akadályozták volna a közös célok elérését. Az összes interjúban a „csapat” kifejezés kb. 100-szor hangzott el, és jellemzően pozitív kontextusban. A csapatpszellelem, az együttműködés és a közös célok elérése fontos témák voltak. A kórházi vezetők gyakran beszélnek büszkeséggel arról, hogy sikerült erős csapatpszellemet kiépíteniük, és hogy a csapat közösen dolgozik a kihívások leküzdésén. Az egyik vezető fontos sikerként említette a következőt: „a csapatpszellelem bennünk van, azt gondolom. (...) Talán erre vagyok a legbüszkébb, hogy ezt a csapatpszellemet sikerült kiépíteni. (...) Nem vezetőként vagyok a csapat része, hanem tagként.” Egy másik vezető pedig egy másik eredményt emelt ki: „Az orvosoknak az ápolókkal együtt jó csapatmunkában, jól működő közösségként dolgozni mindig fontos, és megtartó erővel bír.”

A vezetőknek olyan környezetet kell teremteniük, ahol a csapattagok bátran megoszthatják ötleteiket, és biztosítaniuk kell, hogy az együttműködés minden szinten támogatott legyen. Több interjúalanyunk például rendszeres csapatépítő programokat szervezett, hogy növelje az összetartást és javítsa a csapaton belüli kommunikációt.

3. ajánlás: Támogasd a csapatokat, és alakíts ki erős együttműködéseket!

Folyamatos fejlődés és innováció

Az egészségügy gyorsan változó terület, ahol a fejlődés és az innováció elengedhetetlen a betegellátás színvonalának fenntartásához. Több vezető is arról számolt be, hogy az innovációk bevezetése nemcsak a technológiai fejlődés miatt volt fontos, hanem a szervezeti kultúra folyamatos fejlesztése szempontjából is.

Az innovációk bevezetése gyakran anyagi és időbeli korlátokba ütközik. Egy vezető beszámolt arról, hogy bár az innováció szükséges volt, a dolgozók gyakran bizonytalanok voltak az új rendszerek bevezetése miatt, ami kezdeti ellenállást váltott ki. Egy másik vezető pedig a stratégiai gondolkodást, az innovációra való képesség stratégiai jelentőségét emelte ki: „Most már lehet olyanokon gondolkodni, hogy tegyük rendbe a stratégiánkat is úgy, hogy az vállalható

legyen. (...) Már most ott tartunk, hogy elkezdjük az interszektorális együttműködést, és megpróbálunk nagyobb, nemzetközi szintű innovációkat is bevezetni. Ez mind a jövőre nézve jelentős előrelépés lesz.”

A vezetőknek támogatniuk kell az innovációk bevezetését, miközben biztosítják, hogy a csapat megfelelő képzésben részesüljön. Az innovatív megoldások sikeres bevezetése érdekében elengedhetetlen, hogy a dolgozók elköteleződjenek az új rendszerek iránt.

4. ajánlás: Fejlődj folyamatosan, és keresd az innováció lehetőségeit!

Hatáskörök hatékony használata az autonómia biztosításával

A hatékony vezetés egyik kulcsa az, hogy a vezetők tudatosan használják a hatáskörüket, miközben a csapattagok autonómiáját is tiszteletben tartják. Az interjúk során többen is beszámoltak arról, hogy a csapattagok bevonása és önállóságuk támogatása kulcsfontosságú volt a hosszú távú sikerhez. A bizalom részeként említette azt az egyik vezető, hogy hagyja, hogy „az emberek saját maguk határozzák meg, hogy hogyan végzik el a feladatot”.

Az autonómia túlzott kontrollja gátolja a fejlődést, míg a túl nagy szabadság káoszt okozhat. Egy vezető például arról beszélt, hogy nehéz volt megtalálni az irányítást és az autonómia (esetenként a munkatársak felhatalmazása – empowerment) között, különösen a központosított irányítási modell bevezetése után. A vezetőknek meg kell találni az egyensúlyt a feladatok delegálása és az autonómia biztosítása között, de harcolnia is kell a munkájához feltétlenül szükséges autonómiáért. Fontos, hogy a csapattagoknak teret adjanak a saját megoldásaik kialakítására, miközben a vezető folyamatosan biztosítja a szükséges irányítást.

5. ajánlás: Használd hatékonyan vezetői hatáskörödet, emellett biztosíts autonómiát munkatársaidnak!

Erős kontroll és külső szabályozás kezelése

Az erős kontroll és külső szabályozás gyakran megnehezíti a kórházak önálló működését. Az interjúk során többen is megjegyezték, hogy a fenntartói kontroll és a szigorú szabályozások gyakran lassítják a döntéshozatalt, és nehezítik a gyors reagálást a mindennapi problémákra.

Az egyik vezető beszámolt arról, hogy a központi szabályozás során a költségvetési döntések elhúzódnása jelentősen akadályozta a kórház működését. A túlzott bürokrácia megnehezíti a hatékony vezetést, különösen a válsághelyzetekben. Egy üzleti szférát is megjárt vezető pedig így fogalmazott: „A közszférában teljesen más lépték van. Adott egy sokkal lassúbb, szabályok miatt is lassított működés. (...) olyan szabályok vannak, hogy idő kell nekik. Mire végigfut a rendszeren egy folyamat, és a pénzügyi szabályozás miatt muszáj, hogy úgy menjen, sok idő telik el. (...) Hiába akarok én papírmentes megoldásokat, egyszerűen nem lehet megcsinálni mindenben.”

A vezetőknek ügyelniük kell arra, hogy a külső szabályozások és a fenntartói kontroll mellett is rugalmasan alkalmazkodóképes legyen a szervezet. Fontos, hogy munkatársait tájékoztassa a külső szabályozások hatásairól, miközben ezzel párhuzamosan megoldásokat keres a belső folyamatok javítására.

6. ajánlás: Kezeld hatékonyan a külső szabályozásokat, és alkalmazkodj a változó környezethez!

Motiváció és dolgozók megtartása

Az egészségügyi intézményekben a dolgozók megtartása és motiválása kulcsfontosságú, különösen a pénzügyi korlátok és a munkaerőhiány közepette. Több interjúalany kiemelte, hogy a dolgozók motivációjának fenntartása kritikus, mivel a fizikai és mentális terhelés egyaránt komoly kihívásokat jelent a mindennapi munkában.

A pénzügyi helyzet miatt sokszor nincs lehetőség jelentős fizetésemelésre vagy extra juttatásokra, ami a dolgozók elkötelezettségére és teljesítményére is hatással van. Az egyik vezető megemlítette, hogy gyakran nehéz volt a munkavállalók megtartása, és az anyagi korlátok miatt alternatív motívációs eszközöket kellett keresni.

A vezetőknek olyan módszereket kell találniuk, amelyekkel motiválhatják a dolgozókat és növelhetik az elkötelezettséget. Egyik interjúalanyunk például különféle csapatépítő eseményeket, mint főtversenyeket és stresszoldó tréningeket szervezett, hogy növelje a csapatszellemet és fenntartsa a dolgozók motivációját. De minden más, korábban említett tényező is segíthet ebben: a transzparencia, a szakmai autonómia, a bizalom. Egy másik interjúalanyunk a dolgozók megtartását firtató kérdést így válaszolta meg: „A pénzügyi motíváció az egyszerűbb, de mégis nehezebb része ennek. (...) Emellett rendszeresen szerveztünk közösségi eseményeket, például éttermi vacsorákat és kulturális programokat. Gyakran meglátogatom az osztályokat hétvégén is, és kötetlen beszélgetések során meghallgatom a dolgozók gondolatait. Sok döntést ledelegálok, mert megbízom az emberekben, hogy ők dolgozzák ki a megoldásokat.”

7. ajánlás: Találd meg a módját, hogyan motiváld és hogyan tartsd meg a dolgozóidat!

Stakeholderek közötti egyensúly megteremtése

Az egészségügyi vezetőknek számos külső és belső stakeholderrel kell együttműködniük, beleértve a fenntartót, a beszállítókat, betegeket, orvosokat és ápolókat. Ezek a csoportok gyakran eltérő igényekkel és elvárásokkal rendelkeznek. Az orvosok szakmai autonómiájának biztosítása, a fenntartóval való szoros kapcsolattartás és a betegek elvárásainak kezelése egyszerre jelent kihívást. Egy vezető például arról számolt be, hogy a betegek és orvosok elvárásainak egyensúlyba hozása gyakran feszültséget okozott a mindennapi döntéshozatalban. De hasonló kihívás a fenntartó megfelelő távolságban tartása is: túl közel se legyen, nehogy mindenbe bele akarjon szólni, de ha szükség van rá, akkor megfelelő támogatást tudjon nyújtani a kórháznak. De az éppen célravezető tárgyalási stílus megtalálása is a dilemmák sorát

gyarapítja. Ehhez kellene leginkább a politikai készségek. Ennek a kettőségnak a kezelését az egyik szervezetben a következő módon oldották fel az egyik orvosigazgató interjúalanyunk elmondása szerint: „A főigazgatónak jó érdekérvényesítő képessége van, de az operatív ügyeket én csinálom. Ő elsősorban kifelé képviseli a kórházat, befelé meg én. Ez tők jól működik, bizalom van közöttünk, mint egy jó házasságban.” A belső stakeholderek kezelésének egy módját így írta le egy másik interjúalanyunk: „Még mindig megvan ez a fajta szerepköröm, hogy én vagyok az, aki elviszi a konfliktusokat egy pontig, hogy utána a főigazgató jó kompromisszumot tudjon kötni.”

A vezetőnek folyamatosan kapcsolatot kell tartania a különböző stakeholderekkel, és egyensúlyt kell teremtenie az eltérő igények között. Fontos, hogy minden érdekelt fél érezze, figyelembe veszik az igényeiket, miközben a kórház általános működési céljai is teljesülnek.

8. ajánlás: Egyensúlyozd a stakeholderek eltérő elvárásait, és teremt összhangot a szervezeti célok szem előtt tartásával!

Változáskezelés és alkalmazkodóképesség

Az egészségügyi szervezetek folyamatos változásoknak vannak kitéve, legyen szó a szabályozói környezet, a technológiai fejlesztések vagy a belső átszervezések kérdéseiről. Az interjúk során többen is arról számoltak be, hogy a változásokhoz való gyors alkalmazkodás nélkülözhetetlen volt a sikeres vezetéshez. Az interjúk során gyakran felmerült az is, hogy a kórházi struktúra merev, és a változásokra adott reakciók gyakran lassabbak és kevésbé hatékonyak, mint ami kívánatos lenne egy dinamikus fejlődő egészségügyi rendszerben. Ahogy az egyik vezető fogalmazott a radikális változások kapcsán: „az egészségügyi rendszer nem ilyen”. Az a meglátás pedig, hogy „az egészségügyben a problémákat sokkal hatékonyabban elszabotáljuk, mint ahogy megvalósítjuk” egy olyan kontextusban keletkezett, ami a kórházak feje felett meghozott döntésekre adott reakcióként jelent meg. De beszédes az a meglátás is, hogy a kórházban „sokkal óvatosabban szabad csak változást bevezetni, mert egyszerűen befeszülés van tőle és kétségbeesés”.

A változások gyakran ellenállást váltanak ki a dolgozók részéről, különösen akkor, ha nem érzik, hogy megfelelő támogatást kapnak az új helyzetekhez való alkalmazkodáshoz. Az egyik vezető kiemelte, hogy a dolgozók kezdetben féltek az átszervezéstől, mert nem kaptak elegendő információt és támogatást a változások kezeléséhez. A vezetőknek nemcsak előkészíteniük kell a változásokat, hanem támogatniuk kell a dolgozókat az új módszerek és eljárások bevezetésében. Az átlátható kommunikáció és a képzés kulcsfontosságú az alkalmazkodóképesség növelésében.

9. ajánlás: Kezeld proaktívan a változásokat, és segísd munkatársaidat az alkalmazkodásban!

Konfliktuskezelés és nézőpontok összehangolása

Az egészségügyi intézményekben különböző szakmák, érdekcsoportok és személyiségek dolgoznak együtt, ami

elkerülhetetlenné teszi a konfliktusokat. A vezetőknek fontos feladatuk a nézeteltérések hatékony kezelése és a konszenzus megteremtése.

A különböző nézőpontok és szakmai eltérések miatt gyakran alakulnak ki konfliktusok a szervezeten belül. Egy vezető például arról számolt be, hogy az orvosok és az ápolók közötti feszültségek sokszor a hierarchikus különbségekből fakadtak, és ezek kezeléséhez empátiára és jó kommunikációra volt szükség. Egy másik vezető pedig így vallott magáról: „Valaki egyszer azt mondta rám, hogy nem vagyok boldog, hogyha nem puszkaporos a levegő körülöttem. ... A konfliktuskeresésem, vagy a konfliktusokba való beleállásom sokat enyhült. Itt most sokkal inkább próbálok összhangot teremteni, meg összebékíteni különböző szereplőket.”

A vezetőnek aktívan kezelnie kell a konfliktusokat, és meg kell teremtenie a nyílt párbeszéd lehetőségét a csapattagok között. Fontos, hogy minden fél meghallgatásra találjon, és a különböző nézőpontok összehangolása segítse a közös célok elérését.

10. ajánlás: Oldd meg a konfliktusokat, és találd meg a közös nevezőt a nézőpontok között!

KRÉDÓ

Az interjúkban megfogalmazott vezetői tapasztalatokból kirajzolódnak azok az ajánlások és célkitűzések, amelyekre a hazai egészségügyi vezetők a mindennapi munkájukban támaszkodnak. Ezek az alapelvek a közösség szolgálatát, a tisztességes vezetést és a csapatszellem támogatását helyezik középpontba.

A vezetői krédó egy olyan irányelvgyűjtemény, amely összefoglalja a vezetők számára az alapvető értékeket, elveket és célkitűzéseket, amelyek mentén hatékonyan irányíthatják szervezetüket. A krédó segít abban, hogy a vezetők közösen vallott elvek mentén gondolkodjanak, és döntéseiket az egészségügyi intézmények speciális körülményeihez igazítsák. Különösen fontos egy dinamikus változó környezetben, mint amilyen az egészségügyi rendszer, ahol a rugalmasság, az együttműködés és a hosszú távú gondolkodás kulcsfontosságú. Az alábbi vezetői krédó összegzi azokat az alapvető elveket, amelyek a megkérdezett hazai kórházi vezetők számára a legfontosabbak, és amelyekre építve eredményesen vezetik intézményeiket.

A hazai vezetők számára ez a krédó egy iránymutatás-ként szolgálhat, amely segít tisztázni a vezetői szerep mibenlétét, és olyan alapelveket nyújt, amelyek mentén biztosítható a szervezet összhangja és fejlődése. Ezen túl a krédó segíthet abban, hogy a vezetők a gyakorlati döntéshozatal során is megőrizzék a szervezeti célokhoz való hűséget, és az átláthatóságot, az etikus vezetést helyezték előtérbe a mindennapi kihívások között. A vezetői krédó nem csak egyéni iránymutatás, hanem egyfajta közös pszichológiai szerződés alapja is lehet a kórházi vezetői csapat tagjai között, amely segítheti őket abban, hogy összehangoltan dolgozzanak a szervezeti célok megvalósításán. Minden vezető a saját

Égésügyi vezetői krédó az interjú tükrében

„Mint egészségügyi vezetők, közösségünk iránti elkötelezettséggel törekszünk arra, hogy minden tettünkkel a nagyobb jóra irányítsuk figyelmünket.

Transzparensen támogatjuk egymást, hiszen tudjuk, hogy az együttműködés az erős és megbízható vezetés alapja.

Mindig a fejlődés és az innováció útját keressük, hatékonyan használjuk a nekünk adott hatáskört, küzdünk a munkánkhoz szükséges autonómiáért. Kitartásunk és csapatszellemünk erősíti minket a mindennapi kihívásokban, és a gyakorlati tapasztalataink segítenek minket abban, hogy értő és megfontolt döntéseket hozzunk.

Tudjuk, hogy a vezetői szerep sokszor a konfliktusok kezeléséről és a különböző nézőpontok összehangolásáról szól. De hiszünk abban is, hogy vezetőként kiemelt feladatunk inspirálni munkatársainkat, hogy közösen javíthassuk az egészségügyi ellátást és a betegek életminőségét.”

intézményi és szakmai környezetéhez igazíthatja a krédót, miközben a közös alapelvek mentén együttműködve egy egységes, erős vezetői kultúrát építhetnek ki, ami támogatja a hosszú távú fejlődést és a szervezeti stabilitást a gyorsan változó elvárások közepette is.

MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS

Ha összevetjük az interjú tapasztalatait Mintzberg értelmezésével, akkor számtalan közös pontot találunk, de azonosíthatók olyanok is, amelyek megértése segítheti a hazai vezetők kontextusértelmezésének elmélyítését, a prioritások átgondolását, összességében az alkalmazkodóképesség javítását.

A hazai interjú tükrében meghatározhatóak azok a sajátosságok, amelyek eltérést mutatnak a mintzbergi értelmezéshez képest. Ezek a következők:

- A hazai kórházak nem rendelkeznek igazgatótanáccsal, így ennek a testületnek a szerepét – Mintzberg értelmezését követve – a kórházi menedzsment és a fenntartó, felettes irányító szervezet (jelenleg megyei irányító, OKFŐ) tölti be. Az igazgatótanácsoknak ugyanis nem csak külsős tagjai vannak, hanem a testületnek részei a kórházi felsővezetés egyes tagjai is.
- A hazai rendszer jelentős különbségei közé tartozik az állami irányítás és a centralizált döntéshozatal nagyobb súlya. Míg Mintzberg kórházi modellje nagyobb autonómiát és rugalmasságot feltételez a kórházvezetők számára, a magyar vezetők gyakran számolnak be arról, hogy az állami beavatkozások és a külső hatóságok, felettes szervek által meghatározott keretek sokszor megnehezítik a hatékony döntéshozatalt, az ad hoc adatszolgáltatások, a bürokratikus elemek pedig rengeteg erőforrást, figyelmet kötnek le, amit a szervezetfejlesztésre és a betegellátásra is fordíthatnának.
- A hazai rendszerben nagyobb hangsúlyt kap az egészségügyi dolgozók elvándorlása és a humán erőforrás hiánya is, ami további kihívást jelent a vezetők számára.

A hazai kórházi vezetők tapasztalatai számtalan ponton ráerősítenek Mintzberg értelmezésére, esetenként pedig más hangsúlyokra hívják fel a figyelmet.

- A kórházi vezetők kettős szerepben mozognak, egyrészt belső menedzsmentet, másrészt külső politikai készségeket igényel a munkájuk. Ez a kettősség a hazai interjúban is megjelenik, különösen a fenntartó és a helyi vezetés eltérő céljai közötti feszültség, illetve a központi döntéshozatal hatásainak kezelésében.
- A szakterületek elkülönülése (orvosok és ápolók, adminisztratív és klinikai szereplők) problémát okoz a hatékony együttműködésben. Mintzberg ezt „szakmai silók-nak” nevezi, ahol az egyes szakmai csoportok elszigetelten dolgoznak. A hazai interjúban ez leginkább a különböző szakemberek közötti koordináció hiányaként jelenik meg.
- A hazai interjúban kiemelt figyelmet kapott a túlzott szabályozás és bürokrácia, ami lassítja a döntéshozatalt, különösen válsághelyzetekben. Ez a tényező Mintzberg korábban hivatkozott munkájában nem kapott akkora hangsúlyt, ami arra utalhat, hogy a hazai egészségügyi vezetésben a központi irányítás és a fenntartói kontroll nagyobb súllyal bír.
- A hazai fenntartói kontroll jellemzően bürokratikus jellegű, ami Mintzberg szerint kevésbé megfelelő megközelítés az egészségügyben. Mint írja: „A mérés jó dolog, amíg nem bűvöli el a felhasználót” [7]. A túlzott mérések és ellenőrzések gyakran a kézbentartottság illúzióját keltik, de valójában akadályozzák a valódi előrelépést és sokszor nem is mutatnak rá a fontos teljesítményekre. Néha az lesz a felmutatható és kommunikálható „teljesítmény”, ami könnyen mérhető. Ezt Mintzberg [7] úgy írja le, hogy ha vezető, illetve fenntartó vagy, akkor úgy érezheted, hogy „ha nem tudod mérni, akkor nem tudod irányítani.” A kontroll, irányítás illúziója (Illusion of Control) jelenséget először leíró, vizsgáló pszichológus, Ellen J. Langer, így fogalmazott: „Amikor az eseményeket nem lehet irányítani, a valóságot figyelmen kívül hagyó kontrollálási próbálkozások csak az illúziót táplálják, nem pedig a valós sikert” [8].
- Ez a gondolkodásmód figyelmen kívül hagyja, hogy az egészségügyben az emberi tényezők, az együttműködés, a felhatalmazás, a bizalom fontosabbak lehetnek a jó teljesítmény elérésében.

- A hazai interjúalanyok külön említik a pénzügyi források szűkösségét, amely komoly akadályokat gördít az ellátás minősége elé. Ez a kérdés Mintzberg elemzésében nem kap ilyen erős hangsúlyt, inkább a vezető belső erőforrás-elosztó, az erőforrások felhasználását kontrolláló szerepe jelenik meg.

Mindezekkel együtt a hazai vezetők számára is hasznos lehet Mintzberg kontextus-értelmezése, különösen az általa hangsúlyozott rendszerszintű és holisztikus megközelítés kapcsán. Mintzberg az egészségügyi intézmények és környezetük számos sajátosságát mutatja be, amely nem csak hazai sajátosság. A fragmentáció problémája, amely mindkét rendszerben megjelenik, Mintzbergnél hangsúlyosabb, és rámutat arra, hogy a megoldások sokszor nem egyéni szinten, hanem rendszerszintű beavatkozásokkal oldhatók meg. „A hősiesség vezetése, amely annyira népszerű az üzleti világban, káros lehet az egészségügyben.” Mintzberg szerint nem a karizmatikus, „hősiesség” vezetők jelentik a megoldást, hanem a menedzsmentnek elkötelezetten és folyamatosan együtt kell működnie a szakemberekkel, hogy hatékonyan kezeljék az egészségügyi rendszert [2].

A szétaprózott döntéshozatali mechanizmusok és a különböző szakterületek közötti kommunikáció hiánya nagy akadályt jelent a hatékony működésben. A hazai vezetők ezt

az akadályt felismerik, de a rendszerszintű megoldások bevezetése még mindig hiányzik. A magyar kórházi vezetők számára hasznos lehet annak újrafelfedezése a jelenlegi helyzetben, hogy a sikeres kórházi vezetéshez elengedhetetlen a közös célok megfogalmazása és a kollaboráció támogatása, elvárása minden szinten. A sok külső változás könnyen elviszi erről a fókuszról.

A kórházi vezetők adott mozgásterét meghatározza az aktuálisan alkalmazott irányítási struktúra, amely az egyes szereplők autonómiáját kijelöli. A kórházi vezetőknek ezen belül kell megtalálniuk az azonosított elveket (parancsolatok) mentén saját lehetőségeiket, esetenként határozottan képviselniük ezen elveket a döntéshozók felé.

Ugyan cikkünk elsősorban kórházi felsővezetők munkáját elemezte, de a kontextusértelmezés, a nemzetközi és hazai vezetői kihívások, valamint elakadások az egészségügyi rendszer bármely – különösen döntéshozói – szintjén is hozzájárulhatnak a kívánatos arányok, helyes szerepértelmezések megtalálásához.

A kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Köszönetet mondunk interjúalanyainknak, akik megosztották velünk a kórházi vezetésben szerzett tapasztalataikat. Hálaadás vagyunk hozzájárulásukért, bizalmukért. Továbbra is várjuk olyan vezetők jelentkezését, akik szívesen osztanák meg nézőpontjaikat egy jövőbeli interjú keretében.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Mintzberg H: Toward Healthier Hospitals. *Health Care Management Review*; 1997; 22(4): 9–18.
- [2] Mintzberg H: Managing the Myths of Health Care. *World Hospitals and Health Services*; 2012; 48(3): 4-7.
- [3] Rác I: New Patient-Centered Service Culture in Health Institutions I [Új, páciensközpontú szolgáltatási kultúra kialakításának lehetőségei az egészségügyi intézményekben I.]. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*; 2008; VII(9). [Hungarian]
- [4] Rác I: New Patient-Centered Service Culture in Health Institutions II [Új, páciensközpontú szolgáltatási kultúra kialakításának lehetőségei az egészségügyi intézményekben II.]. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*; 2008; VII(10). [Hungarian]
- [5] Mintzberg H: *Understanding Organizations... Finally!*. McGill University Press; 2023.
- [6] Atkinson R: *The Life Story Interview*. Sage; 1998. <https://doi.org/10.4135/9781412986205>
- [7] Mintzberg H, Mintzberg S: Higher Education Research Beyond the Ivory Tower. *University World News – The Global Window on Higher Education*; 2023, December 16.
- [8] Langer E: The Illusion of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*; 1975; 32(2): 311–328. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.32.2.311>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Antal Zsuzsanna okleveles közgazdász. Diplomát 1988-ban a mai Budapesti Corvinus Egyetemen szerzett. 1991-ben szervezettervezés témában szerezte meg doktori (dr. univ.) fokozatát. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának mesteroktatója. Szakterületei

az egészségügyi menedzsment, a szervezetalakítás és folyamatszervezés. A Szociális Vezetőképző program Vezetés és szervezés moduljának vezetője. Oktat az EMK több mesterképzési programjában (korábban szakirányú képzésében). Jelenleg a Data-EDIH projekt szakmai vezetője, amelynek keretében egészségügyi szervezetek digitális érettségének felmérését és fejlesztését végzik tanácsadói szolgáltatások segítségével.



Cserhádi Zoltán adjunktus, az egészségügyi menedzser mesterképzés operatív programvezetője. Végzettségét tekintve általános orvos, házi orvos szakorvos és közgazdász. Korábban dolgozott az Emberi Erőforrások Minisztériumában az Egészségügyi Ágazati Humán erőforrás-stratégiai Főosztályának főosztályvezetőjeként, vala-

mint az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet élelmezés- és táplálkozástudományi főigazgató-helyetteseként is. Számos hazai és nemzetközi projektben, együttműködésben vett és vesz részt, elsősorban az egészségügyi emberierőforrás-tervezés, a mentális egészség, valamint az egészségügyi alapellátás fejlesztése területén. A SE Egészségügyi Menedzserképző Központban szervezeti magatartás, szervezeti kultúra, emberierőforrás-menedzsment és változásvezetés tantárgyakat oktat.



Krenyácz Éva PhD közgazdász, egészségügyi szakmenedzser. Doktori disszertációját az egészségügyi intézmények kontrollrendszeréről és a vezető döntéstámogatásáról írta a Budapesti Corvinus Egyetemen, melynek

jelenleg is egyetemi adjunktusa. Korábban kontrollerként, illetve számviteli vezetőként dolgozott egészségügyi igazgatási területen, majd tanácsadóként a kórházak, illetve egyéb egészségügyi intézmények, valamint önkormányzati intézmények vonatkozásában.



Révész Éva Erika okleveles közgazdász, a Budapesti Corvinus Egyetem Vezetéstudományi Intézetének adjunktusa. Szervezetelméletek, menedzsmentkontroll és nonprofit menedzsment tárgyakat tanít alapképzésen és mester-

képzésen egyaránt. Kutatási fókusza a nonprofit (civil) szervezetek és társadalmi vállalkozások vezetésének jellemzőire, valamint a közszektorbeli szervezetek teljesítménymenedzsmentjére irányul. Oktatási és kutatási tevékenysége mellett vezetési tanácsadóként is dolgozik nonprofit menedzsment területen.

An intermediate step in bridging the gap between evidence and practice: developing and applying a methodology for “general good practices”

Híd a tudományos bizonyítékok és az ellátási gyakorlat között – az “általános jógyakorlatok” módszertanának fejlesztése és alkalmazása

Heléna Safadi^{1,2} ✉, Judit Lám^{1,2}, Ivett Baranyi¹, Éva Belicza^{1,2}

¹Health Services Management Training Centre, Faculty of Health and Public Administration, Semmelweis University, Budapest, Hungary

²NEVES Society, Budapest, Hungary

✉ safadi.helena@emk.semmelweis.hu

A bizonyítékok és a klinikai gyakorlat közötti szakadék évtizedek óta a kutatások középpontjában áll. Bár a sikeres implementáció azt jelenti, hogy az új ismereteknek adott környezetben kell tudniuk működni, ez nem jelenti azt, hogy az egyes egészségügyi szolgáltatóknak kellene elvégezni a teljes implementációs folyamatot. Ez az a pont, ahol feltételeztük, hogy egy köztes lépés, az „általános jógyakorlat” segíthet abban, hogy a transláció szakszerűbben történjen.

Az általános jógyakorlat módszertanának fejlesztése az infinitE modellünkön alapult, amely a sikeres transláció tényezőit egy bizonyíték (evidence) – szerkesztés (editing) – beágyazás (embedding) – működésre gyakorolt hatás (effect on practice) keretrendszerbe szervezte a bizonyítékokon alapuló orvoslás, a minőségfejlesztés és a változtatásvezetés tudományágak eszközeit alkalmazva.

A módszertan a fejlesztés szerkesztési és beágyazási részét egy három, teljes napos foglalkozást magába foglaló folyamatba szervezte különböző egészségügyi szakemberek, szakértők és moderátorok részvételével. Tesztelést követően a módszertan véglegesítésre és más témákra is alkalmazásra került.

A jelen cikkben részletesen bemutatott módszertan a folyamatábrára, a folyamatelemzés, a hibamód-azonosítás és Kotter 8-lépéses modelljére koncentrál. A tesztként szolgáló téma, az újraélesztés intézeti folyamata mellett a módszertan több mint tíz másik téma esetén is működőképesnek bizonyult, vagyis az általános jógyakorlat ajánlott tartalmi elemei közül legalább az alapelemeket minden esetben sikerült előállítani.

A klinikai irányelvekhez képest az általános jógyakorlat a bizonyítékokat működés közben illusztrálja, segítve ezzel többek közt a munkafolyamatok, a felelősségi körök, a dokumentáció, a képzések kidolgozását, és kiindulópontként szolgálhat az ellátási folyamatok digitalizálásához is.

A következő lépés annak vizsgálata lehet, hogy miként építhetnek erre az egészségügyi intézmények saját szerkesztési és beágyazási tevékenységeik során, és mindez milyen eredményeket hozhat. További tanulmá-

nyok segíthetnek feltárni a módszertan alkalmazhatóságát különböző egészségügyi rendszerekben, illetve a minőség szempontjából eltérő érettségi szinten lévő intézményekben.

The gap between evidence and clinical practice has been in the focus of researches for decades. Although successful implementation means the new knowledge must work in particular environments, it doesn't mean that the entire process should exclusively be executed by each healthcare provider. This is the point where we assumed that an intermediate step, the “general good practice”, could help to ensure that translation is done in a more professional way.

The development of the general good practice methodology was based on our infinitE model, which organized the factors of successful translation into an evidence-editing-embedding-effect on practice framework, using tools from the disciplines of Evidence-Based Medicine, Quality Improvement and Change Management.

The methodology organised the editing and embedding part of the development into a process involving three full-day sessions carried out with different health professionals, experts and moderators. After pilot testing, it was finalized and applied to other topics as well.

The methodology presented in detail in this paper, centred on flow chart, process analysis, failure mode identification and Kotter's 8-step model. Beside the pilot topic of the institutional process of resuscitation, the methodology has also proved applicable to more than ten other topics, meaning that at least all the core elements of the proposed bundle of general good practice have been produced in the development process.

Compared to the guidelines, general good practices demonstrate the evidence in operation, helping to develop workflows, responsibilities, documentation, trainings, etc. and can also be a starting point for the digitalisation of care processes.

The next step is to examine how healthcare institutions can build on these in their own editing and

embedding activities, and what the results will be. Further studies could explore the applicability of the development methodology in different healthcare systems or at different levels of maturity in terms of quality.

Keywords: *best practice, good practice, evidence-based medicine, quality improvement, change management*

INTRODUCTION

The gap between evidence and daily clinical practice is widely known and has been in the focus of researches for decades. Investigating this problem and the underlying causes usually starts with identifying the barriers and facilitators to implementation [1-9]. In a scoping review, Fisher et al. grouped the barriers into three levels: personal factors that relates to physicians' knowledge and attitudes, guideline-related factors and external factors [3]. A previous systematic review identified similar items with the additional element of patient barriers and classified them into seven categories, namely cognitive-behavioral barriers, attitudinal or rational-emotional barriers, professional barriers, barriers embedded in the guidelines or evidence, patient barriers, support or resources and system and process barriers [9]. These factors do not seem to vary much in the different areas of healthcare, be it general practice [5], long-term care [6] or for example prescribing [1].

Many different frameworks, theories or models have been developed to overcome these barriers and facilitate the translation process. Two recent reviews were carried out [10,11], both collected and classified these works according to Nilsen [12]. Huybrechts et al focused on the process models and the determinant frameworks, identifying their common elements. They found that the core phases of implementation are the development, translation and sustainment phase, while intended change, context and implementation strategies were highlighted as core components [11]. On the other hand, the aim of Esmail et al. was to help users to select from the many existing concepts, so they categorized 36 works according to target audience, user level and Nilsen classification. Then comparison were made within each category to reveal similarities and uniqueness [10]. However, the situation is complicated by the fact that studies using implementation frameworks do not describe well their application and operationalization [13-15]. Reporting guidelines can alleviate the problem to some extent by helping readers assess the applicability of new knowledge to their own context [16-18]. We ourselves used SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) when compiling our manuscript [16].

Our study focused primarily on organizational implementation. However, we intended to develop a method that would facilitate the implementation of an evidence in several institutions at the same time. We started from the assumption that although successful implementation means the new knowledge has to work in particular environments, it doesn't mean that the whole translation process should exclusively be

executed by the individual institutes or their representatives. Part of the process is still generalizable, either because the nature of the evidence allows it or because the context and actors show similarities. Accordingly, our aim was to develop a methodology that shows how to derive the general part of the implementation from the evidence. We named this general, intermediate state "general good practice", which is – in our reading – a detailed frame for specific health service activities and systematic considerations of what and how to build on this frame. In this way, it can be clearly distinguished from the institutional good practice, which is usually referred to as good practice or best practice and which is the effective implementation of specific health care activities in a given institution. To get to general good practice, we first had to set up a framework that would organize the existing knowledge and our experience in implementation science in a way that would be suitable for building such a methodology.

MATERIALS AND METHODS

In order to systematise the current knowledge in the literature, we have used as sources the publications describing relevant models listed in the two reviews mentioned above and those we know of earlier. As for the development of the methodology for general good practices, the data sources were the collected institutional good practices, their evaluations, the minutes of the expert group discussions and the working papers produced during these discussions, and the agendas, presentations, notes, working papers used during and between the pilot development sessions.

We have identified the disciplines needed for a successful translation, and these also led us to the possible tools that could be included in the development of general good practice (GGP). Glasziou et al explored the importance of the relationship between evidence-based medicine (EBM) and quality improvement (QI) pointing out that if EBM helps us "do the right things" while QI tells us to "do things right", together we can "do the right things right" [19]. We examined in more detail the determinant frameworks that we considered most relevant to our context, since, according to Nilsen, they "specify types (also known as classes or domains) of determinants and individual determinants, which act as barriers and enablers (independent variables) that influence implementation outcomes (dependent variables). Some frameworks also specify relationships between some types of determinants. The overarching aim is to understand and/or explain influences on implementation outcomes, e.g. predicting outcomes or interpreting outcomes retrospectively." [12]. We have found that, alongside EBM and QI, change management (CM) is the main discipline with a broader perspective that includes e.g. organizational culture, leadership, project management, general and human resource management or behavioural science to be applied in implementation. To demonstrate, Table 1 shows how the elements of the different determinant frameworks relate to these three disciplines. We have listed the frameworks that were identified as

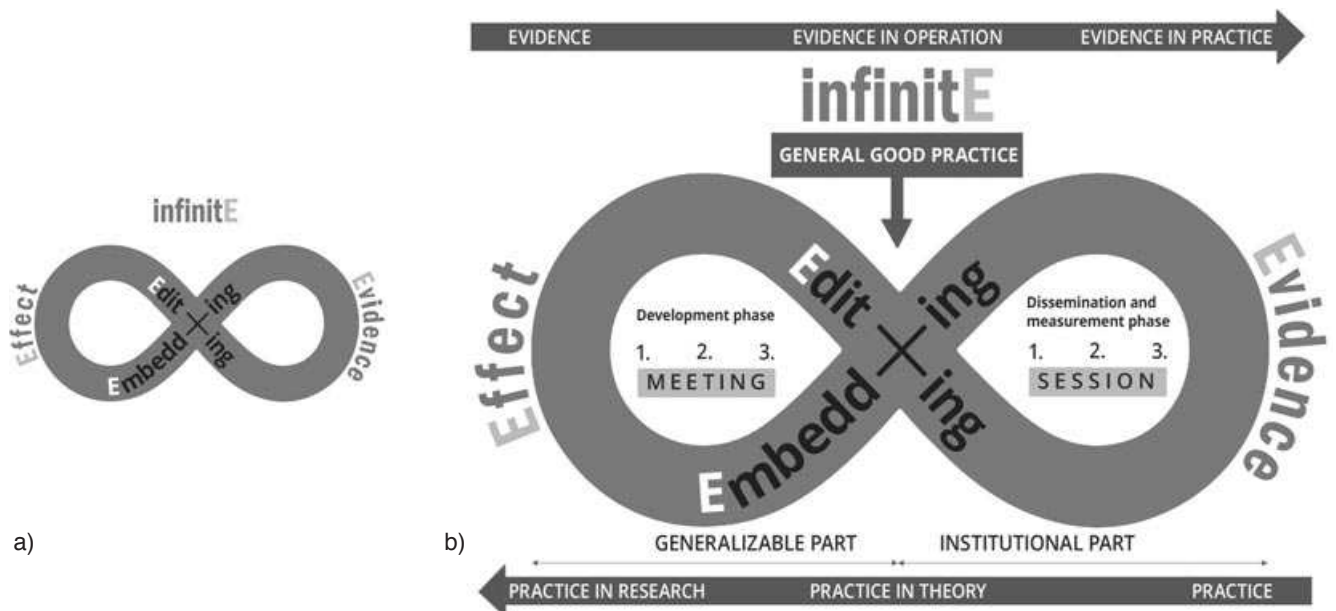


Fig 1
a) The concept of infinitE b) Research phases and general good practice in the light of the infinitE concept (own elaboration)

determinant ones in the two reviews mentioned above [10,11] with the exception of five that were not found to be relevant, either because they lacked an organizational focus, included phases, levels or barriers rather than classical determinants, or were specific to social care [9, 20-23]. At the same time, two additional relevant frameworks [24,25] were added, which were published after the reviews, making a total of 16 conceptions examined [24-39].

Once the evidence has been identified as worth to implementation in the light of EBM, the elements belonging to QI allow us to tailor the practice so that it is capable to produce the evidence. This group of activities can therefore be called editing. However, at this point we are still standing at a theoretical station. In order for this to be translated into real practice, we need to change the existing practice accordingly. To express that this change must be permanent, we can use the term embedding to name this part. And this is precisely the area to which the elements of CM belong. Adding to EBM and QI, CM therefore can show us “to achieve right to do the right things right”. As a result, the effect on practice can be assessed using measurements of these three disciplines. As evidence, editing, embedding and their effect on practice are all connected to each other, exist simultaneously and form an ever-recurring process, we represent them along an infinite sign, creating the concept of infinitE (Fig 1).

Based on this concept of ours, a methodology for the development of general good practice was developed in the framework of the European Union funded project “Professional Methodological Development of the Healthcare System” Patient Safety sub-project in Hungary. An initial methodology was put together by a core group of patient safety and quality management experts, and then validated by a wider group of experts from around the country with diverse healthcare

experience, including professionals from all the four medical faculties in Hungary, with no proposal for change.

As the project’s expectations limited our scope somewhat, we drew evidence from two main sources. Firstly, we collected good practices from healthcare institutions through an online survey. In less than two months, 134 practices were submitted, all of which were assessed by two independent experts using an evaluation form (S4 File), which was designed to map, among other things, the importance of the topic and the evidence behind it, the size of the patient population concerned, the range of specialties and occupational groups involved, the expected impact and the difficulties of design. The wider group of experts decided by consensus on which topic to develop further, considering the results of the evaluations. On the other hand, the guides produced in another strand of the sub-project were used as a source of evidence, as they were also expected to have associated good practices.

Regarding the editing part, we decided to first apply cause analysis in order to understand the factors that make the evidence not work well in practice and to respond to these by developing a detailed process of relevant care activities. To illustrate the process, we have proposed the ARIS business model diagram, which also facilitates process analysis by showing for each step the input and output event, the actors, and the input and output information or documentation needs [40]. The focus here was therefore on identifying those elements which, whatever the circumstances, seem to be generally necessary for the evidence to be take shape. As an additional aid, we have also designed a tabular representation of the information, where other elements of the process analysis not visible in the diagram, such as the devices, the location, the time or even the audit criteria, can be included.

Framework/ Discipline	Evidence-based medicine (EBM) EVIDENCE	Quality improvement (QI) EDITING	Change management (CM) EMBEDDING	Evaluation by EBM, QI, CM EFFECT ON PRACTICE
Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [26]	<ul style="list-style-type: none"> Intervention characteristics 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention characteristics Outer setting Inner setting 	<ul style="list-style-type: none"> Intervention characteristics Outer setting Inner setting Characteristics of individuals Process 	
Revised Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARiHS) [27]	<ul style="list-style-type: none"> Evidence and Evidence-Based Practice Characteristics 	<ul style="list-style-type: none"> Contextual Readiness for Targeted Evidence-Based Practice Implementation 	<ul style="list-style-type: none"> Contextual Readiness for Targeted Evidence-Based Practice Implementation Facilitation Successful implementation 	
Ecological Framework - Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation [28]		<ul style="list-style-type: none"> Characteristics of the Innovation 	<ul style="list-style-type: none"> Community Level Factors Provider Characteristics Characteristics of the Innovation Factors Relevant to the Prevention Delivery System: Organizational Capacity Factors Related to the Prevention Support System 	
Conceptual Model for Considering the Determinants of Diffusion, Dissemination, and Implementation of Innovations in Health Service Delivery and Organization [29]	<ul style="list-style-type: none"> The innovation 	<ul style="list-style-type: none"> System Antecedents for Innovation System Readiness for Innovation Adopter 	<ul style="list-style-type: none"> System Antecedents for Innovation System Readiness for Innovation Adopter Assimilation Implementation Process Linkage Outer Context Communication and Influence Diffusion and Dissemination 	
Understanding user context framework for knowledge translation [30]	<ul style="list-style-type: none"> The research 	<ul style="list-style-type: none"> The issue The research 	<ul style="list-style-type: none"> The user group The issue The researcher-user relationship Dissemination strategies 	
The interdisciplinary conceptual framework of clinicians' compliance with evidence-based guidelines [31]	<ul style="list-style-type: none"> Guideline characteristics 	<ul style="list-style-type: none"> System characteristics Clinician characteristics 	<ul style="list-style-type: none"> System characteristics Clinician characteristics Implementation characteristics 	
The Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) [32]	<ul style="list-style-type: none"> Program (Interventions) 	<ul style="list-style-type: none"> Program (Interventions) 	<ul style="list-style-type: none"> Program (Interventions) External environment Implementation and Sustainability - Infrastructure Recipients 	
Conceptual Framework: Factors That Determine the Rate of Adoption of Innovations from Research into Practice [33]			<ul style="list-style-type: none"> The Adopting Organization The Innovation The Dissemination Infrastructure The External Environment 	

Determinants and Consequences of Implementation Effectiveness [34]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Climate for implementation ▪ Skills ▪ Incentives and disincentives ▪ Absence of obstacles ▪ Innovation values fit ▪ Commitment 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategic accuracy of innovation adoption ▪ Implementation effectiveness ▪ Innovation effectiveness
Conceptual framework describing key elements that influence implementation of change in primary care [35]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organization ▪ Professional ▪ Intervention 	
Generic Implementation Framework (GIF) [36]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Innovation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluations
The Ottawa Model of Health Care Research [37]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence-Based Innovation ▪ Practice Environment 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adoption Outcomes
Theoretical Domains Framework (TDF) [38]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Knowledge ▪ Skills 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Social/professional role and identity ▪ Beliefs about capabilities ▪ Optimism ▪ Beliefs about consequences ▪ Reinforcement ▪ Intentions ▪ Goals ▪ Memory, attention and decision processes ▪ Environmental context and resources ▪ Social influences ▪ Emotion ▪ Behavioural regulation
Conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors [39]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inner context factors 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Outer context factors ▪ Inner context factors
SHIFT-Evidence [24]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Act scientifically and pragmatically 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Engage and empower
Evidence implementation model for public health systems [25]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence implementation target 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actors involved in implementation ▪ Knowledge transfer ▪ Barriers and facilitators to evidence implementation

Table 1
The elements of different determinant frameworks in the light of disciplines (own elaboration)

Next, we added the identification of possible failure modes to the previously identified process steps. Finally, according to the Donabedian model, a systematic definition of some structure, process and outcome indicators was placed at the end of the editing phase.

As for the embedding part, among the many change management frameworks, Kotter's 8-step model was chosen for use, partly because it is sufficiently didactic to be followed by those less familiar with this discipline, and partly because the many areas and factors related to change management can be easily associated with the steps of the model, and thus provide a complex framework for potential users [41]. To set up a change management plan based on Kotter's model, the following factors were considered:

- Basic conditions for implementation without which it is not worth starting
- Elements of corporate culture that are key to good practice
- Stakeholder analysis (potential stakeholders, their interests and influence)
- Level of change envisaged (e.g. individual, department, organizational)
- Possible forms of resistance and their possible solutions
- Proposed composition of the implementation team
- Associated training needs
- Potential communication channels and content (especially at the beginning, at the first success and on an ongoing basis)
- Further consideration for the 8-step model

The editing and embedding parts were designed to be carried out during a three months period with three face-to-face, full-day meetings, by a team with members from those who sent good practices in the related topic, experts in the field and moderator(s) with patient safety and quality management experience. In the period between the meetings, the preparation of related materials was done through a collaborative online editing interface.

The wider group of experts chose the institutional process of resuscitation as the topic for piloting the methodology, as it can affect every department and professional in a hospital, has a great emphasis on correct execution and on collaboration between actors, and because six different institutions submitted good practices in this area, including a cardiology institute, a mixed profile city hospital, two children's hospitals, an ambulance service and an outpatient clinic, which provided a great opportunity to see how a process could be generalised. The three meetings of the pilot development were broadcast to the members of the expert groups, which not only allowed them to see the methodology in action, but also served as a model for future moderators, who were selected from the wider group of experts.

After the pilot, the methodology of developing general good practice was finalized and applied to many other topics. We regularly discussed the experiences and comments of team members and expert groups in our meetings to draw

conclusions and modify the development process where necessary.

The study of the effect on practice was part of a later stage of the research as it required the institutional part (Fig 1), i.e. providers to learn about the general good practice and its application and incorporate it into their workflow. To this end, training courses were designed and delivered, however, for now, we focus only on the development of general good practices without going into details of the institutional part.

RESULTS

The pilot development was successfully carried out with the planned three meetings in a three months period. The development team consisted of a delegated representative from each of the six institutions submitting a good practice, a moderator and an assistant moderator. The delegates also represented different occupational groups, including an anaesthetist, a cardiologist, a director general, a neonatologist, an ER nurse, a healthcare manager who was also a graduate nurse, and a quality officer – all of them played a key role in the development of their institution's good practice. The moderator and the assistant moderator came from the core group of patient safety and quality management experts, and were in continuous contact with the rest of the core group.

The outputs of the general good practice development for the institutional process of resuscitation are shown in Table 2.

The pilot project resulted in three changes to the development methodology. Flow chart and process analysis seemed to be the primary steps to be applied, while the possible underlying causes seemed to be more reasonably attributed to the already identified failure modes. Failure modes were attached to each process step, but it seemed unnecessary to count the possible underlying causes for each failure mode because there was too much repetition. Rather it was reasonable to identify them as a group belonging to the failure modes of a particular process step. The last change was of a technical nature: instead of a whiteboard and flip-chart, we used a digital solution, taking notes on a laptop, which could be simultaneously viewed and validated by the participants via a projector. Accordingly, templates were prepared to facilitate and standardise the steps of development. The final development process is illustrated in Fig 2.

After the pilot, the development methodology was applied to more than ten other topics, including pressure ulcer prevention and care, perioperative pain management, two-step onco-team practice, patient education, inpatient hand hygiene, personalized medication or some prevention processes for various hospital-acquired infections. These allowed further conclusions to be drawn. First of all, not all the topics could be approached from a process perspective. Patient education and hand hygiene seemed to be better processed from a systems-approach. In these cases, the flow chart and pro-

OUTPUTS OF THE PILOT DEVELOPMENT	PROPOSED BUNDLE OF GENERAL GOOD PRACTICE
<ul style="list-style-type: none"> Detailed flow chart (S1 Fig.) Process table (S1 Table.) Table of the potential failure modes and the potential underlying causes (S2 Table.) Set of critical process steps and failure modes (focusing on the most likely to be significant elements on country level) Three indicator definitions (S3 Table.) Change management aspects and considerations (focusing on the most likely to be significant factors on country level) Text description of the general good practice (S1 File.) Instruction for use of the above materials 	<p>Core elements:</p> <ul style="list-style-type: none"> Detailed flow chart (or list of system elements for a systems approach) Process table (or characterisation of system elements for a systems approach) Table of the potential failure modes and the potential underlying causes Change management aspects and considerations (from a general, e.g. country-level or profession-specific perspective) <p>Additional elements:</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicator definitions Text description of the general good practice Instruction for use of the above materials (not necessarily topic-specific) Set of critical process steps and failure modes (from a general, e.g. country-level perspective)

Table 2
Outputs of the pilot and the final proposed bundle of general good practice (own elaboration)

cess analysis have been replaced by the identification and detailed study of system elements. Secondly, and unfortunately, the systematic definition of indicators seemed to be an explicitly advanced area as in most cases even the good-practice institutes did not apply such monitoring activities, and if they had, the way to standardise measurements was so elusive that it seemed very far from being possible to define a formula that could be generally applied across institutions. Therefore, in the majority of themes, the systematic development of indicators was ultimately abandoned, and only a list of names of potential indicators was drawn up. Finally, it became evident that even in cases where the developers from the institutions included people with quality experience, the moderators played a crucial role in ensuring that the use of the various QI tools was properly understood and applied. Based on this experience we have finally defined general good practice as a bundle of core elements that can always

be derived from development, providing essential content and which can be supplemented with additional considerations, see on table 2.

DISCUSSION

The use of ARIS process modelling was found to be appropriate in several respects. It is suitable for showing the temporality of the process from the initial event downwards, together with the steps that can be carried out in parallel. Logical links between steps (and, or, or else) can also be detected, and alternative paths can be followed. The process table structures information in a way that allows to examine a particular step in the process in detail (looking at a given row), or to monitor a type of data, like actors or required information, throughout the process (focusing on one column). We found that the flow chart and the process table can be used in many ways, as shown in table 3.

MEETING 1	MEETING 2	MEETING 3
<p>The process</p> <ul style="list-style-type: none"> Flow chart Process analysis 	<p>Failure modes and underlying causes</p> <ul style="list-style-type: none"> Failure modes Possible underlying causes Critical process steps Critical failure modes Potential indicators 	<p>Change management issues</p> <ul style="list-style-type: none"> Basic conditions Corporate culture elements Stakeholder analysis Level of change Resistance and solutions Implementation team Training needs Communication channels and plan Further consideration

Fig 2
Developing general good practices: the editing and embedding part (own elaboration)

Possible uses of the flow chart and the process table

Complete in-hospital development of the given care process	If the healthcare provider has not previously operated the care process in question, the flow chart and process table will help to guide the person(s) responsible for the implementation through all process steps from start to finish.
Assessing, streamlining or improving the implementation of a given care process in the institution	If the care process in question is already in some form of operation, comparing the current process step by step with the flow chart and process table, we can identify the gaps that to improve the existing process. In doing so, it is worth reviewing whether the own current process includes all the steps set out in general good practice, contains steps that are missing from the general good practice and can be omitted or has the temporal and logical links between its steps as outlined in the general good practice.
Defining roles, responsibilities and competences, defining job descriptions	Whether you are setting up a new process or improving an existing one, thinking about the actors involved in the process steps will help ensure, for example, that no process step is left without a responsible person, and responsibilities are transparent where there are several possible actors.
Reviewing documentation requirements, ensuring the availability and development of the necessary knowledge	Whether we are developing a new process or improving an existing one, reviewing the knowledge, required or generated documents for each process step will help, for example, <ul style="list-style-type: none"> ▪ identify the documents that contain the necessary knowledge, whether they are educational materials, protocols or items in the patient's medical record, and make them available, ▪ ensure the availability of the documentation required for each step, ▪ identify whether the implementation of the process step requires documentation and, if so, assign the required content, format and person (job group) responsible for the documentation, ▪ coordinate the activities of the persons responsible for the process step and the documentation of the process step, by providing documentation rights and access.
Organisation and development of training	After an overview of the process, the actors, the necessary knowledge and the documentation requirements, the content of the related training can be identified by job group (actor).
Design and development of the care process monitoring system	The information in the flow chart and process table can be used to derive the structural characteristics of the care in question. For human resources, the overview of actors can provide information, while for physical assets and conditions, the identification of devices and locations can be used as a source. As for regulation, the necessary knowledge (e.g. procedures, protocols) and documentation requirements (e.g. document templates, samples) can provide a basis for monitoring. In order to define process indicators, the process steps for which measurability is theoretically meaningful can be identified. The nature of the output events, as well as the timeliness, documentation and characteristics of the persons responsible, can form the basis for demonstrating compliance. As expected, the identification of outcome indicators is the most difficult, as many factors other than the process of care are involved in the change in the patient's health status. Yet, looking at the impact of individual steps on outcomes can help to do this. This may include considering how the correct implementation of a particular process step can avoid adverse events or add value to the patient's recovery.

Table 3
Possible uses of the flow chart and the process table (own elaboration)

Comparing a given institutional practice with a flowchart and process table can give us an answer to whether that practice can provide the right care. This approach can be complemented by an enumeration of failure modes, which in turn will answer whether the institutional practice allows for the avoidance of failures. The failure modes collected in general good practice aim to cover the theoretically possible failure modes, so that we can review them to assess which ones are relevant in a given institutional practice and how important they are. The underlying causes associated with failure modes are more of a food for thought, but if a failure mode is found to be significant in institutional practice, a detailed root-cause analysis will be needed to find the right local solution.

Proposals based on change management knowledge to support the implementation of good practice provide a menu for potential users to identify the elements that need to be

addressed in their institution and to select a combination of options and approaches to address them.

As mentioned earlier, the proper application of quality improvement tools and the professionalism of the products produced required the intensive involvement of moderators, even when the developers included people with quality experience. Yet the most unknown and innovative element was undoubtedly the area of change management, and this is also true for quality professionals.

To formulate how the general good practice differs from or adds to the guideline, it is perhaps easiest to say that while the guideline formulates the evidence, general good practice shows the evidence in operation. On the pilot topic of resuscitation, for example, the 2020 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care present the process, recommendations and knowledge gaps that can be translated into

WHAT THE GUIDELINE SAYS*	TOPIC IN QUESTION	WHAT THE GENERAL GOOD PRACTICE HELPS TO THINK THROUGH
<ul style="list-style-type: none"> ▪ It may differ between hospitals or locations within a hospital ▪ If the responder is alone, they may need to leave the patient ▪ Where a telephone system is used, the standard European number should be used 	CALL FOR HELP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ What ensures that the first responder knows the alarm channel? ▪ What ensures that the first responder knows when to call for help? ▪ What if the first responder is not a health worker (e.g. visitor, cleaning lady, another patient, etc.)? ▪ Is the alarm device accessible everywhere or is the location of the nearest one known (even in places such as parks or canteen, etc.)? ▪ What ensures that the alarm number is known by everyone? ▪ Is the alarm channel one-way so that it cannot be occupied? ▪ What ensures that the alarm device is accessible for the receiver at any moment? ▪ What ensures that the alarm device is always operational on both sides (e.g. maintained, charged, volume is on, adequate network coverage, signal strength, etc.)? ▪ Is there any difference if the first responder is alone or with someone else? ▪ What ensures that the first responder knows what to say and how to say it during an emergency call, so that they can give the necessary and correct information as quickly as possible? ▪ What ensures that the first responder can do this properly at any time, even in real, stressful situation?

*These findings are taken from the European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support [44]

Table 4
An example of the difference between guidelines and general good practices in the pilot topic of resuscitation (own elaboration)

practice, but say the evaluation of their feasibility and acceptability is not in their scope [42]. Similarly, the European Resuscitation Council (ERC) Guidelines for Resuscitation 2015 state that “the combination of medical science and educational efficiency is not sufficient to improve survival if there is poor or absent implementation”, but mention only a few, mainly systemic points in this context such as trainings in schools or establishing cardiac arrest centres [43]. The new version 2021 already includes some more concrete considerations for the institutional implementation in terms of first responder, equipment and the resuscitation team, but it remains an open question for those doing the translation how best to design these elements in their own institution [44]. As an example, for one topic, Table 4 shows the difference between the latter, the most advanced guideline in this respect, and the general good practice.

From the above, it seems that there is indeed a generalisable part of the implementation process, and the general good practice is a good representation of this. Accordingly, in the infinitE model, it can be fitted to the half-way point of the process, symbolically separating the generalisable and institutional parts of the translation. Furthermore, it shows the evidence in operation, which will then be put into practice by the editing and embedding processes of the institute. The backward path of the same mechanism will ensure that the practice is incorporated into theoretical considerations,

while the evolution of general good practice can be embodied in the directions, elements and design of further researches (Fig 1).

In our view, the novelty of the infinitE model presented in our paper lies in the fact that it presents the elements of translation from a focus on creating practical applicability in a simple and pragmatic way, successfully marrying CM with the EBM-QI dual already paired before [19]. This is also reflected in the general good practice developed on the basis of the model, as its methodology successfully combines the three disciplines. Thanks to this, the methodology was applicable to several other topics, thus the core elements of the general good practice bundle were always produced as a result of the development. Also, the methodology integrates all the known factors from the related literature introduced earlier. As the use of general good practices in different institutions can be paralleled with practice development, its relation to it may be interesting. We can see that the formula also fits in well with the recommendations of practice development, for example, it is suitable for the joint dissemination of process and product knowledge [8], it takes cultural aspects into account [45] and can also serve the main characteristics of practice development as presented by Page [46]. However, in addition to these, our work also defines a significant additional step in the translation process, which is, to our knowledge, the first attempt to do so.

Perhaps, the biggest limitation of our research was that we conducted the pilot and the subsequent general good practice developments in a country with limited resources for health care and with persistent and substantial human resource problems [47-50]. Furthermore, the private sector was not involved in the study as the participants of the development teams were all employees of public healthcare institutions. Therefore, the outcomes of the developments may not be applicable to other health systems without any corrections. It is conceivable that, for example, the layout of the processes involved could be modified by different technological backgrounds. Even in our case, two versions of the general good practice of personalized medication were produced, depending on whether it was manual or automated medication. Also, the number of professionals available and their different qualifications can affect the division of labour and the level of decision-making. On the other hand, in the case of more advanced quality system and experience, the general good practices can become even more complete, for example with developing specific indicators or even monitoring systems as well as patient registers or standardised documentation. We have only been able to do the latter in one case, perioperative analgesia, which, although it meant extra time, could contribute to improving the poor situation of Acute Pain Service in Hungary [51]. These considerations lead to conclusion that general good practices should be developed or adapted at regional or national level, or specific to a health system, but the development methodology itself is likely to be generally applicable.

CONCLUSIONS

The concept of general good practice was found to be reliable, and the development methodology was seen to be applicable to a wide range of topics. General good practice represents a new, unprecedented step in the translation process that can make it easier for the institute's quality and patient safety staff, as well as the chief medical officers and head nurses, to put professional innovations into practice, whether it is the introduction of a new guideline or best practice, or the introduction of a new technology or device. In addition, however, it can contribute to the definition of possible process indicators of care, and thus to its monitoring, as well as to the development of documentation, including standardised documentation. Such systematic mapping of processes can also

be a starting point for the digitalisation of care processes. The question arises, who should be responsible for developing general good practices. There are different options: guideline developers may do it as a final step in the development process, but it can also be the responsibility of medical universities, operator of healthcare institutions or health care workers' professional organisations. The involvement of Research Translation Centres may also be an obvious solution, as they were set up to accelerate the translation of evidence by creating partnerships between research institutes, universities and health services [52]. Whichever path we choose, it is important to ensure that the development team represents the knowledge and skills of EBM, QI, the related practice and CM.

In our next step, we have designed a training methodology to familiarise healthcare institutions with general good practice and how they can use it, thus, how they can base their own editing and embedding activities on it, in order to better reflect the evidence in their care (Fig 1). In agreement with Burke et al, while investigating the effects on practice, we focused on sustainable implementations, that remain effective for at least six months [53]. Other studies could investigate the applicability of the development methodology to other topics, especially in the case of a systems approach, as there were few opportunities to do so to date.

FUNDING AND COMPETING INTERESTS

Our research was carried out under the EU-funded EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, "Professional Methodological Development of the Healthcare System" project. All activities regarding the development and the related meetings were funded by this programme, but the funder had no influence on any professional content of the research. None of the authors of this article received any additional funding, including for the publication of this article.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank all the members of the core and wider group of experts in the study for providing input at any stage of the development. We are also grateful to all the health professionals who participated in the development of general good practices on the different topics. Moreover, we wish to thank all senior colleagues in our institute for their general support in the conduct of our study.

Additional files and tables are available here: <https://info.nevesforum.hu/jogyakorlatok/#safadi-et-al-ime-4-2024>

REFERENCES

- [1] Paksaitė P, Crosskey J, Sula E et al.: A systematic review using the Theoretical Domains Framework to identify barriers and facilitators to the adoption of prescribing guidelines. *Int J Pharm Pract.* 2020. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12654>.
- [2] Jin YH, Tan LM, Khan KS et al.: Determinants of successful guideline implementation: a national cross-sectional survey. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021; 21(1): 19. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01382-w>

- [3] Fischer F, Lange K, Klose K et al.: Barriers and Strategies in Guideline Implementation – A Scoping Review. *Healthcare*. 2016; 4(3): 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
- [4] Rosa RG, Teixeira C, Sjoding M: Novel approaches to facilitate the implementation of guidelines in the ICU. *J Crit Care*. 2020; 60: 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.07.014>
- [5] Grol R: Implementing guidelines in general practice care. *Qual in Health Care*. 1992; 1(3): 184-191. <https://doi.org/10.1136/qshc.1.3.184>
- [6] McArthur C, Bai Y, Hewstone P et al.: Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. *Implement Sci*. 2021; 16(1): 70. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0>
- [7] Graham ID, Logan J, Harrison MB et al.: Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *J Contin Educ Health Prof*. 2006; 26(1): 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- [8] Newell S, Edelman L, Scarbrough H et al.: 'Best practice' development and transfer in the NHS: the importance of process as well as product knowledge. *Health Serv Manage Res*. 2003; 16(1): 1-12. <https://doi.org/10.1258/095148403762539095>
- [9] Cochrane LJ, Olson CA, Murray S et al.: Gaps Between Knowing and Doing: Understanding and Assessing the Barriers to Optimal Health Care. *J Contin Educ Health Prof*. 2007; 27(2): 94-102. <https://doi.org/10.1002/chp.106>
- [10] Esmail R, Hanson HM, Holroyd-Leduc J et al.: A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implement Sci*. 2020; 15(1): 11. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0964-5>
- [11] Huybrechts I, Declercq A, Verté E et al.: The Building Blocks of Implementation Frameworks and Models in Primary Care: A Narrative Review. *Front Public Health*. 2021; 9: 675171. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.675171>
- [12] Nilsen P: Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015; 10: 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>
- [13] Hull L, Goulding L, Khadjesari Z et al.: Designing high-quality implementation research: development, application, feasibility and preliminary evaluation of the implementation science research development (ImpRes) tool and guide. *Implement Sci*. 2019; 14(1): 80. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0897-z>
- [14] Bergström A, Ehrenberg A, Eldh AC et al.: The use of the PARIHS framework in implementation research and practice – a citation analysis of the literature. *Implement Sci*. 2020; 15(1): 68. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01003-0>
- [15] Moullin JC, Dickson KS, Stadnick NA et al.: Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implement Sci*. 2019; 14(1): 1. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0842-6>
- [16] Ogrinc G, Davies L, Goodman D et al.: SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Qual Saf*. 2016; 25(12): 986-992. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>
- [17] Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K: AGREE Next Steps Consortium. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*. 2016; 352: 1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>
- [18] Chen Y, Yang K, Marusic A et al.: RIGHT (Reporting Items for Practice Guidelines in Healthcare) Working Group. A Reporting Tool for Practice Guidelines in Health Care: The RIGHT Statement. *Ann Intern Med*. 2017; 166(2): 128-132. <https://doi.org/10.7326/m16-1565>
- [19] Glasziou P, Ogrinc G, Goodman S: Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? *BMJ Qual Saf*. 2011; 20(Suppl 1): 13-17. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046524>
- [20] Social Marketing National Excellence Collaborative. Social Marketing and Public Health. Lessons from the Field. A Guide to Social Marketing. Turning Point National Program Office at the University of Washington; 2003. Available from: https://www.dors.it/marketing_sociale/docum/2_smc_lessons_from_field.pdf (downloaded: 29th Apr, 2023)
- [21] Glasgow RE, Vinson C, Chambers D et al.: National Institutes of Health Approaches to Dissemination and Implementation Science: Current and Future Directions *Am J Public Health*. 2012; 102(7): 1274–1281. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300755>
- [22] Blom B, Morén S: Explaining Social Work Practice – the CAIMeR Theory. *J Soc Work*. 2010; 10(1): 98-119. <https://doi.org/10.1177/1468017309350661>
- [23] Ferlie EB, Shortell SM: Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*. 2001; 79(2): 281–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- [24] Reed JE, Howe C, Doyle C, Bell D: Successful Health-care Improvements From Translating Evidence in complex systems (SHIFT-Evidence): simple rules to guide practice and research. *Int J Qual Health Care*. 2019; 31(3): 238-244. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy160>
- [25] Vincenten J, MacKay JM, Schröder-Bäck P et al.: Factors Influencing Implementation of Evidence-Based Interventions in Public Health Systems – A Model. *Centr Eur J Public Health*. 2019; 27(3): 198-203. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5234>
- [26] Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE et al.: Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009; 4: 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- [27] Stetler CB, Damschroder LJ, Helfrich CD, Hagedorn HJ: A Guide for applying a revised version of the PARIHS

- framework for implementation. *Implement Sci.* 2011; 6: 99. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-99>
- [28] Durlak JA, DuPre EP: Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol.* 2008; 41(3-4): 327-50. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- [29] Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F et al.: Diffusion Of Innovations In Service Organizations: Systematic Review And Recommendations. *Milbank Q.* 2004; 82(4): 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00325.x>
- [30] Jacobson N, Butterill D, Goering P: Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. *J Health Serv Res Policy.* 2003; 8(2): 94-9. <https://doi.org/10.1258/135581903321466067>
- [31] Gurses AP, Marsteller JA, Ozok AA et al.: Using an interdisciplinary approach to identify factors that affect clinicians' compliance with evidence-based guidelines. *Crit Care Med.* 2010; 38(Suppl 8): S282-91. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181e69e02>
- [32] Feldstein AC, Glasgow RE: A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008; 34(4): 228-43. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(08\)34030-6](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(08)34030-6)
- [33] Bradley EH, Webster TR, Baker D et al.: Translating research into practice: speeding the adoption of innovative health care programs. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2004; (724): 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52510.x>
- [34] Klein KJ, Sorra JS: The challenge of innovation implementation. *Acad Manage Rev.* 1996; 21(4): 1055-1080 <https://doi.org/10.5465/amr.1996.9704071863>
- [35] Lau R, Stevenson F, Ong BN et al.: Achieving change in primary care--causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implement Sci.* 2016; 11: 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>
- [36] Moullin JC, Sabater-Hernández D, Fernandez-Llimos F, Benrimoj SI: A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health Res Policy Syst.* 2015; 13: 16. <https://doi.org/10.1186/s12961-015-0005-z>
- [37] Logan J, Graham ID: Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Sci Commun.* 1998; 20: 227- 46. <https://doi.org/10.1177/1075547098020002004>
- [38] Atkins L, Francis J, Islam R et al.: A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci.* 2017; 12(1): 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- [39] Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM: Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health.* 2011; 38(1): 4-23. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7>
- [40] Davis R: *Business Process Modelling with Aris: A Practical Guide.* London: Springer-Verlag London Ltd.; 2001. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-0321-9_20
- [41] Kotter JP: Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *Harv Bus Rev* 1995; May-June. https://doi.org/10.1007/978-1-137-16511-4_7
- [42] Merchant RM, Topjian AA, Panchal AR et al.: Part 1: Executive Summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2020; 142(Suppl 16 2): S337-S357. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000918>
- [43] Greif R, Lockey AS, Conaghan P et al.: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation.* 2015; 95: 288-301. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.032>
- [44] Soar J, Böttiger BW, Carli P et al.: European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation.* 2021; 161: 115-151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- [45] Cioffi J, Leckie C, Tweedie J: Practice development: a critique of the process to redesign an assessment. *Aust J Adv Nurs.* 2007; 25(2). <https://doi.org/10.37464/2008.252.1854>
- [46] Page S: The role of practice development in modernising the NHS. *Nurs Times.* 2002; 98(11): 34.
- [47] Gaál P, Szigeti Sz, Csere M et al.: Hungary health systems review. *Health Syst Transit.* 2011; 13(5): 1-266.
- [48] Gaál P, Szigeti Sz, Panteli D et al.: Major challenges ahead for Hungarian healthcare. *BMJ.* 2011; 343(7836): 1251-1254. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7657>
- [49] Girasek E, Szócska M, Kovács E, Gaál P: The role of controllable lifestyle in the choice of specialisation among Hungarian medical doctors. *BMC Med Educ.* 2017 ;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1031-z>
- [50] Gaál P, Velkey Z, Szerencsés V, Webb E: The 2020 reform of the employment status of Hungarian health workers: Will it eliminate informal payments and separate the public and private sectors from each other? *Health Policy.* 2021; 125(7): 833-840. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.014>
- [51] Lovasi O, Lám J, Schutzmann R, Gaál P: Acute Pain Service in Hungarian hospitals. *PLoS One.* 2021; 16(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257585>
- [52] Robinson T, Bailey C, Morris H et al.: Bridging the research-practice gap in healthcare: a rapid review of research translation centres in England and Australia. *Health Res Policy Syst.* 2020; 18(1): 117. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00621-w>
- [53] Burke RE, Marang-van de Mheen PJ: Sustaining quality improvement efforts: emerging principles and practice. *BMJ Qual Saf.* 2021; 30: 848-852. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-013016>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Safadi Heléna orvos, okleveles közgazdász, egészségügyi menedzser PhD-jelölt. Kezdeti gyakorló orvosi tevékenységet követően 2011-2014 között a Mezőcsáti Kistérségi Egészségfejlesztő Központ vezetője, majd a magyar egészségügyi akkreditációs rend-

szer fejlesztésében vett részt vezető tanácsadóként. 2015-től az OBDK Minőségügyi, Nemzetközi és Dokumentációs Főosztályának, majd annak utódintézményében a Jogvédelmi Módszertani Osztály vezetője volt. 2017-től a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának munkatársa, a Betegbiztonsági Tanszék tagjaként oktatási, kutatási és projektbeli szakértői feladatokat lát el.



Lám Judit 1995-ben szerzett diplomát a Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Karán, 2002-ben szerzte PhD-fokozatát és egészségügyi szakmenedzserként oklevelét. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának docense, ope-

ratív igazgatóhelyettese, valamint az Egészségügyi Közszolgálati Kar általános dékánhelyettese. A Betegbiztonsági Tanszéki Csoport munkatársaként betegbiztonság és minőségügyi témakörökben rendszeresen oktat graduális és posztgraduális kurzusokon, a NEVES betegbiztonsági program társvezetője.



Baranyi Ivett több éves szakmai tapasztalattal rendelkezik a népegészségügy, a járványügy és a betegbiztonság területén. Szakmai életútját egy Járási Hivatal Népegészségügyi Osztályán kezdte, ahol járványügyi szakterületen szerzett tapasztalatokat. 2018 óta a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ szakmai

munkatársa, részt vett többek között az EFOP 1.8.0.-VEKOP-17 Jógyakorlat munkacsoport szakmai asszisztenseként a projekt megvalósításában. Kórházhygiénés tapasztalatait a veresegyházi Misszió Egészségügyi Központban mélyítette el. Jelenleg a Betegbiztonsági Tanszék munkatársa, ahol kutatási tevékenységekkel, valamint a tanszék működéséhez kapcsolódó szakmai feladatok előkészítésével foglalkozik. Szakterületei: népegészségügyi programok, betegbiztonság és minőségügyi intézményi fejlesztések.



Belicza Éva a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ egyetemi docense, a Betegbiztonsági Tanszékének vezetője, a minőségügyi és betegbiztonsági menedzser szakirányú továbbképzés vezetője, a NEVES Egyesület a Betegbiztonságért

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 tanulmányvejezetet írt az egészségügyi minőségbiztosítás és betegbiztonság témaköreiben.

Audit ellenőrzőlista kidolgozása a gastroenterológiai endoszkópos vizsgálóhelyek higiéniés értékelésére

Developing an audit checklist to assess the hygiene of gastroenterology endoscopy examination sites

Varga Beatrix¹ ✉, Kovács Aranka Katalin², Safadi Heléna^{3,4}

¹Budapest Főváros Kormányhivatala II. Kerületi Hivatala, Népegészségügyi Osztály, Budapest

²Budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest

³Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

⁴NEVES Egyesület a Betegbiztonságért, Budapest

✉ v.beatrix93@gmail.com

Az endoszkópos beavatkozások során különböző útvonalakon keresztül lehetséges a fertőzés átvitele. Az érvényben lévő eszköztisztítási és -fertőtlenítési folyamatok betartásával, egyszer használatos tartozékok használatával, a vizsgálóhelyiségek dezinficiálásával és a megfelelő szintű egyéni védőeszközök használatával a fertőzés veszélye minimálisra csökkenthető. Mindezek ellenére a gastrointesztinális endoszkópiával összefüggő fertőzések az endoszkópok használata óta előfordulnak.

A nemzetközi és hazai irányelveknek megfelelő, az infékciónkontroll rendszabályok betartásának ellenőrzését segítő, a klinikai auditok során alkalmazható általános ellenőrzőlista készítését tűztük ki célul járóbeteg-ellátók számára.

A nemzetközi és hazai szakirodalmi ajánlások, irányelvek kutatását követően, azok összehasonlításával egy egészségügyi szakemberekből álló munkacsoport (higiénikus főorvos, gastroenterológus szakorvosok, vezető endoszkópos szakasszisztens, népegészségügyi ellenőr) az infékciónkontroll-tevékenység ellenőrzésére szolgáló audit ellenőrzőlistát és kitöltést segítő útmutatót hozott létre.

Az ellenőrzőlista 6 fő szakaszból áll: általános adatok, módszerek, személyzet, szempontrendszer, összegzés és visszajelzés. A szempontrendszer szakasz 10 fő kérdéscsoportból áll, melyek az endoszkópos egységek infékciónkontroll-tevékenységét foglalják össze: 1. irányelvek és eljárások, 2. oktatás és képzés, 3. fizikai környezet, 4. tisztítási eljárások, 5. magas szintű fertőtlenítés, 6. sterilizátorok és automatizált endoszkóp-újrafeldolgozó berendezések, 7. endoszkópok tárolása, 8. endoszkópszállítás, 9. nyilvántartás, 10. munkahelyi egészségvédelem és biztonság. Az egyes kérdéscsoportok összesen 158 értékelési kritériumot rögzítenek.

A szakértői munkacsoport által kidolgozott ellenőrzőlista széleskörűen lefedi az endoszkópiával kapcsolatos infékciónkontroll-tevékenységet, miközben nemcsak a nemzetközi irányelvek elvárásainak felel meg, hanem a hazai szabályozási környezethez is illeszkedik. Alkalmazhatósága a jövőben egy tesztelési fázissal, valamint egy véglegesített kitöltési útmutatóval növelhető, ezáltal

effektív támogatást nyújtva az egészségügyi szolgáltatók számára a módszeres klinikai auditok kivitelezéséhez és minőségértékelési tevékenységeik elmélyítéséhez.

Ösztönözni kell a hazai egészségügyi szolgáltatókat a minőségügyi rendszerek kidolgozására és bevezetésére, valamint arra, hogy a klinikai auditok a minőségfejlesztési tevékenységük szerves részét képezzék.

Kulcsszavak: fertőzés, gastrointesztinális endoszkópia, infékciónkontroll, klinikai audit, minőségfejlesztés

The number of gastrointestinal endoscopic procedures performed each year exceeds 20 million in the United States and tens of millions in Europe. In our country, 120,958 colonoscopies and sigmoidoscopies were performed in 2019 under the health insurance scheme, while no such reported data are available for gastroscopy. This figure is further increased by the growing private health care sector, which also performs a large number of endoscopic procedures, so that the number of endoscopic procedures in Hungary may exceed several hundred thousand per year. The Government of Hungary has decided to introduce a nationwide programme of targeted, organised colonoscopy for public health purposes, which is expected to increase the number of colonoscopies, so it is crucial that the infection control activities of endoscopy workplaces are of the highest possible standard.

During endoscopic procedures, transmission of infection is possible through different routes. By following current instrument cleaning and disinfection procedures, using disposable accessories, disinfecting examination rooms and using the appropriate level of personal protective equipment, the risk of infection can be minimised.

The aim was to develop a specific checklist, in line with international and national regulations, to assist in the monitoring of compliance with infection control regulations, which can be used in clinical audit, and which any endoscopy unit can tailor to its own operational processes, while at the same time using it for regular internal quality assessment.

After researching and comparing international and national literature recommendations and guidelines, a working group of healthcare professionals (chief hygienist, gastroenterologists, senior endoscopic assistant, public health inspector) developed an audit checklist to monitor infection control activities. No rating system has been defined for the results obtained, as the aim is not to give the health care provider under audit a rating (e.g., excellent, adequate, etc.), but to encourage the provider to strive to achieve the best possible quality of care. In order to ensure that the checklist delivers the desired results, a user guide is already under preparation. The checklist and the guide will be tested in a subsequent phase.

The checklist consists of 6 main sections: general data, methods, staff, criteria, summary and feedback. The criteria section consists of 10 main groups of questions summarizing the infection control activities of endoscopy units: 1. policies and procedures, 2. education and training, 3. physical environment, 4. cleaning procedures, 5. high level disinfection, 6. sterilizers and automated endoscope reprocessing equipment, 7. endoscope storage, 8. endoscope transport, 9. record keeping, 10. occupational health and safety. These groups of questions define a total of 158 criteria.

A clinical audit based on a checklist provides an opportunity to identify the causes of failures in a given healthcare provider by conducting a desk review, root cause analysis, reviewing processes and, if necessary, reengineering, developing recommendations for solutions, and implementing changes to ensure patient safety and prevent infections. The experience gained from the clinical audits will provide an opportunity to further develop the checklist, to describe good practices and to produce a definitive methodological guide to assist in completing the checklist.

The clinical audit is an effective tool for testing infection control regimes. Domestic healthcare providers should be encouraged to develop and implement quality systems and to make clinical audit an integral part of their quality improvement activities.

Keywords: *infection, gastrointestinal endoscopy, infection control, clinical audit, quality improvement*

BEVEZETÉS

A gasztrointesztinális endoszkópos beavatkozások száma évente az Egyesült Államokban meghaladja a 20 milliót [1], az Egyesült Királyságban a 2,5 milliót [2], Európa-szerte pedig a több tíz milliót [3]. Hazánkban 2019-ben az egészségbiztosítás keretein belül 120 958 kolonoszkópia és szigmoidoszkópia történt [4], a gasztroszkópia tekintetében ilyen közölt adatok nem állnak rendelkezésre. A fenti számot tovább növeli az egyre inkább terjeszkedő magánegészség-

ügyi ellátás, melynek keretében szintén számos endoszkópos beavatkozást végeznek, így évente Magyarországon az endoszkópos beavatkozások száma akár több százezer is lehet.

Az első szálóptikás endoszkópok használta az 1950-es években kezdődött, majd az 1960-as évektől kezdődően egyre kiterjedtebben használták az egyes szakterületeken. Az endoszkópok használatával a beavatkozással járó rizikótényezők száma is megnövekedett, melyek jelentős részét a beavatkozások fertőzőeses szövődményei alkotják. Az 1970-es évek vége óta jelentettek endoszkópos eljárásokhoz kapcsolódó sporadikus nozokomiális fertőzéseket világszerte. A dokumentált esetek többségét a nemzeti és nemzetközi irányelvek nem tartása okozta, beleértve az endoszkópok és endoszkópos tartozékok nem megfelelő újrafeldolgozását (újrafeldolgozás alatt jelen cikkben olyan eljárást értünk, amelyet egy használt eszközön hajtanak végre annak biztonságos újrafelhasználása érdekében. Magában foglalja a tisztítást, fertőtlenítést, sterilizálást és a kapcsolódó eljárásokat, valamint a használt eszköz műszaki és funkcionális biztonságosságának ellenőrzését és helyreállítását) [5]. Sérülésekről, tervezési korlátozásokról, szennyezett vízről és szennyezett endoszkópmosó és fertőtlenítő berendezésekről is beszámoltak [6].

A hazai, kizárólag az endoszkópokkal és tartozékaikkal kapcsolatos higiénés követelményeket szabályozó, egyetlen önálló, érvényben lévő módszertani anyag az Országos Epidemiológiai Központ (OEK) „Tájékoztató a flexibilis endoszkópokkal történő beavatkozásokkal kapcsolatos fertőzések megelőzéséről és kontrolljáról” címmel 2004-ben kiadott Epinfo 4. különszáma (a továbbiakban: OEK Epinfo 4. különszám) [7]. A tájékoztató bemutatja az endoszkópos beavatkozások fertőzési kockázatait, a fertőzésekkel kapcsolatos általános tudnivalókat, részletesen ismerteti az endoszkópok és tartozékaik tisztításának, fertőtlenítésének és sterilizálásának szabályait, meghatározza az endoszkópos vizsgálóhelyiség kialakításának követelményeit, az egészségügyi személyzetre vonatkozó munkavédelmi szabályokat ír elő [7].

Az OEK Epinfo 4. különszám [7] megjelenését követően 2005-ben az egészségügyi hatóság munkatársai elvégezték az endoszkópos munkahelyek ellenőrzését. A vizsgálat célja az endoszkópos laboratóriumok higiénés helyzetének megismerése, valamint a tájékoztatóban foglalt szakmai előírások megvalósulásának ellenőrzése volt. A vizsgálatba a hazai fekvőbetegellátó intézmények 127 endoszkópos egységét vonták be (összesen 597 eszközt: 347 gasztroszkópot és 250 kolonoszkópot). A vizsgálat során számos hiányosságot állapítottak meg. Az ellenőrzések alkalmával megállapították, hogy az alkalmazott eszközök száma nem elégséges, rendszeres karbantartásuk sem megfelelő. A megfelelő higiénés körülmények biztosításához szükséges egyéb helyiségek (pl.: raktár, adminisztrációs helyiség, beteg-előkészítő, váró/tartózkodó stb.) a vizsgált egységek felében-harmadában szintén hiányoztak. 2005-ben endoszkópos vizsgálatokkal kapcsolatban három intézményben regisztráltak nozokomiális fertőzést, mely két dolgozót és két ápolttat érintett. A vizs-

gátal eredményeként összefoglalva megállapítható, hogy a fekvőbeteg-intézményekben az OEK Epinfo 4. különszámában foglaltak nem teljesültek maradéktalanul, dominál az eszközök kézi tisztítása, fertőtlenítése, és az eszközök száma sem elegendő. A hiányosságok növelik mind a betegek, mind a vizsgálatokat végző egészségügyi személyzet megbetegedésének kockázatát [8]. 2005 óta nem került sor az endoszkópos munkahelyek átfogó, higiénés aspektusú ellenőrzésére, így a jelenlegi helyzetről nincsenek ismereteink.

Magyarország kormánya népegészségügyi célú célzott, szervezett vastagbél-sűrűs országos bevezetéséről döntött [9], amely program keretében a vastagbél-tükrözések számának növekedése várható, így kulcsfontosságú, hogy az endoszkópos munkahelyek infekciókontroll-tevékenysége a lehető legmagasabb szintű legyen.

CÉLKITŰZÉS

Célként határoztuk meg, hogy a nemzetközi és hazai szabályozóknak megfelelő, az infekciókontroll rendszabályok betartásának ellenőrzését segítő, a klinikai auditok során alkalmazható specifikus ellenőrzőlistát készítsünk, melyet bármely endoszkópos egység a saját működési folyamataira szabhat, egyúttal rendszeres belső minőségértékeléséhez felhasználhat.

ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

Az adott témakört átfogó, részletes leírásokat tartalmazó szakmai irányelvek, ajánlások jellemzően nagyobb szakmai szervezetek által kerülnek összeállításra, így az endoszkópok újrafeldolgozására vonatkozó ajánlások keresése elsősorban célzottan, egészségügygel, fertőzések megelőzésével, közegészségügygel foglalkozó hazai és nemzetközi szervezetek, egyesületek – úgy mint a WHO, a CDC, a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, az OEK – honlapjainak áttekintésével történt. A nevezettek közül külön kiemelendő, hogy az OEK Epinfo 4. különszáma [7] az egyedüli önálló, magyar szakmaspecifikus módszertani útmutató, mely a „Tájékoztató a fertőtlenítésről” [10], és a „Tájékoztató a sterilizálásról” [11] című OEK-kiadványok endoszkópokkal kapcsolatos fejezeteinek alapját képezte.

A nemzetközi gasztroenterológiai szakmai társaságok közül a World Gastroenterology Organisation (WGO), a World Endoscopy Organization (WEO), a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), a European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA), továbbá a hazai szervezetek közül a Magyar Gasztroenterológiai Társaság, valamint annak két szekciója: az Endoszkópos Szekció, valamint az Endoszkópos Asszisztensi Szekció honlapján fellelhető publikációk kerültek áttekintésre. A hazai gasztroenterológiai szervezetek nem adtak ki önálló szakmai iránymutatást, így e témakörben az OEK Epinfo 4. különszámát [7] és az ESGE és ESGENA közös szakmai irányelvét [6] ajánlják.

A témakörben kiválasztott szakirodalmak [7,12-20] az

ESGE és az ESGENA közös irányelveire támaszkodnak, így az ellenőrzőlista nemzetközi szakmai alapját a nevezett két szervezet jelenleg aktuális, 2018-as irányelve [6] képezte. Ehhez vettük figyelembe a hazai szakmai előírásokat tartalmazó OEK Epinfo 4. számát [7], továbbá az IPAC Canada irányelvét [20], mely főleg az ellenőrzőlista szerkezeti struktúrája tekintetében jelentett kiindulópontot.

Az ellenőrzőlista kidolgozásában és értékelésében gyakorló szakemberekből álló munkacsoport vett részt: higiénikus főorvos, gasztroenterológus szakorvosok, valamint vezető endoszkópos szakasszisztens, népegészségügyi ellenőr. A fő szerkezet kialakítását követően a kiválasztott irányelvek alapján, témakörönként meghatározásra kerültek az egyes értékelési elemek. Az ellenőrzőlista szerkesztése során a legfőbb szempont az volt, hogy a vizsgálni kívánt járóbeteg gasztroenterológiai endoszkópos egységek hazai jogi és szakmai környezetére adaptáljuk azt, azaz olyan kritériumokat soroljunk fel, melyek a Magyarországon működő egészségügyi szolgáltatókra vonatkozó kötelező előírásokat is tükrözik, ugyanakkor megfelelnek a nemzetközi szakmai irányelvek elvárásainak is.

Az ellenőrzőlista egyértelmű, pontos kitöltése és a hatékony klinikai audit lefolytatása érdekében egy rövid útmutató készítése is folyamatban van. Az útmutató célja az lesz, hogy a különösebb szakmai tapasztalat nélkül rendelkezők is képesek legyenek az ellenőrzőlista alkalmazására.

EREDMÉNYEK

Az IPAC Canada irányelve [20] mentén az ellenőrzőlistát 6 szakaszra, és a 4. szakaszt 10 fő kérdéscsoportra osztottuk, melyek az endoszkópos egységek különböző infekciókontroll-tevékenységeit fedik le. Ezek az alábbiak: 1. irányelvek és eljárások, 2. oktatás és képzés, 3. fizikai környezet, 4. tisztítási eljárások, 5. magas szintű fertőtlenítés, 6. sterilizátorok és automata endoszkóp-újrafeldolgozó berendezések, 7. endoszkópok tárolása, 8. endoszkópszállítás, 9. nyilvántartás, 10. munkahelyi egészségvédelem és biztonság. Ezt követően a kérdéscsoportokon belül a kiválasztott irányelvek [6,7,20] mentén haladva kerültek meghatározásra a konkrét kérdések. A 10 fő kérdéscsoport összesen 158 kritériumot foglal magába. Az ellenőrzőlista szakaszait az 1. táblázat foglalja össze.

A negyedik szakasz 10 fő kérdéscsoportból áll, melyek az endoszkópos egységek infekciókontroll-tevékenységét foglalják össze.

Az 1. számú „irányelvek és eljárások” kérdéscsoport összesen 11 szempontot határoz meg az egészségügyi szolgáltató írásos szabályozottságára vonatkozóan. A szempontok kitérnek a szolgáltató endoszkópos tevékenységével összefüggő írásbeli szabályzatok, eljárásrendek és utasítások meglétére és elérhetőségére, időszakos felülvizsgálata, ezen belül az infekciókontroll-tevékenységre, az egyszer használatos orvosi berendezések/eszközök használatára és a berendezéseket, az eszközöket használó személyzetre, az egyes endoszkópok és tartozékok kezelésére, a

Szakasz sorszáma és neve	Tartalmi elemi	Kritériumok / kérdések
1. Általános adatok	Az auditált intézménnyel kapcsolatos általános adatokat foglalja magába, úgymint az auditált egészségügyi szolgáltató neve, szolgáltató egyedi azonosítója, az ellenőrzött szervezeti egység 9-jegyű azonosító kódja.	7 kérdés, szabad szöveges kérdések
2. Módszerek	Az alkalmazott tisztítási, fertőtlenítési és sterilizálási módszereket foglalja össze. Meg kell adni továbbá az endoszkópok újrafeldolgoása során használt berendezések nevét, típusát, gyári számát vagy szériaszámát.	szabad szöveges kérdések
3. Személyzet	Az endoszkópok újrafeldolgozásában részt vevő személyek adatait kell rögzíteni, úgymint név, működési nyilvántartási szám és az adott személy által ellátott feladatok felsorolása. Minden személyt rögzíteni szükséges, akkor is, ha az adott személy csak egy részfeladatot lát el.	3 kérdés/fő, szabad szöveges kérdések
4. Szempontrendszer	Az irányelveknek, jogszabályoknak és egyéb szabályozóknak meghatározott előírásoknak való megfelelési szempontrendszer, mely 10 fő kérdéscsoportból áll az endoszkópos egységek infektókontroll-tevékenységének összefoglalása érdekében.	

1. táblázat

Az ellenőrzőlista szakaszainak összefoglalása (saját szerkesztés)

rutinygyakorlatokra, a kiegészítő és óvintézkedésekre, a helytelenül újrafeldolgozott endoszkópok visszahívására, karbantartására.

A 2. számú „oktatás és képzés” kérdéscsoport 13, az egészségügyi személyzet oktatására, képzésére, és mindezek dokumentáltságára vonatkozó szempontot foglal magába. Kiemelt hangsúlyt kap az infektókontroll-szabályzat megléte, annak részletes tartalmi elemei, továbbá a dolgozók erre vonatkozó ismereteinek felmérése, mindemellett a szakmaspecifikus kötelező és szabadon választható továbbképzések, valamint az orvosi eszközök, berendezések használata előtti képzések megtörténte.

A 3. számú „fizikai környezet” kategória 14 szempontot határoz meg, kizárólag az infektókontroll-tevékenységgel szorosan összefüggő helyiségekre és terekre vonatkozóan, azaz nem terjed ki a teljes egészségügyi szolgáltatói működésre megállapított valamennyi helyiségre. A kérdéscsoport az endoszkópos vizsgálóhelyiség(ek) felületeinek, berendezési és felszerelési tárgyainak, továbbá a munkafelületek jellegére, a higiénés kézfertőtlenítés feltételeire, a vizsgálógyak számára, a szennyezettől a tiszta felé haladó egyirányú munkafolyamat meglétére, a tiszta és szennyezett eszközök, anyagok tárolási körülményeire, a műszerek tisztítására és fertőtlenítésére rendelkezésre álló helyiségek kialakítására és felszereltségére, valamint a helyiségek jó levegőminőségének kritériumára terjed ki.

A 4. számú „tisztítási eljárások” kérdéscsoport a legtöbb részletre kiterjedő, összesen 33 szempontot magába foglaló szakasz. Az itt megadott kritériumok az endoszkópos vizsgáló

lőhelyiség fertőtlenítő takarítását, a két beteg közötti tisztítást, fertőtlenítést, az egyszer használatos eszközök hulladékként történő kezelését, a tisztító- és fertőtlenítőszer dokumentációs kötelezettségeit, az endoszkópok és tartozékaik vizsgálatot követő előtisztítását, a tömítettségi vizsgálatot, a kézi tisztítást, a köztés öblítés szakszerű, meghatározott sorrendben történő lépéseit vizsgálja.

Az 5. számú kérdéscsoport a „magas szintű fertőtlenítés (high-level disinfection, HLD)” 15 szempontot tartalmaz, a fertőtlenítőszer hatásspektrumának követelményeit, a fertőtlenítési eljárást, majd az azt követő utóöblítés meghatározott sorrendben történő részletes lépéseit, az öblítéshez használandó víz minőségi követelményeit deklarálja.

Ezt követi a 17 szempontból álló, 6. számú „sterilizátorok és automata endoszkóp-újrafeldolgozó berendezések (automated endoscope reprocessor, AER)” kategória. Ebben a fejezetben az endoszkópok újrafeldolgozásához használt orvosi berendezések CE jelölése, gyári száma, az alkalmazott endoszkópokkal való kompatibilitása, a készülékek gyártói utasításai, tanúsítványai és megfelelési nyilatkozatai, továbbá a készülékek megfelelő működését igazoló egyéb dokumentumok, valamint a sterilizálás lépései és a készülék optimális működését tanúsító dokumentumok megléte kerül górcső alá.

A 7. számú „endoszkópok tárolása” kérdéscsoport 12 szempontból vizsgálja az endoszkópok tárolási körülményeit, beleértve a hőmérsékletet, nedvességet, az endoszkópok tárolási helyzetét/irányát, a steril eszközök, tartozékok tárolási feltételeit, valamint a tárolószekrények elvárt követelményeit.

A következő, 8. számú „endoszkópszállítás” kategóriában 4 kritérium került meghatározásra, a szállításra használt táska, edény vagy tartály jellegének függvényében.

A 9. számú „nyilvántartás” fejezet összesen 20 követelményt rögzít az endoszkópos egység dokumentációs kötelezettsége tekintetében. Ennek keretében a beavatkozással kapcsolatos azonosító adatokkal (betegazonosító adatok, az eljárást végző személy adatai, a tisztításhoz, fertőtlenítéshez használt AER-berendezések adatai), az önellenőrző kémiai, mikrobiológiai indikátorokkal végzett vizsgálatokkal, az AER-berendezések javítási, karbantartási dokumentációjával, valamint az endoszkópos beavatkozást követő fertőzőesetekkel kapcsolatos nyilvántartások vizsgálatára kerül sor.

A 10. számú „munkahelyi egészségvédelem és biztonság” fejezetben megadott 19 szempont az egészségügyi személyzet oltottsági állapotára, a vérrel és váladékokkal terjedő fertőzések megelőzésére, a munkahelyi kockázatokkal kapcsolatos oktatásokra, a megfelelő számú és állapotú, különböző típusú egyéni védőeszközök meglétére, továbbá a biztonságos hulladékkezelésre fókuszál.

A szakirodalomban fellelhető audit ellenőrzőlisták szerkezetét adaptáltuk [13,17,19-20], azaz a meghatározott kritérium esetében feleletválasztós kérdéseket (igen/nem/nincs információ) alkalmaztunk, melyet minden esetben szabad szöveges válaszadási lehetőséggel (megjegyzés) egészítettünk ki. Ez a szerkezeti struktúra lehetővé teszi az audit gyorsabb, hatékonyabb lefolytatása mellett az auditban kevesebb tapasztalattal rendelkezők bevonását is.

A szennyezett eszközök újrafeldolgozási ciklusát az 1. ábra foglalja össze.

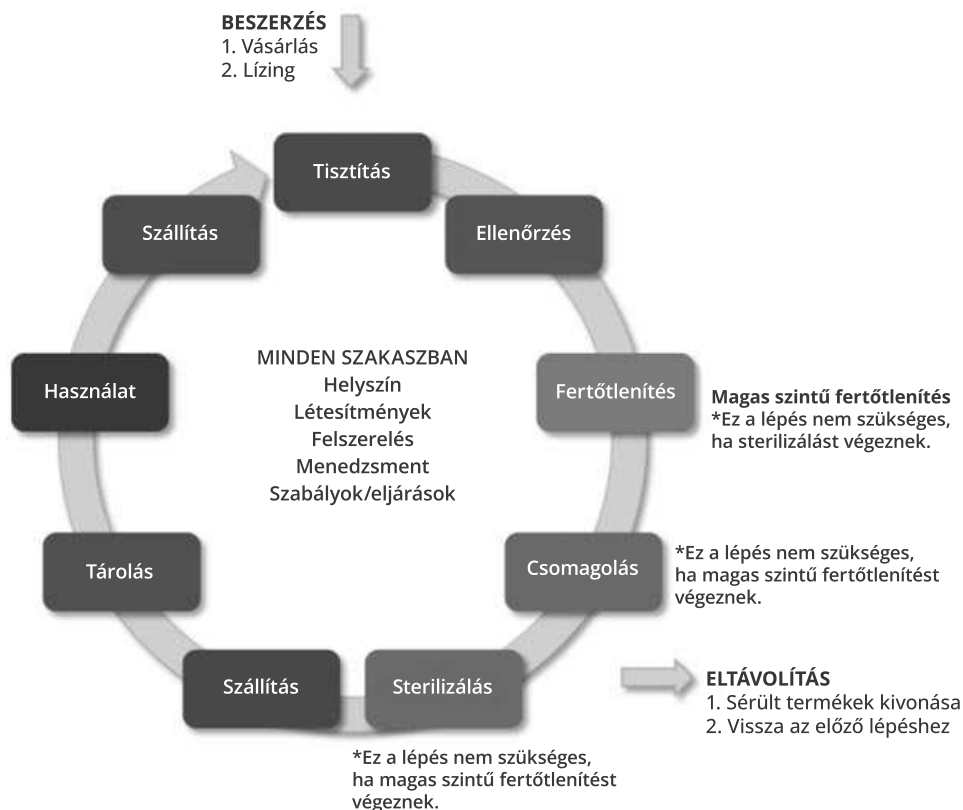
Az ellenőrzőlista részletes tartalmi elemeit az 1. sz. melléklet mutatja be.

1. számú melléklet: Infekciókontroll audit járóbeteg gasztroenterológiai endoszkópos egységben – ellenőrzőlista (forrás: saját szerkesztés, a melléklet terjedelmi korlátok miatt csak online verzióban elérhető)

Az ellenőrzőlista kitöltését segítő útmutató tesztelésére nem került sor. Az útmutató tartalmát tekintve általános fogalom meghatározásokat, összefoglaló ábrákat, valamint javasolt ellenőrzési technikákat tartalmaz. Javasolt ellenőrzési technikaként a helyszíni ellenőrzés, a megfigyelés, továbbá a dokumentációmegtekintés került meghatározásra. A tevékenységgel összefüggő folyamatok és eszközök könnyebb áttekintését ábrák szemléltetik.

MEGBESZÉLÉS

Az endoszkópos munkahelyek infektókontroll-tevékenységének jelentőségét és aktualitását hazánkban a népegészségügyi célú célzott, szervezett vastagbélvizsgálat országos bevezetése [9], az endoszkópos ellátás iránt egyre növekvő igénybevitel – az állami és a magánsektorban egyaránt – is előtérbe helyezi. A kiválasztott szakirodalmak [6-7,12-20] összevetése során megállapítható, hogy a különböző szervezetek jellemzően ugyanazon szakmai szabályokat hatá-



1. ábra
A szennyezett eszközök újrafeldolgozási ciklusa (forrás: [21] alapján saját szerkesztés)

rozták meg, eltérő részletességgel. Kiemelendő, hogy e témakörben hazánkban az OEK Epinfo 4. 2004-ben megjelent különszáma [7] az egyetlen, az endoszkópos munkahelyek higiénés követelményeit meghatározó szakmai anyag, melynek aktualizálására nem került sor.

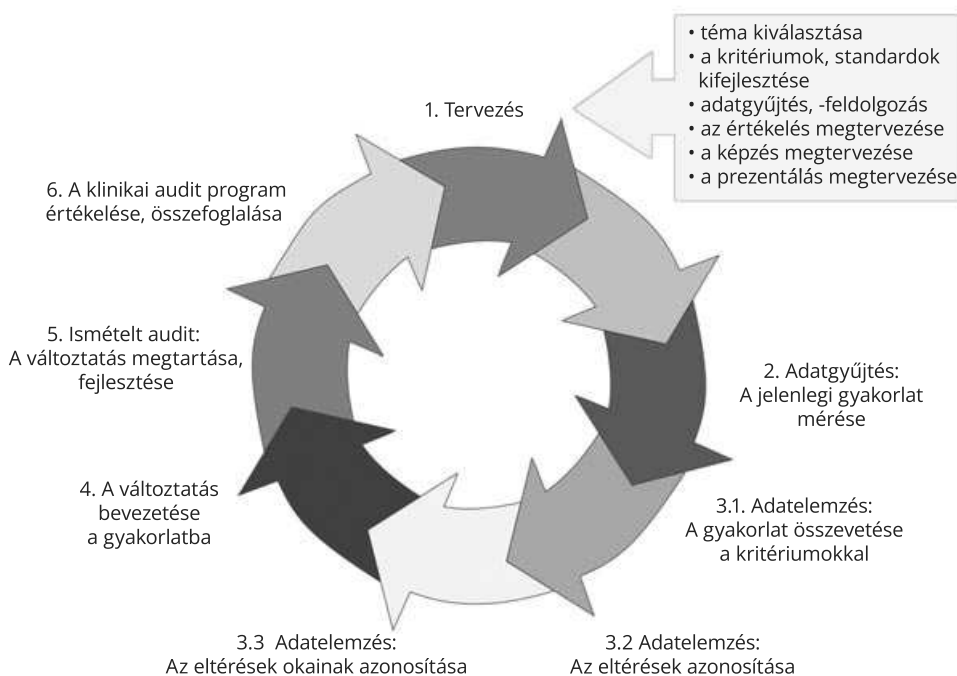
A nemzetközi és hazai szakirodalom összegyűjtését és összevetését követően a szakmai csoport egy hazai, részletes, az endoszkópos munkahelyek infékciónkontroll-tevékenységének valamennyi releváns területét lefedő ellenőrzőlistát hozott létre, melyben a nemzetközi elvárások érvényesülése mellett a hazai szabályozási környezethez is igazodik. A nemzetközi szakmai ajánlásokban jellemzően 1-2 oldalas ellenőrzőlistákat találunk, melyek az endoszkópos tevékenységhez kapcsolódó infékciónkontroll-szabályok fő pontjait vizsgálják [13, 17, 19]. Ezek gyors, rövid ellenőrzéseket tesznek lehetővé, átfogó felülvizsgálatra nem alkalmasak. Ugyanakkor a rövid ellenőrzőlisták alkalmazása például műszakok kezdetén vagy végén kifejezetten hasznos lehet. A munkacsoport által létrehozott ellenőrzőlista részletes, teljes körű ellenőrzési módot tesz lehetővé, melynek révén az infékciónkontroll-szabályok tételes vizsgálata valósítható meg [20].

Az ellenőrzőlista összeállítása során nehézséget okozott, hogy mekkora terjedelmű legyen, mi az a határ, ami után nem határozunk meg további kritériumokat, és melyek azok a szempontok, melyeknek mindenképpen szerepelniük kell az ellenőrzőlistában. A nemzetközi szakirodalomban a tisztítás-hoz, fertőtlenítéshez használt vegyi anyagok, egyes hatóanyagok fajtái esetében számos ajánlást határoznak meg, míg az általunk készített ellenőrzőlistában kizárólag a hatásspektrum tekintetében kerültek megfogalmazásra kritériumok. Ugyanakkor a munkahelyi biztonság és a dolgozók egész-

ségvédelmének tekintetében a nemzetközi szakirodalommal összehasonlítva több kritériumot határoztunk meg. A munkacsoport visszajelzése alapján a gasztroenterológiára jellemzően 60 percet szánunk egy klinikai audit során, melyből mindössze 15 perc jut az endoszkópiára. Ezzel szemben a munkacsoport által létrehozott ellenőrzőlistában foglaltak helyszíni vizsgálatára feltehetőleg legalább 1,5-2 órát rá kell fordítani. Ezek alapján elmondható, hogy az ellenőrzőlista részletessége az előnye és a hátránya is egyben, hiszen időt és alapot igényel az auditot végző személytől és az auditált szolgáltatótól egyaránt. Az ellenőrzőlista alapján végzett klinikai audit az endoszkópiára specializált felülvizsgálatok alapja lehet.

A bizonyítékon alapuló kritériumok gyakorlati alkalmazását klinikai auditral lehet rendszeresen ellenőrizni. A klinikai audit több mint egyszerű felmérés vagy figyelemmel kísérés, ugyanis nemcsak az eredményekre keresi a választ, hanem az okokra is. Kizárólag mindezek ismeretében lehet a szakmai hiányosságokat kimutatni, a betegellátás fejlesztésének irányát meghatározni [22-23]. A klinikai audit lépéseit a 2. számú ábra foglalja össze.

A klinikai audit első fő lépése a tervezés, melynek keretében kerül sor többek között a kritériumok, indikátorok kifejlesztésére, adatgyűjtésre, -feldolgozásra, adatgyűjtési mód meghatározására, valamint az értékelés megtervezésére. A kritérium alapú audit során az adatgyűjtés célja az esetek azon arányainak meghatározása, melyek az előre meghatározott kritériumot teljesítik. Az előre meghatározott kritériumok megvalósulása standard adatrögzítő lapok (ellenőrzőlisták) alkalmazásával vizsgálható. A munkacsoport által létrehozott ellenőrzőlista és a felhasználói útmutató a 2. ábra



2. ábra
A klinikai audit fő lépései (forrás: [22], reprodukált változat)

szerinti 1.-3.1. lépésekhez nyújt jelentős segítséget, azaz a szolgáltatóknak e lépésekkel már nincs teendőjük.

Az ellenőrzőlista szerinti klinikai audit lefolytatását évente egy alkalommal javasoljuk. Az eredményeket első közelítésben a jelenlegi helyzetkép felmérése tekintetében érdemes értékelni. A rendszeres ellenőrzések tapasztalatai, és szükség esetén az azokat követő változtatások alkalmazása lehetővé teszik a folyamatos fejlődést a lehető legjobb minőségű és legbiztonságosabb szolgáltatás elérése érdekében. Az ellenőrzőlista mind belső, mind külső minőségellenőrzésre alkalmas.

Annak érdekében, hogy az ellenőrzőlista a kívánt eredményt hozza meg, egy felhasználói útmutató készítése is folyamatban van. A tesztelés után kialakítandó végleges útmutató célja az lesz, hogy annak segítségével bármely egészségügyi végzettséggel rendelkező személy is képes legyen az audit lebonyolítására. A klinikai audit lefolytatását elsősorban endoszkópos szakasszisztensek és higiénikusok számára javasoljuk.

Az ellenőrzőlista és az útmutató tesztelésére egy következő fázisban kerül sor, először a kialakításban részt vevő, majd teljesen független, eltérő betegforgalmú egészségügyi szolgáltatóknál – lehetőség szerint – állami és magánszektorban egyaránt. A tapasztalatok alapján értékelőrendszer kialakítását tervezzük.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az endoszkópos beavatkozások során különböző útvo-
nalakon keresztül lehetséges a fertőzés átvitele. Az érvényben lévő eszköztisztítási és -fertőtlenítési folyamatok betartásával, egyszer használatos tartozékok használatával, a vizsgálóhelyiségek dezinficiálásával és a megfelelő szintű egyéni védőeszközök használatával a fertőzés veszélye minimálisra csökkenthető.

Az endoszkópos tevékenységek minőségének ellenőrzésében és javításában a meghatározott nemzetközi és hazai szakmai ajánlások folyamatos követése és betartása fontos feladat, melyek révén biztosítható a betegek számára a legmagasabb szintű ellátás. Az ellenőrzőlista lehetőséget ad arra, hogy az adott egészségügyi szolgáltató vonatkozásában felmérjük, hogy mely területen vagy területeken vannak hiányosságok, gyengeségek. Fontos kiemelni, hogy alapvetően jelenleg nem célunk az egyes egészségügyi szolgáltatók összehasonlítása, de a jövőben ennek lehetőségét is meg kívánjuk teremteni. Ugyanakkor a közel azonos struktúrájú, beteglétszámú, illetve profilú egységek esetében hasonló hibák fordulhatnak elő, melyekre a megoldások

közös kidolgozása, valamint a már bevezetett jógyakorlatok szolgáltatók közötti megosztása vezethet eredményre.

A biztonságos betegellátás és a dolgozók egészségének védelme érdekében javasolt évente legalább egyszer egy átfogó, teljes körű audit végrehajtása. Ezen kívül szükség szerint, amennyiben az egészségügyi tevékenységet jelentősen befolyásoló tényező lép fel (pl.: jelentős humánerőforrás változás, a korábbiaktól eltérő működésű eszközök, be-
rendezések beszerzése, a folyamatok átszervezése/megváltoztatása, a fizikai környezet megváltozása (új helyiség(ek) kialakítása), vizsgálatok/beavatkozások számának változása (növekedés, csökkenés), nemkívánatos esemény előfordulása, jogszabályi környezet változása stb.).

A kapott adatok elemzésébe, értékelésébe be kell vonni az ellátás valamennyi résztvevőjét. Az audit eredményét követően az adott egészségügyi szolgáltató vonatkozásában oki kutatással, gyökérok-elemzéssel, a folyamatok áttekintésével van lehetőség az egyes hibák okainak feltárására, megoldási javaslatok kidolgozására, változtatások bevezetésére. Fontos, hogy külső audit esetén az auditot követően felhívjuk a szolgáltatók figyelmét arra, hogy tárják fel a hibák okait és dolgozzanak ki megoldási javaslatokat, majd azokat hajtsák végre, ellenkező esetben az audit lefolytatása önmagában nem lesz elegendő a minőségbiztosítási- és fejlesztési tevékenységhez.

Az ellenőrzőlista nem került tesztelésre. A tesztelést követően a szerzett tapasztalatok alapján az ellenőrzőlista módosítása, továbbfejlesztése indokolt lehet, továbbá egy, a kitöltést segítő végleges felhasználói útmutató elkészítése várható, melyben további hasznos tanácsok, javaslatok megfogalmazására kerül sor a helyes alkalmazás elérése érdekében.

A klinikai audit az infékciónkontroll-rendszabályok vizsgálatának hatékony eszköze. Ösztönözni kell a hazai egészségügyi szolgáltatókat a minőségügyi rendszerek kidolgozására és bevezetésére, valamint hogy a klinikai auditok a minőségfejlesztési tevékenységük szerves részét képezzék.

Anyagi támogatás

A publikáció elkészítése anyagi támogatás nélkül történt.

Érdekeltségek

A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton mondanak köszönetet a cikk alapjául szolgáló szakdolgozatban való közreműködésért a következőknek: Dr. Katona Márta PhD, Sovány Ildikó, Dr. Badacsonyi Szabolcs, Dr. Szász Norbert.

IRODALOMJEGYZÉK

[1] National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases: The Burden of Digestive Diseases in the United States, Indications & Outcomes of Gastrointestinal Endoscopy. <https://www.niddk.nih.gov/about->

niddk/strategic-plans-reports/burden-of-digestive-diseases-in-united-states/indications-outcomes-gastrointestinal-endoscopy (2008). Letöltés dátuma: 2024. június 29.

- [2] Sidhu R, Turnbull D, Haboubi H et al.: British Society of Gastroenterology guidelines on sedation in gastrointestinal endoscopy. *Gut*. 2024; 73(2), 219-245. doi: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2023-330396>
- [3] Rutter M D, Senore C, Bisschops R et al.: The European Society of Gastrointestinal Endoscopy Quality Improvement Initiative: developing performance measures. *United European Gastroenterology Journal*. 2016; 4(1), 30-41. doi: <https://doi.org/10.1177/2050640615624631>
- [4] Ministry of Human Resources Ministry, College of Health Professionals: Health professional guideline on endoscopic polypectomy, mucosectomy, endoscopic submucosal dissection, endoscopic full-thickness resection. [Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv – Az endoszkópos polipektómia, mukozektómia, endoszkópos szubmukóza disszekció, endoszkópos teljes rétegvastagságú reszekcióról.] *Egészségügyi Közlöny*, 2021; 71(18), 1827-1868. [Hungarian]
- [5] Európai Unió, Európai Bizottság: Public Health. Letöltés dátuma: 2024. július 26., forrás: https://health.ec.europa.eu/medical-devices-topics-interest/reprocessing-medical-devices_hu
- [6] Beilenhoff U, Biering H, Blum R et al.: Reprocessing of flexible endoscopes and endoscopic accessories used in gastrointestinal endoscopy: Position Statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Gastroenterology Nurses and Associates (ESGENA). *Endoscopy*, 2018; 50(12), 1205-1234. doi: <https://doi.org/10.1055/a-0759-1629>
- [7] National Centre for Epidemiology: Information on the prevention and control of infections associated with procedures using flexible endoscopes. [Országos Epidemiológiai Központ. Tájékoztató a flexibilis endoszkópokkal történő beavatkozásokkal kapcsolatos fertőzések megelőzéséről és kontrolljáról.] *Epinfo*: 4. különszám. 2004. [Hungarian]
- [8] National Centre for Epidemiology: Hygienic conditions for the use of flexible endoscopes in inpatient care facilities. [Országos Epidemiológiai Központ. A flexibilis endoszkópok alkalmazásának higiénés körülményei a fekvőbeteg-ellátó intézményekben.] 2007. http://www.oek.hu/docs/korhazi_jarvany/Flexi_2007_02.pdf Letöltés dátuma: 2024. június 29. [Hungarian]
- [9] 1121/2024. (V. 7.) Korm. határozat a népegészségügyi célú célzott, szervezett vastagbéliszűrés országos bevezetéséről. Letöltés dátuma: 2024. július 26., forrás: <https://njt.hu/jogszabaly/2024-1121-30-22>
- [10] Pechó Z, Milassin M: Information on disinfection. Manual of disinfection procedures for use in epidemiological practice and health care (Fifth revised edition). National Centre for Epidemiology [Pechó Z, Milassin M. Tájékoztató a fertőtlenítésről. A járványügyi gyakorlatban és az egészségügyi szolgáltatásban alkalmazható fertőtlenítő eljárások kézikönyve (Ötödik, átdolgozott kiad.). Országos Epidemiológiai Központ Dezinfekciós Osztálya], Budapest. 2012. [Hungarian]
- [11] Pechó Z, Milassin M: Information on sterilization. Methodological manual of sterilization procedures in healthcare (Sixth revised edition). National Centre for Epidemiology. [Pechó Z, Milassin M. Tájékoztató a sterilizálásról. Az egészségügyi ellátásban alkalmazható sterilizáló eljárások módszertani kézikönyve (Hatodik, átdolgozott kiad.). Országos Epidemiológiai Központ Dezinfekciós Osztálya], Budapest. 2010. [Hungarian]
- [12] Petersen BT, Cohen J, Hambrick RD et al.: Multisociety guideline on reprocessing flexible GI endoscopes: 2016 update. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2017; 85(2), 282-294. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2016.10.002>
- [13] World Health Organization: Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. 2016. Letöltés dátuma: 2024. július 27., forrás: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf?sequence=1>
- [14] World Gastroenterology Organisation: Endoscope disinfection update: a guide to resource-sensitive reprocessing. 2019. Letöltés dátuma: 2024. július 27., forrás: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/endoscope-disinfection-english-2019.pdf>
- [15] World Gastroenterology Organisation, World Endoscopy Organization. Endoscope disinfection – a resource-sensitive approach. 2011. Letöltés dátuma: 2024. április 06., forrás: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/endoscope-disinfection-english-2011.pdf>
- [16] Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee: Essential Elements of a Reprocessing Program for Flexible Endoscopes – The Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). 2016. forrás: <https://www.cdc.gov/hicpac/media/pdfs/essential-elements-508.pdf> Letöltés dátuma: 2024. július 27.
- [17] Hospital Corporation of America: Endoscopy Safety Rounds Audit Tool. 2010. forrás: https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/ASCACONNECT/1b34f1a1-0180-4005-9507-902fd8f242e/UploadedImages/ASC_Quality_Collaboration/Documents/HCA_Endo_Safety_Rounds_Audit_Tool.pdf Letöltés dátuma: 2024. július 27.
- [18] Centers for Disease Control and Prevention: Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities (2008). forrás: https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/guideline-disinfection-h.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines-H.pdf Letöltés dátuma: 2024. június 29.
- [19] ASC Quality Collaboration: Endoscope Reprocessing Toolkit. forrás: <https://www.ascquality.org/ascqualitycollaboration/advancingascquality/endoscopereprocessing-toolkit> Letöltés dátuma: 2024. július 27.
- [20] Infection Prevention and Control Canada: Infection Prevention and Control Audit for Endoscopy. 2009. for-

rás: https://ipac-canada.org/photos/custom/OldSite/AuditToolkit/Tools/tools_Endoscopy.pdf Letöltés dátuma: 2024. június 29.

[21] World Health Organization: Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. 2022. forrás: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364587/WHO-UHL-IHS-IPC-2022.4-eng.pdf?sequence=1> Letöltés dátuma: 2024. július 29.

[22] Improving clinical efficiency in healthcare: [A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben]. Gódné S. (ed.), Pro Die Kiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]

[23] Belicza É: Quality assessment. in: Patient safety in practice [Minőségértékelés. in: Betegbiztonság a gyakorlatban] (szerk: Belicza É., Lám J.), Semmelweis Egyetem, Budapest, 2021. <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/06/Betegbiztonsag-jegyzet.pdf> (megtekintve: 2024. július 30.) [Hungarian]

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Varga Beatrix 2015-ben végzett a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán népegészségügyi ellenőrként, azóta a Budapest Főváros Kormányhivatala (BFKH) II. Kerületi Hivatala Népegészségügyi Osztályán dolgozik közegészségügyi-járványügyi fel-

ügyelőként egészségügyi-igazgatás szakterületen. Feladata elsősorban az egészségügyi szolgáltatók hatósági és szakmai felügyelete az alapellátástól a járóbeteg-szakellátásig állami és magánszektorban egyaránt, mindezekon túl a népegészségügy valamennyi ágazatában aktívan részt vesz. 2024-ben szerzett egészségügyi-minőségügyi és betegbiztonság menedzser mesterdiplomát.



Kovács Aranka Katalin a SOTE-n szerzett általános orvosi diplomát. 13 éven keresztül aneszteziológusként dolgozott a Péterfy Kórházban. 2000-2012 között kerületi tisztifőorvos volt. 2009 óta tanít a SE ETK Népegészségügyi Karán járványtant, majd népegészség-

tant. 2012 óta a Ferencvárosi Egészségügyi Szolgáltató Közhasznú Nonprofit Kft. egynapos sebészetének részleg-vezetője. Képesítései: Anaeszteziológia Intenzív, Belgyógyászat, Megelőző Orvostan és Népegészségtan, Egészségügyi Biztosítás szakvizsgák. Jogi szakokleveles orvos (ELTE). Szakmai érdeklődése: népegészségügy, közegészségügy, egészségügyi igazgatás.

Safadi Heléna szerzői bemutatása lapunk 37. oldalán található.

A mentalizációfókuszú esetmegbeszélő módszer szerepe a segítő hivatású szakemberek lelki ellenállóképességének erősítésében

The role of mentalisation-focused case discussion in strengthen the psychological resilience of helping professionals

Kalla Éva¹ ✉, Pilinszki Attila²

¹Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat, Budapest

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzszolgálati Kar Mentálhigiéné Intézet, Budapest

✉ eross.gyulane@phd.semmelweis.hu

A lelki egészség és ennek fejlesztési lehetőségei egyre hangsúlyosabb szerepet kapnak mind a gyógyítás, mind a megelőzés területén. A nemzetközi szakirodalom alapján a mentalizációs készség szerepe kiemelt a segítő hivatásban dolgozók mentális egészségében és a klienseikkel való kapcsolat minőségének alakulásában is. Ezek a szakemberek felelősségteljes munkájuk során nap mint nap találkoznak mentálisan sérült, beteg emberekkel, akikkel a kapcsolat alakítása állapotuk miatt fokozottan nehéz. Sokszor hihetetlenül megterhelő, fájdalmas és gyakran veszélyes élethelyzeteket tapasztalhatnak meg, amelyek feldolgozása fejlett reflektív működést és érzelemszabályozási képességet igényel, ennek elmaradása rendkívüli pszichés megterhelést jelent a számukra. A nemzetközi tapasztalatokat figyelembe véve hazánkban is fontos lenne a segítő hivatású szakemberek mentalizációs és érzelemszabályozási képességének fejlesztése, mely hozzájárulhat a kapcsolati készségek fejlődése mellett a reziliencia és lelki egészség erősödéséhez, így jelentős szerepe lehet a kiégés megelőzésében is. Tanulmányunkban a segítő szakemberek lelki egészségét és munkájának eredményességét is támogató, feldolgozó csoportmódszerbe, az esetmegbeszélésekbe illesztett lehetőséget mutatjuk be.

Kulcsszavak: segítő hivatás, mentalizáció, érzelemszabályozás, lelki egészség

Mental health and its potential for development are increasingly important in both treatment and prevention. The international literature highlights the role of mentalisation skills in the mental health of aid workers and in the quality of relationships with clients. In the course of their responsible work, these professionals encounter mentally and psychologically impaired and ill people on a daily basis, with whom it is particularly difficult to develop relationships because of their condition. They may often face with incredibly difficult, painful and often dangerous situations, which require advanced reflective functioning and emotion regulation, the absence of which places and extreme psychological strain on them. Taking into account international experience, it would be important to develop the mentalisation and emotion

regulation skills of helping professionals, which, in addition to developing relational skills, contribute to enhancing resilience and mental health, and thus can also play a significant role in preventing burnout. In our paper, we present the potential of a processing group method, case discussion, to support the mental health and the effectiveness of the work of the helping professionals.

Keywords: helping profession, mentalisation, emotion regulation, mental health

A MENTALIZÁCIÓ SZEREPE A SEGÍTŐ HIVATÁSÚ SZAKEMBEREK LELKI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSÉBEN

Az életminőséget, benne a munkaképességet és a hatékonyságot is alapvetően meghatározza a testi-lelki és a társas egészség [1]. A lelki egészség megőrzése kiemelten fontos a segítő hivatású szakemberek körében. A testi-lelki gyógyítás, tanítás és támogatás közben a fokozott munkaterhelés és az időnyomás önmagában is stresszt eredményezhet, amihez még hozzáadódik a segített ember szenvedése, gyakran krízishelyzete mentén megélt érzelmi terhelés, melynek feldolgozására viszonylag kevés idő jut [2]. Hazánkban minden segítő hivatásban (az egészségügyben, de a szociális és oktatási területen is) jellemző a munkaerőhiány miatti túlzott munkaterhelés [3-5]. Az egészségügyi dolgozók és a pedagógusok leterheltségével és ennek lehetséges következményeivel, a kiégéssel sok tanulmány foglalkozik [6]. A szociális szakemberek munkája szintén sok feszültséggel és nagy felelősséggel jár, tulajdonképpen hídszerepet tölt be a többségi társadalom és a hátrányos helyzetű deprivált rétegek között. Azoknak a rászoruló embereknek a segítése is az ő feladatuk, akik önerőből vagy a belátás hiánya miatt egyébként nem jutnának el az egészségügyi ellátásba sem (pl. a pszichiátriai problémákkal élők, a szenvedélybeteg emberek vagy különösen a hajléktalanok). A segítő kapcsolat alakítása velük nehéz és rendkívül időigényes. A halmozottan hátrányos helyzetű embereknek jellemzően összetett, egymást erősítő egészségügyi, mentális, pszichés és egzisztenciális nehézségeik vannak. Így sok esetben a kapcsolat alakításá-

nak nehézségei külön stresszforrások lehetnek, mint például az együttműködés elérése vagy az adódó konfliktusok kezelése. A jelen hazai viszonyok közepette jellemzően küzdenek a segítők a fokozott stresszel, valamint a kapcsolódó nehéz érzelmekkel, mint akár a félelem [7]. A tartós stresszállapot, a feldolgozatlan negatív élmények és érzelmek, valamint a támogatás és az elismerés hiánya a kiégés ismert prediktorai [8]. Mindez többszörösen is indokolja, hogy a különböző segítő hivatású szakemberek munkakörülményeinek javítása, anyagi és szakmai elismerésének növelése mellett lelki egészségük védelmére, pszichés jóllétük erősítésére is fokozott figyelmet kell fordítani. Ennek egyik oldala a társas támogatottságuk erősítése. Fonagy már 2008-ban [9] ajánlotta a mentalizációs készség fejlesztését a különböző intézményeken belüli társas kapcsolatok erősítésére.

CÉLKITŰZÉS

A fentebb ismertetett megfontolásokat figyelembe véve tanulmányunkban egyrészt 1) a reflektív működés alapját képező mentalizáció fogalmát, szerepét és fejlesztési lehetőségét ismertetjük a különböző segítő hivatású szakemberek körében, másrészt 2) bemutatjuk a szerzők által kidolgozott, nemzetközi tapasztalatokra építő, strukturált esetmegbeszélési módszert, amely a mentalizációra fókuszál. Ennek ismertetésére egy jelenleg hazánkban a gyermekvédelmi szakembereknek szóló pilot program szolgál alapul.

MÓDSZER

A hazai segítő hivatásokban előforduló, kiégést erősítő helyzetek feltárásához a MATARKA- és a MOB-adatbázisban végeztünk keresést. Az alkalmazott kulcsszavak az egészségügy, a pedagógusok, a szociális- és gyermekvédelmi szakemberek, a kiégés, munkahelyi körülmények, munkahelyi konfliktus, munkahelyi agresszió és a munkaerőhiány voltak.

A külföldi publikációkat a Web of Science és a PubMed adatbázisokban kerestük, a következő kulcsszavak alapján: mentalizáció (mentalisation), reflektív funkció (reflective function), érzelemszabályozás (emotion regulation), epistemikus bizalom (epistemic trust), érzelmi támogatás (emotional support), reziliencia (resilience), stressz (stress), kiégés (burnout), nővér (nurse), szociális munkás (social worker), tanár (teacher).

EREDMÉNYEK

A mentalizációs készség fogalma, jellemzői és szerepe a lelki egészségben

A mentalizáció önmagunk és mások gondolataira, érzéseire és szándékának megértésére irányuló összetett kognitív és affektív képesség [10], szociális kompetencia, amely érett működésével megalapozza az interperszonális kapcsolatokban megélhető bizalmat [11]. Működése szoros összefüggésben az affektusszabályozással [12], kiemelt az adódó félreértések tisztázásában és a konfliktusok adaptív kezelé-

sében is [13]. Mentalizálás közben saját és mások viselkedését a képzeletben az intencionális mentális állapotokkal összekapcsolva érzékeljük és értelmezzük [10], azaz kíváncsian tekintünk a látható és elsősre intuitívan értelmezett viselkedés mögöttes okaira, szándékaira és szükségleteire. Eredménye, hogy kapcsolati működésünk nyitottabb lesz, a megértésre irányul. Szerepe kiemelten fontos minden helyzetben, amikor a másik fél mentális és/vagy egészségügyi állapota miatt a megszokott normáktól eltérő viselkedésére számíthatunk. Amiatt is fontos, mert a tartós stressz és a nehéz érzelmek hatására gyengül a mentalizációs kapacitásunk, hajlamossá válunk eltávolodni a problémásnak ítélt emberektől. A segítő hivatásokban ebből ellátási hiányosságok és hibák is eredhetnek [14]. A társas kapcsolati életben betöltött szerepe és a saját működés mélyebb és tudatosabb megértése révén a mentalizációs kapacitás magasabb szintje a mentális jólléthez kapcsolódik [15], míg alacsonyabb szintje súlyos pszichés zavarokkal hozható összefüggésbe [16]. 1997-ben Fonagy és mtsai [17] a készség minőségének mérhetősége érdekében a mentalizációs működést reflektív funkcióként operacionalizálták. Az érett mentalizációs képesség négy dimenzióját ismerjük. 1) Az első, hogy automatikus (implicit) és kontrollált (explicit) módon is működik. A felettébb energiaigényes mentalizálás elsősorban akkor válik tudatossá, amikor valamilyen zavart érzékelünk a másokkal való kapcsolatban vagy éppen önmagunkban. 2) A mentalizáció fontos működési dimenziója az én és a másik belső világának a rugalmas reflexiója, ami a két fél közötti kapcsolat megértésének az alapja. 3) A mentalizáció során reflektáljuk a gondolatainkat és a megélt érzelmi állapotunkat is, a készség érett működése ebben a dimenzióban is rugalmas a két terület között. Ez egyszerűsítve azt jelenti, hogy tisztán gondolkodunk és érzünk, anélkül, hogy túlságosan elárasztanának minket az érzéseink, vagy elfojtanánk őket. 4) A negyedik dimenzióban a mentális állapotra vonatkozó következtetés zajlik egyfelől a külső jelekből, mint például a testtartás és az arckifejezés, valamint a belső tapasztalatokból, vagyis amit tudunk a másik emberről. A kontrollált mentalizáló működés csak közepes érzelmi arousal (ún. aktivációs) szinten működhet, sem erős érzelmi feszültségben (magas arousal szinten), sem az érzelmek elfojtása esetén sem lehetséges. A készség fejlődése és működése szoros kapcsolatban áll az érzelemszabályozással [12]. Az érzelmek által közvetített információk mentalizálása a segítő kapcsolat minőségének alakulása és a segítő saját mentálhigiéniájának szempontjából is elengedhetetlen [18]. Az érzelemszabályozás biológiai alapú explicit és implicit folyamatokat jelent, amelyek az érzelmek megfigyelését, értékelését és modulálását is magukba foglalják [19]. Jurist [20] mentalizáltaffektivitás-elmélete a mentalizációs készség és az érzelemszabályozás folyamatának összefüggésén alapul. A mentalizáció adaptív működése elősegíti a kifinomultabb érzelemszabályozást, a kezdeti kusza érzelmi állapotból, az aporetikus érzésekből [20] az érzelmekre való kíváncsiságon keresztül a mentalizált affektivitás megjelenését. Ennek elsődleges célja, hogy pozitív affektusok keletkezzenek, miközben el tudjuk fogadni a negatívokat is, és meg tudunk küzdeni velük.

A mentalizáció szerepe a segítő hivatású szakemberek lelki jólétében

Castellini és mtsai [21] egy reprezentatív vizsgálatban orvostanhallgatók mintáján megállapították, hogy a gyermekkori fejlődésen alapuló alacsonyabb szintű mentalizációs kapacitás a kiégés mértékének magasabb szintjével van kapcsolatban. Egészségügyi ellátásban dolgozó nővérek empátiacsökkenésének elkerülése és kiégésük megelőzése érdekében ajánlják e terület kutatói a mentalizációs készség fejlesztését [22]. Bordoagni és mtsai [23] szignifikáns pozitív korrelációt találtak a nővérek mentalizációs készsége és a betegek adherenciája között. Izraelben Satran és mtsai [24] a nővérek képzésébe illesztett, négy éven át tartó mentalizáció- és érzelmszabályozási képességfejlesztés hatását vizsgálták. A készségfejlesztés program arra irányult, hogy a hallgatók mentalizációs kapacitása érzelmi megterhelés mellett is megfelelő maradjon, megértőbbek lehessenek a betegekkel és önmagukkal szemben is. A képzés végén a hallgatók többsége azt nyilatkozta, hogy sokkal könnyebben tudják felvenni a betegek nézőpontját, fejlődtek a kapcsolati készségeik, megértőbbek lettek, és könnyebben találják meg a megfelelő intervenciót a beteg segítéséhez, ráadásul erősödött a szakmai identitásuk is. A szándék, amit a másik ember viselkedésének tulajdonítunk, erőteljesen meghatározza a hozzá való viszonyulást [25], befolyásolva az empátia mértékét is. Különösen fontos ez, amikor érzelmileg zaklatott, krízisállapotban lévő vagy traumatizált, pszichésen sérült páciensekkel dolgozunk, mert az ő viselkedésük sokszor kifejezetten nehezen értelmezhető, ami a biztonságérzetünk ellen hat, így stresszkeltő. A jobb mentalizáció segít a mélyebb megértésben, továbbá egyes vizsgálati eredmények szerint [26] a mentalizáció mediálja a kötődés interperszonális distresszre gyakorolt hatását is. A kutatók kiemelik, hogy mind a mentalizáció, mind a tüneti distressz kulcsfontosságú összetevője a felnőttkori kötődés és az interperszonális problémák közötti kapcsolatnak. Terapeuták mentális jólétét vizsgálva a kötődés és a reflektív kapacitás összefüggéseinek keretrendszerében, vizsgálatvezetők javasolják a terapeuták mentalizációjának gondozását, mivel a reflektív működés magasabb szintjével volt kapcsolatban [27]. Továbbá a segítő hivatású szakemberek magasabb szintű mentalizációja összefüggést mutatott a páciensek elégedettségével is [28]. A segítő mentalizációs készségének fejlesztése növeli a reflektív kapacitást, segíteni tudja a segített féllel való winnicotti [29] értelemben vett „elég jó” kapcsolat alakítását, mivel a segítő mentalizáló működése a páciensben a rá való nyitottság, megértettség és elfogadottság érzetét biztosítja, a segítő őszintébb, érdeklődőbb és hitelesebb viselkedése révén. Ez a kapcsolati bizalom alapja, amit a mentalizáció fogalomrendszerében episztemikus bizalomnak neveznek az elmélet alkotói [30]. A mentalizáló működés fokozott önreflexiót eredményez, növelve a segítő önismeretét. Mivel a készség szoros összefüggésben működik az érzelmszabályozási rendszerrel [12], fejlődése a kliensek működésének jobb megértése révén csökkenti az érzelmi megterhelést is [10]. Mind-

ezek miatt a reflektív készség fejlesztését a különböző segítő pályákon dolgozóknak kifejezetten ajánlják a téma szakértői [31]. Magyarországon a mentalizáció és a mentalizáltaffektivitás-elmélet által kínálgató érzelmszabályozást fejlesztő lehetőségek a segítő hivatású szakemberek körében még kevésbé ismertek, pedig a nemzetközi tapasztalatok alapján a mentalizáció és az affektusszabályozás fejlesztése a klinikai pszichológiai munkában [10], valamint az egészséges személyek rezilienciájának fejlesztésében [32] is igen eredményes. Farkas és munkatársai [33] a segítő hivatású szakemberek munkájához az esetmegbeszélések ismert magyar fejlesztésű módszerét, a Bálint-csoportot ajánlják, kitűnő lehetőségként a mentalizációval való munkához.

Lehetőség a fejlődésre: mentalizációfókuszú esetmegbeszélés

A segítő hivatásokban az esetmegbeszélés a leggyakrabban alkalmazott módszer a segítő folyamatokban adódó szakmai kérdések, dilemmák és az ezekből eredő elakadások feloldásának a segítésére [34 Szőnyi 2019]. A sokféle feloldozási módszer közül az esetmegbeszélés a szerzők által kialakított formája direkt módon nyújt teret a mentalizációval való munkára, reflektálva ennek minőségére is. Kiemelt és védett keretet biztosít a társas támogatáshoz és az eredményes szakmai munkához, valamint az egymástól való tanuláshoz szükséges kölcsönös episztemikus bizalom megvalósulásához. Mivel az esetmegbeszélés a segítő munkájához tartozó alapvető, a segítőmunkát támogató szakmai eszköz, így a mentalizáció fejlesztésére irányuló munka nem jelent külön időterhelést az amúgy is rendkívül elfoglalt segítőknél. A mentalizációfókuszú esetmegbeszélés elsősorban a páciens, kliens vagy a szakmai kapcsolati helyzet átgondolására irányul. A mentalizációval való munkát a nemzetközi gyakorlat alapján tervezett [10], a készség működésének, sajátosságainak, kiemelten az érzelmszabályozással való összefüggésének megismerésére irányuló edukatív jellegű, négy napos tréning előzi meg. A tréning során a résztvevők megismerkednek a mentalizációs és az érzelmszabályozási készség jellemzőin kívül annak fejlődésmentével, a kapcsolatokban és a lelki egészségben betöltött szerepével. Megtanulják felismerni a mentalizáció elakadásakor megjelenő prementalizációs módokat (pszichés ekvivalencia, tettető és a teleologikus módok). A prementalizációs módokba való visszalépésnek jelentős hatása van a kapcsolatokra. Például a pszichés ekvivalenciára jellemző az általánosítás, ami torzítja az észlelést, ráadásul bántó is lehet, jellemzően védekezést vált ki. A tettető módban a személy nem reflektál a belső világára, ezért a mondandója szegényes lesz, ez a másik félben unalmat és frusztrációt okozhat. A teleologikus módra jellemző, hogy a személy csak a cselekedetben hisz, például, ha feszült, alkoholt kell innia, mert úgy gondolja, csak ez segít. Emiatt fontos, hogy a segítő megismerje a prementalizációs módok oldásának módszereit is. Mivel a mentalizáció és az érzelmszabályozás elválaszthatatlanul összekapcsolódik, így az érzelmszabályozás magasabb szintű működésének segítéséhez bevált módszereket is

Felkészítő tréning	Elmélet	A tudásátadás módszere	Cél
1. nap	A mentalizáció fogalma, szerepe a kapcsolatokban, működésének sajátosságai.	Interaktív előadás, önismeretet fejlesztő csoportos és egyéni feladatok.	A mentalizációra való kíváncsiság felkeltése, az önismereti fejlődés segítése.
2. nap	A prementalizációs módok megismerése, a feloldásukhoz szükséges módszerek megtanulása	Interaktív előadás, önismeretet fejlesztő csoportos és egyéni feladatok.	A mentalizációra irányuló igény felkeltése, az önismereti fejlődés és a hatékonyabb állapotszabályozás segítése.
3. nap	Az állapot-, kiemelten az érzelemszabályozás fogalma és működésének és szerepének a lelki egészségben. A mentalizáció szerepe az állapotszabályozásban. Stressz és megküzdés.	Interaktív előadás, önismeretet fejlesztő csoportos és egyéni feladatok.	A mentalizációra irányuló igény erősítése, az önismereti fejlődés és a hatékonyabb állapotszabályozás segítése, kiemelten az érzelemszabályozás területén.
4. nap	A mentalizációfókuszú esetmegbeszélés és a reflektív írásgyakorlatok megtanulása és begyakorlása.	Csoportmunka és egyéni feladatok.	A mentalizációs készség fejlesztésére irányuló módszerek elsajátítása.

1. ábra

A négynapos előkészítő tréning felépítése, ismeretanyaga, módszerei és a céljai (saját szerkesztés)

bemutatunk, reflektálva a mentalizáció szerepére az érzelemszabályozásban. A tréning során az edukatív részeket minden alkalommal a résztvevők saját szakmai tapasztalatain alapuló gyakorlat követi. A tréning utolsó napján tanítjuk meg és gyakoroljuk be a mentalizációfókuszú esetmegbeszélés menetét. A tréning négy napos tematikáját és annak módszereit az 1. ábrán pontokba szedve ismertetjük.

A tréning során a szakmai és a klienskapcsolatokban adódó nehézségek feloldását segítő, reflektív gyakorlatokat és ehhez kapcsolódóan írásgyakorlatokat is tanulnak a résztvevők, melyek bizonyítottan hasznosak a szakmai fejlődésben [35] és az érzelemszabályozásban is [36]. Maga az esetmegbeszélés a segítők munkája során alkalmazott professzionális csoportmunkát keretező szabályrendszerben működik, melynek legfontosabb elemei: a titoktartás, az egymás iránt tanúsított tisztelet és figyelem, amely megnyilvánul az egyes szám első személyben való hozzászólásban, az általánosítás kerülésében is.

A mentalizációs fókuszú esetmegbeszélés felépítése

1. Az eset bemutatása

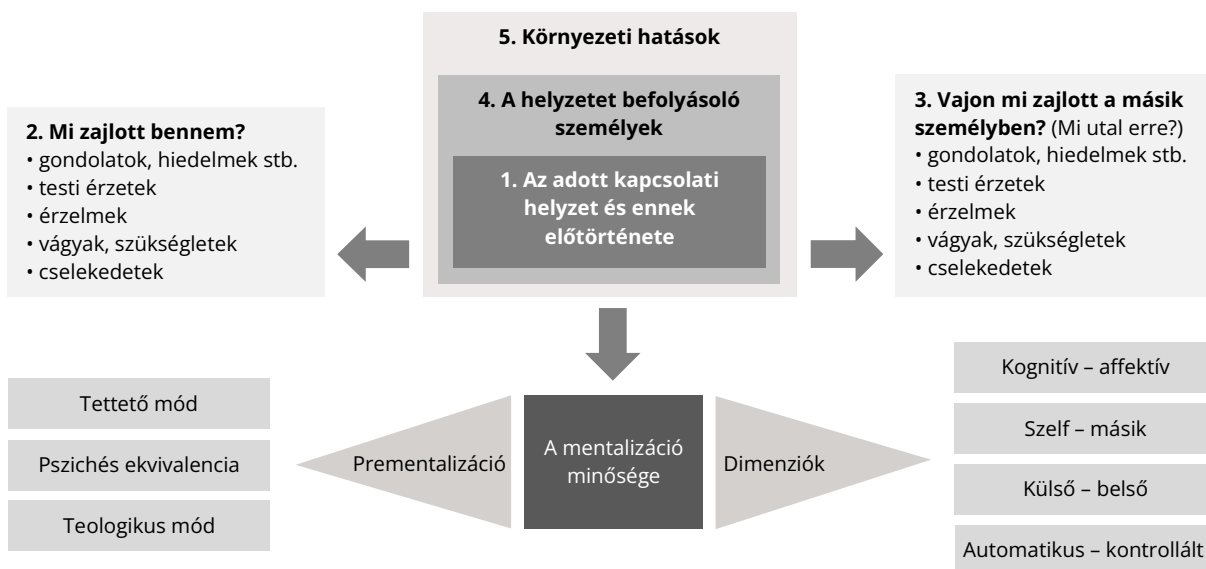
Az esethozó ideális esetben már a tréningen tanult írásgyakorlat végzésével felkészült az esete bemutatására, amelyben adekvát segítség lehetnek számára a reflektív működést segítő kérdések. A reflektív írásgyakorlat általunk választott módja két fázisból áll, az első lépésben a segítőnek egyszerűen le kell írnia mindent, amit csak gondol és érez az adott kapcsolati helyzet vonatkozásában, úgy, ahogy éppen számára jölesik, azaz kontroll nélkül. Ennek a gyakorlatnak a ventilálás a funkciója, aminek egyfelől feszültségcsökkentő hatása van, de a megjelenő érzelmek tudatosítását is segíti.

Jelentős segítség ahhoz, hogy a továbbiakban más nézőpontból (az eredetitől eltávolodva) tudjon az esetre rátekinteni [36]. A hozott kapcsolati helyzet lehet olyan, ami a segítő és kliense között adódott, de lehet szakmai kapcsolati elakadás is. A reflektív írásgyakorlat második feladata a leírt kapcsolati helyzet átírása előre meghatározott struktúrában, hogy az mások számára a lehető legjobban értelmezhető legyen. Természetesen előfordul, hogy bár az esethozót foglalkoztatja az adott kapcsolati probléma, mégsem tud a reflektív írásgyakorlattal előkészülni, gyakran a sok feladat miatt nincs energiája a rövid, de mégiscsak írásos feladatra. Ebben az esetben sincs akadálya, hogy az őt foglalkoztató kapcsolati helyzetet a szokásos módon bemutassa, és a csoport dolgozzon vele. Szeretnénk kiemelni azonban, hogy az autonóm működést támogató írásos feladat nagyon fontos, a készség fejlődését és a magasabb szintű reflektív működés habituációját segíti.

Maga az eset bemutatása és a kapcsolati szituáció kiemelése közbeszólás és megszakítás nélkül történik, de az időkeret korlátozott, maximum tíz perc áll rendelkezésre. Ezt követi az esethozó kérdésének megfogalmazása.

2. Az esethozó kérdése

Az esethozót bátorítjuk, hogy a kérdés arra vonatkozzon, ami a kapcsolati helyzet mentén a leginkább foglalkoztatja. A kérdés megfogalmazása már segítség abban, hogy a nehézség mentén jelentkező szükségletet azonosítsuk, vagyis elkezdjük mentális állapotainkra reflektálni. Elég gyakori, hogy a segítő a páciens ellenállását elutasításként éli meg, a feldolgozás során a páciens ellenállására reflektálunk, hogy mi lehet mögötte. A segítő elutasítás élményét kiemeljük és validáljuk a kapcsolódó érzelmeket, mivel a kapcsolódó fájdalmas érzések akadályozhatják a mentalizációt.



2. ábra
 A reflexió menete és területei az általános rendszerelmélet [37] és a humán ökológiai rendszerelmélet [38] alkalmazásával a mentalizációt segítő írás-gyakorlatban (saját szerkesztés)

Maga az élmény átdolgozására ebben a munkaformában nincsen lehetőség, ez lehet esetenként egyéni szupervízió vagy terápia feladata, ami természetesen a résztvevő magánügye. A személyiségfejlődésben lévő elakadások, esetleges sérülések könnyen felszínre kerülnek a mentalizációval való munka során, azonban nagyon fontos védett teret biztosítani a segítőknek, hogy ezzel nem itt kell dolgozniuk. Ezt – a szakmai együttműködés kereteit adó más szabályokkal együtt – a közös munkafolyamat elején megbeszéljük minden munkacsoporttal. A munkafolyamat során empátiából eredő elfogadással tekintünk egymás és a saját esendőségünkre és törekvésünkre, meghagyva a felelősséget az egyénnek a saját élettörténetéből vagy élethelyzetéből eredő nehézségeivel való foglalkozáshoz.

3. Pontosító kérdések feltevése

Ezután hagyományos módon a csoport többi résztvevői a pontosabb megértést segítő kérdéseket tesznek fel. A reflektív írásgyakorlattal szerzett tapasztalatnak köszönhetően már sokkal tágabb és összetettebb lehetséges összefüggésekre utaló kérdéseket tesznek fel, könnyebben megértve az emberi létezés élő rendszert alkotó kapcsolati jellegét [37]. A kérdések emellett utalnak a kérdező nézőpontjára is, óhatatlanul felmerül a viszontkérdés, hogy vajon mire gondol a kérdező, miért kérdezi ezt vagy azt. Ezen kérdésekkel a csoport segíti az esethozót a perspektívaváltásban.

4. Reflexió a résztvevőkben megjelent állapotokra

Ez a munkaszakasz elsősorban a hozott kapcsolati nehézség mentén létrejött érzelmi állapotok mentalizációjának segítésére irányul. Ebben a helyzetben az érzelmi állapot még meglehetősen homályos, lehet, hogy az esethozó még egyszerűen csak „frusztrálnak” érzi magát, mely mögött igen

gyakran vannak ellentétes irányú érzelmek. Jurist [20] megfogalmazása nyomán ezt hívjuk aporetikus érzelmeknek, melyek mentalizálása mentális elaborációt jelent, ami kívánatos cél az érzelmszabályozásban [10]. Az érzelmek mentalizációjának elmaradása gyakran az érzelmi állapot érthetlenségének és kezelhetetlenségének élményét okozza, jelentős megterhelést okozva a segítőknek, ráadásul korántsem biztosan a tudatosság szintjén. Ez hozzájárul az érzelmszabályozás kevésbé adaptív, vagy ebben a kapcsolati helyzetben kifejezetten káros módjának alkalmazásához, az elfojtáshoz. A tartós és rendszeres érzelmi elfojtás nyomán keletkező fáradtság- és ürességérzés pedig egyes kutatási eredmények szerint a kiegészítő prediktora lehet [38]. Az elfojtás nyomán adódó alacsony érzelmi arousal szintén gátolja a kontrollált mentalizációt, mert nemcsak energiaszegény állapot, hanem hiányzik belőle a mentalizációhoz szükséges kíváncsiság is, továbbá a mentalizációra irányuló igény is lecsökkenhet. A munkaszakasz feladata, hogy a résztvevők megosszák az eset bemutatása nyomán keletkezett érzelmeiket, benyomásaikat. Az érzelmek csoporttagok általi tükrözése általában spontán módon érvényessé teszi (validálja) a segítő érzelmi élményét, így társas támogatást él meg a csoport által, ami biztonságot és megnyugvást ad [39]. Előnyös, ha a lehető legtöbb esetben feltárulkoznak a csoportban, mert a „hasonlóan érzünk” élménye erősíti az összetartozást, az érzelmi élményekben feltáruló különbségek pedig segítenek az esethozónak abban, hogy az érzelmek összetett jellegében el tudjon igazodni.

5. Reflexió az esethozó állapotára

Ebben a lépésben az esethozó megosztja, hogy aktuálisan mi zajlik benne a többiek meghallgatása után, miközben az esetmegbeszélés vezetője aktívan segíti a mentalizáció-

ját. Ehhez a beállítódását érdeklődő kíváncsiság, „semmit sem tudó hozzáállás” jellemzi, nyitott kérdéseket tesz fel a mélyebb szintű megértéshez, kommunikálja saját mentalizációját, a felmerülő érzelmi élményeket tükrözi és empatikusan validálja [17]. Ideális esetben e lépés végére az esethezóban felmerült érzések mentalizálása segíti önmaga teljesebb megértését, jelentősen megnyugszik, és kíváncsian várja a helyzet feldolgozását a csoportban kapott társas támogatás általi érzelmi biztonság légkörében. Vagyis készen áll a kapcsolati helyzet mentalizációjára.

6. A kapcsolati helyzet feldolgozása szerepcserés helyzetben

A szerepcserés módszert gyakran alkalmazzuk a mentalizációs készség fejlődése érdekében az ezzel a módszerrel dolgozó terapeuták szupervíziójában is. Ugyanis nem tudunk belebújni senkinek a helyzetébe anélkül, hogy ne mentalizálnánk azt. A feladat, hogy az esethezó üljön át az általa problémásnak megélt kapcsolat másik szereplőjének kikészített székbe. A többi csoporttag pedig szabadon kapcsolódhat hozzá, a helyzet feldolgozása érdekében. Kérdéseket tehetnek fel neki, megoszthatják vele benyomásaikat, gondolataikat. Az esethezó pedig mindezekhez ebből a szerepből kapcsolódhat. Érdemes egy külső kört is alakítani a csoportból, aminek két fontos szerepe is van: egyfelől lehetővé teszi, hogy az adott helyzethez aktuálisan kapcsolódni nem tudó kollégák is fontos szerepet kapjanak a viszonylag nagyobb létszámú intézményi esetmegbeszélő csoportban (a létszám lehet 14-15 fő is). A külső körben ülők feladata a belső körben beszélgetők mentalizációs minőségének a figyelése. A résztvevők a felkészítő négy napos tréningen megtanulják a mentalizáció különböző prementalizációs módjait felismerni, itt az a feladatuk, ha észlelik, hogy a mentalizáció sérül, azt majd visszajelezzék a csoportnak. Jellemzően az érzelemszabályozás valamilyen aktuális nehézsége okozza a prementalizációs működéset. Ez azt jelenti például, hogy mivel erős érzelmi hatás alatt nagyon nehezen tudunk mentalizálni, ilyenkor a külvilágra is kivetítjük belső érzelmi állapotunkat, amely erős általánosításban nyilvánul meg („Nekem semmi sem sikerül, senki sem tud segíteni – az emberek érzéketlenek.”). Ebben az állapotban („pszichés ekvivalencia”) hajlamosak vagyunk személyes véleményünket, elképzeléseinket tényként megfogalmazni, ami kapcsolati helyzetben kifejezetten ártalmas, mert a másik felet vagy elbizonytalanítja és védekezésre készíti, vagy éppen ebből adódóan támadásra indítja, hogy megvédhesse saját álláspontját. A „pretend” („tettet”) módban az érzelmek lehasítása jellemző. Arról ismerhető fel, hogy az illető amolyan „értekezést” tart, ami az érzelmi állapotokra irányuló reflexió hiánya miatt rendkívül hiteltelen, az őt hallgatónak kifejezetten megterhelő. A harmadik a teleologikus mód, amikor valamely mentális állapotra csak a viselkedésből következtetünk pl.: „Akkor hiszem el, hogy fejlődik, ha majd betart minden szabályt” (miközben tudható, hogy a fejlődés rendkívül összetett, soktényezős folyamat, amelyekből a szabálykövetés csak egy aspektus). A külső kör feladata a mentalizáció különböző dimenzióiban

zajló munka rugalmasságának figyelése is, hiszen a dimenziók egyik végpontjában való megrekedés részlegessé teszi a reflexiót. Figyelni kell az én és a másik dimenziójára, mert fontos, hogy a mentalizáció a kapcsolatban részt vevő mindkét szereplőre irányuljon. Fontos a kognitív és érzelmi síkon zajló mentalizáció megfigyelése, hogy a fókusz tartósan ne ragadjon meg egyik oldalon zajló mentalizációban sem, vagyis mind a gondolkodás, mind az érzelmi állapotok kellő figyelmet kapjanak. A negyedik dimenzióban a mentális állapotokra irányuló külső és belső jegyek rugalmas figyelembevételét ellenőrizzük. Nyomon követjük, hogy a személy figyeli-e a belső tapasztalatait és a külső látható jeleket is a másik személlyel kapcsolatban (pl. „Általában elég kiegyensúlyozottnak ismerem őt, de most elég zaklatottnak tűnik, mert egy pillanatra sem tud nyugton ülni.”). A külső kör résztvevőinek feladata ilyen módon segíti a mentalizáció sajátosságainak megismerését, és kellő mértékben fenntartja a mentalizációs fókuszot akkor is, amikor a figyelem elsősorban az adott kapcsolati helyzet megbeszélésén van. Magára a mentalizációra történő reflektálásra a szerepcserés beszélgető kör után kerül sor.

7. Reflexió a mentalizációra

Itt a külső kör tagjainak feladata a mentalizációval kapcsolatos észrevételeik megosztása, és a mentalizáció segítségét célzó közös gondolkodásban való részvétel.

8. Az esethezó reflexiója a feltett kérdésre

A megbeszélés után az esethezó visszaül saját székére, és immáron saját szerepéből reflektálja, hogy mi minden ment benne végbe, illetve aktuálisan hol tart a feltett kérdéssel kapcsolatban. A másik szerepben megélt tapasztalatok általában nagyon hatásosak, gyakran a szakmai munkában maradandó tapasztalatot adnak. Ami azonban talán ennél is fontosabb, az a csoporttól kapott társas támogatás, a bizalommal telített légkör megélése.

9. A csoport reflexiója a közös munkára

Az utolsó körben a csoporttagok reflektálnak a közös munkára, megfogalmazzák tapasztalataikat, kiemelhetik benyomásaikat. Természetesen a megélt érzelmek kifejezését is bátorítjuk. A kört az esethezó zárja azzal, hogy megosztja, mit visz tovább a közös munkából.

MEGBESZÉLÉS

Kapcsolódva az elméletalkotók és a módszert gyakorló szakemberek egyre népesebb köréhez, a mentalizációs kapacitás fejlődése alkalmas és fontos készségnek bizonyulhat a segítők lelki egészségének fejlesztésében az érzelmenkezeléssel való szoros összefüggése [12], az önismereti fejlődés, a páciens- és a szakmai kapcsolatok biztonságosabb kialakítási lehetősége [10], illetve a stresszel való eredményesebb megküzdés miatt [40]. A társas érzelemszabályozáson keresztül a személyes támogatottság élményének erősödését eredményezheti, így szerepe lehet a kiégés megelő-

zésében is [6], fokozottan stresszes körülmények között is. A készség fejlődését célzó feladatokat a munkájuk során alapvetően szükségesnek bizonyuló eszmegbeszélés folyamatába illesztettük be, annak érdekében, hogy a segítő hivatású szakemberek megterhelődését elkerüljük. Bár az eszmegbeszélés e formája némileg több időt igényel, mint a hagyományos formák, de a beépített fejlődési lehetőség miatt megéri az erre szánt idő és energia.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmányban ismertetett módszertan alkalmazásával jelenleg hazánkban gyermekvédelmi szakemberek körében futó 10 hónapos pilot program keretében vizsgálják a szerzők a mentalizációs kapacitás fejlődését, ennek lehetséges hatását az érzelemszabályozásban és a kiégés mértékében. A longitudinális kutatás eredményeiből további tapasztalatokat szeretnénk majd leszární a fejlesztési lehetőségek érdekében. Felettlébb kívánatos lenne, ha a nemzetközi vizsgálatok eredményei és ajánlásai alapján [40, 41] a segítő hivatású szakemberek képzésébe nálunk is be lenne építve egy leg-

alább két éven át tartó önismereti és szakmai készségfejlesztő folyamat, segítve ezzel a hallgatók személyiségfejlődését, rezilienciájuk erősödését [24]. A reziliencia erősödésében a mentalizációs készség fejlődésére irányuló módszer ígéretes iránynak mutatkozik [32]. Annál is inkább, mert a mentalizációra irányuló fejlesztés tulajdonképpen a szociális kompetencia hatékonyságának a növelése, ami nélkülözhetetlen a segítő hivatásokban.

Anyagi támogatás: A cikk megírása anyagai támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás:

K. É.: Konceptualizáció, irodalomkutatás, írás (eredeti változat).

P.A.: Írás (átnézés és szerkesztés), szupervízió.

A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Kopp M, Pikó B: Psychological, Sociological and Cultural Dimensions of Health-related Quality of Life. In: Kopp M, Kovács ME, (ed.) The quality of life of the Hungarian population at the turn of the millennium. [Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M, Kovács ME, (szerk.) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006; pp. 10-19. [Hungarian]
- [2] Czeglédi E, Tandari-Kovács M: Characteristics and Prevention of Burnout Syndrome among Nurses. [A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében]. Orvosi Hetilap. 2019; 160: 12-19. [Hungarian]
- [3] Szabó É, Jagodics B: Resources and Requirements. A Complex Analysis of the Workplace Determinants of Teacher Burnout. [Erőforrások és követelmények. A tanári kiégés munkahelyi tényező-inek komplex vizsgálata] Iskolakultúra. 2016; 26: 3-15. [Hungarian]
- [4] Irinyi T, Németh A: Burnout and Depression among Healthcare Nursing Staff. [Kiégés és depresszió az egészségügyi szakdolgozói társadalomban] Nővér. 2022; 35: 38-40. [Hungarian]
- [5] Bugarszki Zs: The Crisis of Social Work in Hungary. [A magyarországi szociális munka válsága: Vitaindító gondolatok] Esély: társadalom- és szociálpolitikai folyóirat. 2014; 25: 64-73. [Hungarian]
- [6] Mihálka, M: Formation and prevention of burnout. [A kiégés kialakulása és megelőzése] Iskolakultúra. 2023; 33: 111-127. [Hungarian]
- [7] Kozma J: About social workers' workplace safety, risks and the profession's identity crisis. [A szociális munkások munkahelyi biztonságáról, a kockázatokról és a szakma identitáskriszisééről] Párbeszéd. 2020. 7: 1-25. [Hungarian]
- [8] Kovács M, Kovács E, Hegedűs K: The Relationship between Emotion Work and Burnout. A Comparative Study in Various Groups of Health Care Workers. [Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban] Mentálhigiéne és Pszichoszomatika. 2012; 13: 219-241. [Hungarian]
- [9] Fonagy P: The mentalization-focused approach to social development. In: Busch FN, (ed). Mentalization Theoretical Considerations, Research Finding, and Clinical Implications The Analytic Press, New York, 2008; pp. 3-56.
- [10] Allen JG, Fonagy P, Bateman AW: Mentalizing in clinical practice. [Mentalizáció a klinikai gyakorlatban] Oriold és Társai, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [11] Csibra G, Gergely G: Natural pedagogy. Trends in cognitive sciences. 2009; 13: 148-153.
- [12] Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al.: Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. [Affektusszabályozás, mentalizáció és a szelf kialakulása] Oriold és Társai, Budapest, 2023. [Hungarian]
- [13] Midgley N, Sprecher EA, Cirasola A et al.: The reflective fostering programme: Evaluating the intervention co-delivered by social work professionals and foster carers. Journal of children's services. 2021; 16: 159-174.

- [14] Koren R, Goldberg S, Shinder-Nekhamin A et al.: Study of errors among nursing students. *International Journal of Qualitative Methods*. 2007; 6: 71-98.
- [15] Katznelson H: Reflective functioning: A review. *Clinical psychology review*. 2014; 34: 107-117
- [16] Fonagy P, Bateman AW: Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*. 2007; 16: 83-101.
- [17] Fonagy P, Target M: Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*. 1997; 9: 679-700.
- [18] Luyten P, Lemma A, Target M: Depression. In: Bateman A, Fonagy P, (ed). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Association Washington 2012; pp. 387-402.
- [19] Gross JJ: Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*. 2015; 26: 1-26.
- [20] Jurist EL: Mentalized affectivity. *Psychoanalytic psychology*. 2005; 22: 426.
- [21] Castellini G, Tarchi L, Cassioli E et al.: The interplay between mentalization, personality traits and burnout in psychiatry training: Results from a large multicenter controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 2024; 149: 177-194.
- [22] Wilkinson H, Whittington R, Perry L et al.: Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*. 2017; 6: 18-29.
- [23] Bordoagni G, Fino E, Agostini A. Burnout, attachment and mentalization in nursing students and nurse professionals. *Healthcare*. 2021; 9: 1576.
- [24] Satran C, Tsamri R, Peled O et al.: A unique program for nursing students to enhance their mentalization capabilities in relation to clinical thinking. *Journal of Professional Nursing*. 2020; 36: 424-431.
- [25] Nolte T, Bolling DZ, Hudac CM et al.: Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. *Frontiers in human neuroscience*. 2013; 7: 816.
- [26] Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R et al.: Mentalization as mediator between adult attachment and interpersonal distress. *Psychopathology*. 2019; 52: 10-17.
- [27] Brugnera A, Zarbo C, Compare A et al.: Self-reported reflective functioning mediates the association between attachment insecurity and well-being among psychotherapists. *Psychotherapy Research*. 2021; 31: 247-257.
- [28] Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA: Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*. 2013; 70: 351-379.
- [29] Winnicott DW: The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1960; 41: 585-595.
- [30] Fonagy P, Luyten P, Allison E et al.: Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology*. 2019; 52: 94-103.
- [31] Robinson NL, Schweitzer RD, O'Connor EL: Early reflections on becoming a therapist: Development of reflective practice in clinical training programmes in an Australian context. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2019; 19: 388-398.
- [32] Fonagy P, Allison E, Campbell C: Mentalisation, resilience, and epistemic trust. [Mentalizáció, reziliencia és episztemikus bizalom] In: Anthony B, Fonagy P, (ed). *Handbook of Mentalizing in Mental Health practice*. [A mentalizáció alapú terápia kézikönyve]. Oriold és Társai, Budapest, 2020; pp. 83-104. [Hungarian]
- [33] Farkas K, Csukly G, Fonagy P: Is the Balint Group an Opportunity to Mentalize? *British Journal of Psychotherapy*. 2024; 40: 55-75.
- [34] Szőnyi G: Groups and groupers. [Csoportok és csoportozók] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2019. [Hungarian]
- [35] Szivák J: Reflective Theories, Reflective Practices. [Reflektív elméletek, reflektív gyakorlatok] Eötvös Kiadó, Budapest, 2014. [Hungarian]
- [36] Pennebaker JW, Evans JF: Expressing Writing: Words that Heal. [Gyógyító írás, Ha fáj a történeted] Kulcslyuk Kiadó, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [37] Bertalanffy Lv: General system theory: Foundations, development, applications. Braziller, New York, 1968.
- [38] Bronfenbrenner U, Ceci SJ: Nature-nurture reconceptualized is developmental perspective: A biological model. *Psychological Review*, 1994; 101: 568-586.
- [39] Fülöp E: The Burnout of Healers from the Point of View of Empathy and Emotional Regulation. [A gyógyítók kiégése az empátia és az érzelemszabályozás tükrében.] Pécs: Pécsi Tudományegyetem; 2016.
- [40] Mathieu M, Eschleman KJ, Cheng D: Meta-analytic and multiwave comparison of emotional support and instrumental support in the workplace. *Journal of occupational health psychology*. 2019; 24: 387.
- [41] Jansen N, Kühl J, Eller N et al.: Mentalizing capacity partially mediates the relationship between attachment and stress, depression, and anxiety in social work students. *Clinical Social Work Journal*. 2023; 51: 339-53
- [42] Safiye T, Vukčević B, Milidrag A et al.: Relationship between mentalizing and teacher burnout: A cross sectional study. *PLoS One*. 2023; 18.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Kalla Éva szociálpedagógus alapvégzettségű mentálhigiénikus és családterapeuta, 14 évig dolgozott szenvedélybeteg-ellátásban és 8 évig volt mentálhigiénikus egy anyaotthonban. Jelenleg is az Antroposz Módszertani Központ egyik családterapeutája. 2017-ben végzett Mentálhigiénés családtudományi és

családterápiás mesterszakon a Semmelweis Egyetemen. 2022-től leendő szociálpedagógusokat tanít mesteroktatóként a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen. 2022-től PhD-hallgató a Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozatán. Elkötelezett híve a segítő hivatású szakemberek lelki egészségfejlesztésének, kutatási területe a mentalizáció és az érzelemszabályozás fejlesztési lehetőségei.



Pilinszki Attila szociális munkás, szociológus és mediátor, a Semmelweis Egyetem Mentálhigiénés Intézetének

docense. Kutatási területe a családszociológia, azon belül is különös figyelmet szentel a közös szülőség, a válás, a konfliktusok és konfliktuskezelési módszerek kérdésköreinek.

Magyar végtagmentő applikáció – az égetően szükséges megoldás!

Hungarian limb-saving application – a crucial solution!

Merse Anita¹ ✉, Rozsos István¹

¹Végtagmentő Applikáció Kft.

✉ merse.anita@gmail.com

A krónikus betegségekben szenvedők rendszeres orvosi ellenőrzése adja a biztonságot, a szövődmények megelőzésének lehetőségét. Az új betegek esetén azonban a rendszerbe kerülés nehézségei miatt valamit tenni kellett. A cukorbetegség lábszövődményei akár hetek alatt is jelentősen rosszabbodhatnak, tehát az első ellátás szakszerűsége döntő lehet a végtagmentés szempontjából. A betegek jelentős százalékában a cukorbetegség mellett előforduló vénás keringési betegségek a végtagmentés esélyét tovább csökkentik – az európai amputációs statisztikák élén állunk sajnos. A két betegség mind egyikének veszélyes következménye lehet a kialakuló sebek okozta állapotromlás, így ezen krónikus sebek kialakulásának csökkentése céljából fejlesztettük ki a végtagmentő applikációt, ami a bajba került betegek sürgős ellátásának támogatása mellett a prevenciót és a hosszú távú gondozást is nagymértékben segíti. Azonban azt is látni kell, hogy nem elegendő a betegek támogatása, valamint az ellátói oldalon sem lehet mindenki specialista – a beteg-orvos kommunikáció mellett az orvosi applikációs felülettel a kollégák munkáját is segíteni kívánjuk. Így a betegek elérése is sokkal hatásosabb, ennek is köszönhető, hogy már több mint 15 000 beteg használja az applikációt.

Kulcsszavak: cukorbetegség, lábszövődmények, végtagmentés, amputációs statisztikák, betegtámogatás, orvosi applikációs felület

Regular medical check-ups for those suffering from chronic illnesses provide safety and the possibility of preventing complications. However, for new patients, difficulties in entering the system had to be addressed. Complications of diabetic foot in diabetic patients can significantly worsen within weeks, so proper initial care can be crucial for limb preservation. Circulatory venous diseases accompanying diabetes further reduce the chances to avoid amputation. Unfortunately, Hungary is at the forefront of European amputation statistics. Dangerous consequences of both diseases may result in deterioration caused by the emergence of wounds, so we developed a limb-saving application to reduce the involvement of chronic wounds, which greatly supports the treatment of urgently distressed patients and prevention and long-term care. However, it must be acknowledged that supporting patients alone is not sufficient, and not everyone on the healthcare provider side can be a specialist, so, in addition to patient-doctor communica-

tion, we also aim to assist the work of colleagues with the medical application interface. Thus, reaching patients becomes much more effective, and the application is already used by more than 15,000 patients.

During the early stages of development, one of the IT colleagues developing the application thought to have discovered a similarity in the images with the foot of their relative – who had previously refused to see a doctor as their wounds had healed earlier! With the prototype application, they conducted an assessment at the patient's home and, based on the results, they convinced the patient to see a doctor, which ultimately saved their leg due to timely and expert treatment.

As a second phase, we are developing a digital health platform, an online wound care center, to enhance the efficient operation of multidisciplinary care. Initially, it is aimed at diabetic patients and stakeholders in diabetes care, focusing on preventive strategies and effective complication management. In the first phase, we offer professional support on our patient platforms in this area. However, our long-term goal is to extend decision support for other conditions as well. The first step in reducing medical workload is establishing a preventive patient approach. We support care through our patient platform while actively participating in chiropody training and nursing education to impart the best knowledge to our partners and make it widely accessible. Meanwhile, we connect patients with healthcare service providers. We provide patients with maximum support in adhering to medical pathways and offer any kind of supplementary therapeutic tools that could help their health condition. We enable patients to take control of their own healing process.

Keywords: diabetes mellitus, diabetic foot, limb salvage, amputation, statistics, patient participation, mobile application

BEVEZETÉS, AZ APPLIKÁCIÓ FŐ FUNKCIÓI

Szív- és érrendszeri megbetegedések vezetnek hazánkban a morbiditási és mortalitási statisztikákat. A betegség az összlakosság több mint 10%-át érinti, és az érbetegségek jelentős hányada cukorbetegség. A cukorbetegség talaján kialakult vagy ahhoz társuló érbetegség prognózisa rendkívül rossz. A diabetes láb az esetek nagy részében riasztó klinikai kép formájában jelenik meg, kiterjedt szövetelhalásokkal, csontnekrózisokkal, ami gyakran az amputáció elhamarko-

dott indikációjához vezet. Korszerű protokoll szerint végzett diagnosztika és terápia a végtag megmentésének esélyét nagyban növeli. A betegek egyre emelkedő száma, a jelentős érdeklődésre számot tartó továbbképzések és szakmai fórumok hatására indították el szerzők az ingyenesen letölthető Végtagmentő applikációt. A diabetes mellitus kezelésének világméretű feladatát számtalan könyv, monográfia és tudományos közlemény segíti [1]. Nem elhanyagolható az a gazdasági teher sem, amely a cukorbetegség kapcsán a családokat sújtja. A szakmai szervezetek kezdeményezései eredményesek, általuk biztosítottak a szükséges képzések. A szükséges oktatási anyagok elkészítése együttműködő betegek nélkül nem megy. Ezek megjelenítésének azért van jelentősége, mert a hazai orvosi ellátási területi különbségek jelentősek. Bár vannak olyan háztartások, ahol nincs internet, de a mobiltelefonokhoz biztosított szolgáltatás elegendő az applikáció használatához. Így azok is hozzájuthatnak a támogatott funkciókhoz, akik egyébként nehezen vagy egyáltalán nem képesek szakemberhez fordulni. Az applikáció fő funkciói közül a betegek számára leginkább az állapotfelmérés, a diagnosztika és a felvilágosító segédletek hasznosak. Az orvosok és szakdolgozók munkáját receptfelírási segédletek, esettanulmányok és kezelési útmutatók teszik könnyebbé. A korábban említett szakdolgozói tartalom miatt azonban a zárt orvosi felületet csak előzetes regisztráció és az orvosi pecsétszám/szakdolgozói kártyaszám megadása után lehet elérni, ingyenesen [2,3,4]. Rohamléptekkel változó világunk állandóan újabb és újabb ismeretekkel jelentkezik. Az iránymutatások csak akkor nyújtanak tartós segítséget a betegellátásban, ha folyamatosan kiegészülnek a legújabb tapasztalatokkal, tudományos ismeretekkel. A jelenlegi korszerűtlen szabályzók komoly fejtörést okoznak napjainkban is minden lábat megmentő teamnek, ma hazánkban ugyanis sajnos egyszerűbb és olcsóbb is egy lábat amputálni, mint azt hosszú, összetett szakmai munkával megmenteni [5]. Az úgynevezett rekonstrukciós érműtétekért a kórházak általában nem kapnak annyi finanszírozást, amennyibe a beavatkozás kerül [6].

A DIABETES FORMÁI, A DIABETESZES LÁB KIALAKULÁSA ÉS TŰNETEI

A cukorbetegség leggyakoribb formája a köznyelvben sokszor csak „időskori cukorbetegségnek” hívott 2. típusú diabetes mellitus (T2DM), mely a cukorbetegség nagyobb hányadát, csaknem 90%-át teszi ki. A betegséget az inzulin-elválasztás és az inzulinhatás károsodása jellemzi, míg az 1-es típusú diabetes a béta-sejtek pusztulása, abszolút inzulinhiányhoz vezet. A társbetegségek és szövődmények magas száma T2DM-ben jelentősen csökkenti a betegek várható élettartamát és rontja életminőségüket. A terhességi (gesztációs) diabetes mellitus (GDM) a terhesség ideje alatt felismert szénhidrátanyagcsere-zavar, többnyire a szülés után megszűnik, de a következő terhességnél 50% az esély GDM-re. A terhesség során kialakuló emelkedett vércukorszint az összes terhesség körülbelül 15,8%-ánál (~20,4 millió

szülés/év) jelentkezik. A GDM a terhesség során mind az anyát, mind pedig a magzatot veszélyezteti; jelentősen növeli a preeclampsia és a halvaszületés esélyét, de emelkedett a magzati túlnövekedés (macrosomia), a szülés alatti traumás sérülések, szülést követően pedig alacsony vércukorszint is kialakulhat az újszülöttnél. A szülést követően a szénhidrát-anyagcsere zavara jellemzően megszűnik, az élet későbbi szakaszában kialakuló T2DM rizikója azonban jelentősen megnő [7].

Az 1-es típusú, a 2-es típusú és a terhességi cukorbetegség összehasonlítását tartalmazza az 1. táblázat.

A cukorbetegség elterjedtsége (prevalenciája) a 75–79 év közötti korcsoportban a legmagasabb (24%), a 20 évnél fiatalabbak körében alig egy százalék körüli. Ez arra enged következtetni, hogy az öregedő népesség jelentősen hozzájárul a cukorbetegség általános (gazdasági) terhének növekedéséhez. 2007-ben 246 millió cukorbeteg ember élt a világon. Ez a 20–79 év közötti korosztály 6%-át jelenti. A cukorbetegség száma 2025-re várhatóan 380 millióra fog emelkedni, ekkor már a felnőtt népesség 7,3%-át érintve. Az USA-ban a cukorbeteg arányát a lakosságon belül 2025-re 23,5%-ra, 2050-re 32,7%-ra prognosztizálják [8].

Az 1-es típusú cukorbetegség általában gyorsan, jellegzetes tünetek kíséretében lép fel, mégpedig annál gyorsabban, minél fiatalabb az egyén. Gyermekkorban napok-hetek, fiatal felnőttkorban hónapok alatt fejlődhetnek ki a klinikai tünetek. A cukorbetegség ezen típusának jellegzetes tünetei: sok vizelet, fogyás (fokozott éhségérzet mellett), szomjúságérzés, szájszárazság, fáradékonyság, levertség. Ezzel szemben a 2-es típusú cukorbetegség általában tünetszegényen zajlik. Éveken keresztül is fennállhat anélkül, hogy diagnosztizálnák. Előfordulhat, hogy a cukorbetegséget a kezdetét követően 15-20 évvel fedezik csak fel, nemegyszer súlyos késői szövődményei révén. Az alábbi jelek tehát nehezen felismerhetők, ezért csak a laboratóriumi vércukorszint-ellenőrzés jelenthet biztos választ. Egy egyszerű vérvétel segítségével már a diabétesz előszobájának tartott inzulinrezisztencia is kimutatható.

A betegség előrehaladásával egyre gyakoribbak a fokozott érelmeszesedés következtében kialakuló tünetek. Az érelmeszesedés cukorbetegségben általános, azaz az egész szervezetben érintheti az ereket. Az általános érelmeszesedés leggyakrabban szívinfarktus, agyi infarktus, végtagi érellátási zavar formájában jelentkezhet. A cukorbetegség következménye az idegrendszer károsodása is. Ennek tüneteihez tartozhat a látás romlása, a végtagok zsibbadása, az érzékiesség, a fájdalomérzet csökkenése (a beteg nem vesz észre kisebb sérüléseket), vagy férfiak esetében a merevedési zavarok. A látásromlás gyakran hirtelen alakul ki, a látás teljes elvesztéséhez is vezethet. Fel nem ismert cukorbetegség esetén sok esetben a fenti tünetek jelentkeznek először, így derül csak fény a betegségre. A végtagi érelmeszesedés a vérellátás zavarához, előbb-utóbb elhalásokhoz vezet. Az elhalás a lábujjakon kezdődik és kezeletlen esetben, felfelé haladva, további elhalásokhoz vezethet. Amennyiben időben nem kap megfelelő kezelést a beteg, végtagi amputáció is

	1-es típusú diabetes mellitus	2-es típusú diabetes mellitus	Terhességi diabetes mellitus
Prevalencia	A cukorbetegek ~10%-a	A cukorbetegek ~90%-a	A terhességek ~13%-a
Jellemző felismeréskori életkor	Fiatal betegek	Időskor	A terhesség 2. trimeszterében
Kialakulás (sebesség, kezdet)	Gyors, akut kialakulás	Lassú, sokszor szövődéssel egyidőben	Rutin terhesgondozás során
Túlsúly	Általában nincs	Gyakori	Gyakori
Inzulinválasz	Inzulinhiány	Inzulinrezisztencia	Általában inzulinrezisztencia
Családi érintettség	Ritkább	Diabetes a családban	2-es típusú cukorbeteg rokon
Patomechanizmus	Autoimmun bétasejt pusztulás	Inzulinrezisztencia és a béta-sejtek kimerülése	Inzulinrezisztencia a placenta hormonális hatásai miatt
Kezelés	Inzulin	Korai: diéta és életmódváltás Előrehaladottabb állapotban: orális antidiabetikumok és/vagy inzulin	Diéta és testmozgás – ha ez nem elégséges: inzulin
Leggyakoribb szövődmények és társbetegségek	Különböző autoimmun betegségek és mentális zavarok	Túlsúly, diszlipidémia, kardiovaszkuláris események, magas vérnyomás, mikro- és makrovaszkuláris szövődmények	Anyai: magas vérnyomás és preeclampsia; Magzati: vállakadás, halvaszületés, hipoglikémia, magas születési súly

1. táblázat

A diabetes egyes formáinak összehasonlítása

szükségessé válhat. Sajnos a cukorbetegség és a vénás keringési betegségek is öröklődnek, családi halmozódást mutatnak, így a végtagmentő applikáció nem csak az aktuális generációk szövődésmegelőzésben segít, hanem a generációkon átívelő életmódi megfontolásokat is befolyásolja. Mintegy másfélmillió ismert cukorbeteg, ugyanennyi potenciális diabéteszes, és hozzávetőleg hárommillió vénás keringési betegségben szenvedő ember él Magyarországon. Az utóbbi évek népegészségügyi törekvése jellemzően a betegek figyelemfelhívása volt a tünetekre. Több plakát hívja fel a figyelmünket arra, hogy nem lehet eléggé hangsúlyozni a kellő időben történő észlelést és a megfelelő ellátás fontosságát.

AZ EPIDEMIOLOGIAI ADATOK ÉS AZ EBBŐL FAKADÓ KONKRÉT PROBLÉMÁK NAPJAINKBAN

Magyarországon az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF 2019) adatai szerint a felnőtt lakosság 14 százaléka cukorbeteg (kb. 1,1 millió), számuk húsz év alatt megháromszorozódott. Az életkor emelkedésével az érintettek aránya meredeken nő: a legfiatalabb felnőttekhez viszonyítva egy 75. életévét betöltött embernek negyvenszer nagyobb az esélye arra, hogy cukorbeteg legyen. A nők inkább a fiatalabb korosztályokban érintettek, de ez a trend a 45–54 éves kor felett megfordul. A NEAK adatai szerint 2019-ben az egy főre jutó kifizetés az 1-es, illetve 2-es típusú betegség esetében 26, illetve 15 ezer Ft, a szakellátások utáni teljes kiadás 70 százaléka (kb. 5,8 milliárd Ft) a 2-es típusúhoz kapcsolódik [9]. Az Egészségbiztosítási Alapból összesen 63,5 milliárd

forint került kifizetésre, a finanszírozás nagyobb részét (76%) a vényhez kötött gyógyszerek (pl. inzulin és antidiabetikumok) árához nyújtott támogatás adta. A gyógyászati segédeszközök (pl. vércukorszintmérő tesztcsíkok, inzulinpumpák) ártámogatásának részesedése 11% volt. A diabetes a „civilizációs” betegségek egyike, amely napjaink egyik legjelentősebb népegészségügyi problémájává vált. A probléma megoldása egyre inkább olyan tudatos, csapatban dolgozó és jelenbe megérkező szakembereket kíván, akiknek a találkozása legkevésbé sem véletlenszerű [10,11].

CÉLKITŰZÉS

Jelen cikk célja a MEROVA Diabetic Health (Végtagmentő applikáció) bemutatása a szakemberek és döntéshozók számára, támogatva a betegség teljes spektrumában ellátást nyújtókat úgy, hogy ne sújtja újabb költségekkel a felhasználókat. A végtagmentő applikációt 2009-ben majdnem ötezer páciens töltötte le és több mint 7800 státusz letöltés valósult meg [12]. A Végtagmentő applikáción keresztül több millió egészséges ember juthat naprakész, hasznos, megbízható forrásból származó információhoz.

A MEROVA MEGJELENÉSE – AZ EGÉSZSÉGPOLITIKAI KONTEXTUS. FUNKCIÓI AZ ELLÁTÓK SZÁMÁRA

A kritikus pénzhiány és a visszaélések megfékezésére a NEAK-listán szereplő – a végtagmentéshez elengedhetetlen – speciális antiszeptikus kötszerek felírását nagyon szigorú feltételekhez köthették (fotódokumentáció, ellenjegyzés). Az

ellátási folyamat átfutása több hét, azonban ezalatt egy végtag sebes folyamata kritikussá válhat. Az adminisztratív szigorításnak az lett a következménye, hogy az orvosok vonakodva írják fel a szükséges eszközöket (kötszereket), ez ugyan eredményez némi megtakarítást az egyik oldalon, de sokkal nagyobb kiadást a másik – az amputáció utáni – költségoldalán. A csalással vádolt gyógycipős cégek jeles képviselői a börtönben ülnek, remélve, hogy a többi inkorrekt kolléga tanul belőle, de a javulás továbbra sem érezhető. Aki gyógycipőt szeretne, sokkal nehezebben jut hozzá. A diabetesz cipő hiányában sokkal több beteg lába csúszik bele a gyulladós folyamatokba és indul el vele a lavina. Ebben a nehezen feloldható hangulatban próbáljuk a veszélyeztetett betegársadalmat és a végletekig kimerült ellátórendszerrel segíteni a MEROVA Health végtagmentő applikációjával és a digitális kórházzal, utóbbiba már a lábapolókat is integráltuk, mint hatékony prevenció támogatókat. A digitális állapotfelmérés első lépéseit az applikáció egyszerű lépései mutatták. Lábdiaosztikai felülete egyszerűbbé teszi a betegek és hozzátartozók életét, valamint az orvoskollégák és a szakdolgozók munkáját. Életmódot támogató, ellátókereső funkciója gyors segítséget ad, akár a késő esti órákban is. Kurzusokról és konferenciákról tájékozódhatnak a „jószándékú lábmentők”.

Mivel a pedikűrös-podiatér kérdés továbbra is sokaknak okoz fejtörést, megállapíthatjuk, hogy a gyógyító pedikűrösök nagy számban képviseltetik magukat Magyarországon, ellenben a podiaterek olyan kevesen vannak, hogy kizárólag együttműködésben képesek hatni a társadalom lábállapotára. Az ez évben végzett podiaterek rendszerbe integrálásától remélhetünk némi javulást – de még nagyon mesze vagyunk a szükséges szakemberszámtól.

EREDMÉNYEK

Az applikációval az volt a célunk, hogy megértsék a betegek: az életük a tét! Együttműködést kezdeményeztünk több cukorbetegklubbal, segédeszköz-forgalmazóval, legutóbb pedig a pedikűrös-podiatér képzésben kerestünk harcostársakat [13].

Az applikáció segítségével nem várt közvetlen sikereket is elértünk. A fejlesztés korai szakaszában az applikáción dolgozó egyik informatikus kolléga a képek elemzésekor hasonlóságot vélt felfedezni a saját hozzátartozója lábával – aki addig nem akart orvoshoz menni, hiszen régebben is begyógyultak a sebei!

Az applikáció prototípusával elvégezték az érintett otthonában az állapotfelmérést, és annak eredményével már rá tudták beszélni az illetőt, hogy menjen el orvoshoz – így az időben megkezdett szakszerű kezelésnek köszönhetően megmenekült a lába [14].

A páciensek képesek elsajátítani az applikáció használatát, így gyorsabban szakorvoshoz jutnak, az applikáció szakemberkereső funkciója segít nekik megtalálni, hogy területi megoszlásban hol érhetőek el a lábakkal teljes mélységükben foglalkozó szakemberek. A speciális ellátást végző orvo-

sok állami és magánszektorban is megtalálhatóak. Számuk elenyészően kevés, de a sürgősségi esetek egyértelműen elsőbbséget élveznek.

Véleményünk szerint eredmény, hogy ritkulhatnának a kritikus állapotban jelentkező „valahogy mentsük meg a lábam, doktor Úr”-helyzetek. Az applikáció által vázolt élethelyzetek segítik a betegeket az állapotuk megítélésében. Könnyebben el tudják dönteni, mennyire sürgős a szakellátás. Ellenőrző és tanácsadófunkciójával elkerülhetőek a későn érkező vagy indokoltalanul optimista páciensek szélsőséges elvárásai. Az applikáció olyan állandó, egyébként időben és térben nem megvalósítható kontrollt képes adni, mely szembesíti a betegeket az előttük álló feladatokkal. Az applikáció fenntartja a figyelmet, időről időre figyelmeztet a szövegművek elkerülésére (asszisztens funkció). Látni enged olyan visszafordíthatatlan állapotokat, melyeken lehetetlen nem elgondolkodni.

KÖVETKEZTETÉSEK

Nagyon fontos kimondani, hogy a cukorbeteg láb kapcsán kialakult lábsebek miatt 85%-ban szükségtelen az amputáció. Ezért kezdeményeztük a „Hosszába fel, ne keresztbe le!” szlogent, amely egyértelműen arra utal, hogy a gyulladós esetek kiválóan megoldhatóak a sebészeti feltárással, megfelelő, intelligens kötszerekkel és tehermentesítővel. Tény, hogy a különböző eredetű krónikus sebek aránya az európai populációban is 10-15% körül mozog [15]. A nehezen gyógyuló sebek súlyos teherként nehezdednek az idősödő társadalomra, már-már megoldhatatlan problémát okozva. A problémakör komplex, ezért a diabeteszes láb szövődései multidiszciplináris ellátást és betegoldali aktivitást is igényelnek. A betegcsoport drasztikusan növekvő száma és az orvosi kapacitások csökkenése miatt új szemléletre és támogató rendszerekre van szükség. A szakemberek munkájának minősége mellett a páciens (főként gyermekek, idősek, valamint a velük együtt élők, gondviselők) betegségtudata, hozzáállása, értékrendje, mentális készsége és állapota, szociális lehetőségei is befolyásolják a betegdukáció és az önmenedzselés eredményességét, a kezelési célértékek elérését, megtartását. Ha a betegséggel élők számával és az egészségügyi kiadásokkal kapcsolatban megfigyelhető növekvő trendet vesszük alapul, a kialakult állapotok szakszerű kezelése mellett egyre inkább célszerű a betegség és a kialakulásért felelős kockázati tényezőkre fókuszálni. Célként határozható meg ennek mielőbbi elérése az AI segítségével. Jelenleg híján vagyunk a humán erőforrás-tartalékoknak és az anyagi forrásoknak is. A hőn áhított prevenció háló hiányos [15].

A TOVÁBLÉPÉS LEHETŐSÉGEI, RENDSZERKORLÁTOK

Hosszú távú feladatunknak érezzük, hogy meglévő és folyamatosan gyarapodó tapasztalatainkat feldolgozva szervezett, komplex megoldást adjunk a jövő generációjának. Az

applikáció alkalmazásával több betegnek, családnak nyújthatunk időben korrekt segítséget!

Ebben a barátságosan helyzetben a végtagmentő web-applikáció alkalmazása olyan követhető programot kínál a pácienseknek, amely kifejezetten a cukorbetegség és a vénás keringési betegségek szövődményei miatt veszélyeztetett végtagok megmentését szolgálja. Ez az alkalmazás kibővült egy úgynevezett digitális kórházzal, vagyis egy olyan felülettel, amelyet szakellátók és lábápolók használhatnak, hogy digitálisan követhessék a betegek állapotfelméréséhez és vizsgálatához szükséges dokumentumokat. Az új felület egyben orvosi támogatást is nyújt az ellátók számára a megelőző döntések meghozatalában [16, 17].

A diabéteszes és vénás keringési betegségben szenvedő páciensek a végtagjukon megjelenő panaszok kapcsán az első pillanattól követhető, támogató javaslatokat és tanácsokat kaphatnak. Ennek segítségével a krónikus sebek kialakulásától és a következményes amputációtól óvhatnánk meg a betegeket. A felületen található, lépésről lépésre követhető feladatsor hatékonyan segít a pontosabb diagnózis felállításában, a tünetek kezelésében és a betegek tájékoztatásában. Segítve és támogatva az orvosi döntéshozatalt, szükségszerűen bízza a betegek felelősségvállalásában, erősíti az öngondoskodást [18, 19].

Hiába népbetegség a diabétesz, szövődményei ellenére sokan mégsem veszik elég komolyan, pedig egy cukorbeteg esetében tizenöt százalékkal magasabb annak az esélye, hogy amputáció áldozatává válik [12,13]. Az világosan látható, hogy a korábban megálmodott struktúrához nincs elegendő szakember. Erőn felül teljesítenek az egészségügyi személyzet tagjai, mégsem lesznek elegendő, ha a számadatokat nézzük. A szakorvosok és szakdolgozók leterheltek, bérköltségük magas. A legnagyobb esélyt az adhatja, ha a jól szervezett lábápoló-társadalom időben kiszűri a veszélyeztetett lábakat, betegeket. A digitális kórház szervezi, elemzi, és a tudáshalmazt rendezi az ellátók számára, így lerövidíti a betegutakat, csökkenti a felesleges orvos beteg- találkozásokat. A lábápolók munkájának, adminisztrációjának, a GDPR-nak a feladatát a digitális kórház platform szolgáltatja. A felkészítés és ismeretek átadásának hibrid megoldásaként a digitális útmutatások mellett elkészülnek a papír alapú informatív íráskok is.

Akinek volt a családjában cukorbeteg vagy érszűkületben szenvedő, tudja: egy rosszul sikerült fürdőlátogatás vagy természetjárás is okozhat riadalmat. A leszűkült lábaknál jellemzően fiatalabb korban jelennek meg a tünetek, mint a felnőtteknél. Emiatt célszerű a következő generációk megelőzésének is minél koncentráltabb figyelmet szentelni. A magyar ellátórendszer extrém terhelés esetén – pl. különösen meleg nyár – szembekerül a sebek állapotának romlásával. Ez idézheti elő elsősorban azokat a gyorsan kikényszerített döntéseket, melyek hosszú távon nem bizonyulnak megalapozottnak. Ne legyünk gyakorlóterep, tegyünk meg mindent annak érdekében, hogy az emberi hibát minimálisra csökkentve egy hatékony döntéstámogató rendszert építsünk! A rendszer igyekszik minimalizálni az emberi tévedés (fáradtság, humánerőforrások, bizonytalanság) százalékos arányát. Ebben a szellemiségben dolgozik a MEROVA csapata a moduláris betegmanagement platformon, az ellátási lánc fontos és elismert szereplőivel karöltve. A MEROVA Health összeköti a beteget és az ellátót, támogatja az optimalizált betegutak létrejöttét. Funkcióival lehetővé teszi az otthoni utógondozást, betegtámogatást! A páciens azt érezheti, hogy minden pillanatban van egy olyan támogató felület, amely minden olyan kiegészítő terápiás eszközt felajánl, ami segítheti állapotja javulását. Elősegíti, hogy a beteg tenni tudjon/ akarjon saját gyógyulásáért. A kliensmanagement-rendszeren keresztül patronálja a lábápolók munkáját, ahova a betegek is be vannak csatornázva. A beteg saját felületén maga is hozzáfér adataihoz, szükség esetén másik orvossal történő konzultációt is elő tud segíteni. Megtekintheti korábbi, későbbi fotóit, ezzel egyes kérdéses helyzetekben segíti az egészségügyi szakemberek döntését. Folyamatosan javuló, direkt orvosi támogatás elérése a célunk. Olyan optimalizált térben zajlik az online ellátás, melyre korábban nem volt példa ezen a célterületen. Az adatfeldolgozás és a kockázati faktorok előrejelzése – visszaintegrálva rendszerünkbe – erősíti a cukorbetegséggel kapcsolatban álló minden érintett gazdasági helyzetét és egészségpiaci pozícióját [20, 21, 22].

Köszönetnyilvánítás: ezúton szeretnénk megköszönni az oktatásban részt vevő kollégák, együttműködő betegek minden segítségét.

A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Rozsos I: Lábjegyzet könyvek 1-6-ig 1999 Orbán Szolgáltató Bt. Pécs „...hogya a lábtartónak értelme legyen.”
- [2] Weborvos Magyar Orvosi Kamara Ingyenesen letölthető végtagmentő applikáció 2019-10-18 <https://mok.hu/hirek/lapszemle/ingyenesen-letoltheto-vegtagmento-applikacio> 2024. 08. 28.
- [3] Oberfrank F. elnök 2019. december 10. beszámolója az applikáció megjelenéséről: A magyar orvostársaságok és egyesületek szövetségének elnökségi beszámolója 2019.
- [4] Rozsos I, Mecseky L, Vadász G, Gadácsi M: A diabétesz láb ellátás és az edukáció hatékonyságának javítása – a végtagmentő applikáció – Érbetegségek, XXVI. évfolyam 2. szám, 2019/2. 70.
- [5] Weborvos: <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/diabetesz-lab-olcsobb-levagni-mint-megmenteni-218221> 2024. 08. 28.
- [6] Rezidensek és Szakorvosok Szakszervezete (Reszasz) adatait: <https://www.origo.hu/itthon/2016/10/tul-magas->

- az-amputációk-száma-magyarországon 2024. 08. 28.
- [7] Kempler P: A 2-es típusú cukorbetegség incidenciája, prevalenciája, a kórházi kezelés mutatói és a betegség költségei hazánkban. A Magyar Diabetes Társaság felmérése (2001–2014). Diabetologia Hungarica 2022 XXX. évfolyam 2. szám
- [8] Balogh E, Wagner Z.: Megelőző orvostan és népegészségtan Diabetes mellitus 4. fejezet – A nem fertőző betegségek epidemiológiája
- [9] NEAK gyógyászati segédeszköz felírási segédlet: https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/ellenorzesek/szakertoi_tevékenység/tajek_kotszer 2024. 08. 28.
- [10] Kolosváry E. Alsó végtagi amputációk Magyarországon a HUNVASCDATA vizsgálat tükrében 2024. 06. 21. https://medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/also_vegtagi_amputaciok_magyarorszagon_a_hunvascdata_vizsgalat_tu_kreben/ 2024. 08. 28.
- [11] Kókény Z: Dictum Orvostudományi Kiadó és Szolgáltató Kft. <https://vasarnap.hu/2023/05/24/labmento-cukorbetegseg-kampany-amputacio/> 2024. 08. 28
- [12] Pannondoktor 05. 24, 2020 <https://www.pannondoktor.hu/2020/05/11000-allapotfelmeressel-es-7000-letoltessel-buszkelkedhet-a-vegtagmento-applikacio/> 2024. 08. 28.
- [13] Radics Zs.: Lex Praxis Foglalkozás-egészségügy, közegészségügy – Szakmai irányelv a diabéteszes láb szindrómában szenvedő cukorbeteg ellátásáról felnőttkorban 2023. május 18. <https://orvosivallalkozas.hu/cikk/diabetesz-es-lab-szindroma-magyarorszagon>
- [14] Molnár A, Rozsos Pálfi E. Akut és krónikus sebek gyógyulásának támogatása táplálásterápiával Új DIÉTA XXVIII. 2019/4
- [15] Boncz I, Kovács LG.: A nemzeti egészségbiztosítási adatvagyon használata betegségteher-elemzésekhez Magyarországon – Orvosi Hetilap, 2021. 162. évfolyam, Supplementum 1. 2–5
- [16] Rozsos I: A krónikus sebek ellátásakor: a sebtisztítás szerepéről Érbetegségek, XXIX. évfolyam 4. szám, 2022/4.
- [17] Digitális kórház: www.merovahealth.com 2024. 08. 28.
- [18] Rozsos I. Sebkezelés: <https://sebkezeles.hu/hasznostudnivalok/applikacioval-az-amputaciok-ellen/678> 2024. 08. 28
- [19] Kaló Z et al.: A cukorbetegség társadalmi terhe és egészségügyi prioritásának indoka Diabetologia Hungarica, 2011. XIX évfolyam 3. szám
- [20] Solt Katalin – Weisz Ágnes – Zsupenekné Palányi Ildikó: A 2-es típusú diabétesz prevenció lehetőségei... Prosperitas Vol. III. 2016/1. (11–32.)
- [21] MEROVA Egészség platform: <https://merova.eu/hu>
- [22] MTI Info jegyzet a cukorbetegség társadalmi- gazdasági hatása- 2023/44. 2023. december 6. ORSZÁGGYŰLÉS HIVATALA KÖZGYŰJTEMÉNYI ÉS KÖZMŰVELŐDÉSI IGAZGATÓSÁG KÉPVISELŐI INFORMÁCIÓS SZOLGÁLAT – <http://www.parlament.hu/infoszol>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Merse Anita MSc egészségügyi szakmenedzser, műtős szakasszisztens, gyógyszerészet-egészségügyi-forgalmazó. Több mint 30 éve dolgozik az egészségügyben, műtői rutinját főként általános és érsebészetben szerezte. Orvoslátogatóként 5 évet gyógyszercegnél régióvezetőként, egyedileg gyártó segédeszközcégnél újabb 5 évet dolgozott.



Rozsos István 1984-ben szerzett diplomát a Pécsi Orvostudományi Egyetem általános orvosi karán. Tudatosan készülve a sebész szakmára, 4 éven keresztül az Anatómia Intézet TDK-hallgatója volt. A képzés ideje alatt pajzsmirigy-működés témában kutatott. Sebészetből, majd érsebészetből szakvizsgázott, tudományos érdeklődése egész

korán az amputációk megelőzése és a haemorreológia irányába terelték. 2002-ben megvédte PhD-munkáját diabétesz láb és revaszkularizációs komplikációk témában. 2008-ban MBA-diplomát szerzett. 20 év klinikai munkát követően az országban elsőként végzett lézeres visszérműtétet, majd 2018-ban mik-

rohullámú vénás ablációt. Több neves hazai magánklinikai szakorvosa, privát praxisában évi 2000 beteget lát el. Hazai és nemzetközi konferenciák rendszeres résztvevője, szervezője. Munkacsoportjában egészségügyi szakmenedzserként vesz részt. Fontosnak tartja a cukorbeteg lábát veszélyeztető állapotok elkerülését, megelőzését, kezelését. Egészségügyi szakdolgozói kamara aktív tagja.

rohullámú vénás ablációt. Több neves hazai magánklinikai szakorvosa, privát praxisában évi 2000 beteget lát el. Hazai és nemzetközi konferenciák állandó meghívott előadója és hallgatója. Több tucat nemzetközi cikk írója, hazai megjelenéseinek száma több száz. 2020-ig a Pécsi Theta Központ vezetőjeként végzett egyetemi oktatómunkát. Cukorbeteg lábakkal csaknem 40 éve foglalkozik. A MEROVA Health megálmodója és szakmai vezetője, végtagmentő applikáció munkájával jelentősen hozzájárul a hazai egészségnevelés-projekthez. A cukorbeteg láb témában meghatározó szakmai képviselője a Sebkezelő Társaságnak. Richter érdemérmes szakorvos, napjainkban az egyik legkeresettebb hazai vénás szakértő. Végtagmentő innovációs ötletével több rangos elismerés tulajdonosa, az applikáció számos startup- és szakmai díj nyertese.

Díjátadók

Immár hagyomány, hogy az év végén értékes díjak találhatnak gazdára – idén 2024. november 19-én a Medicina díjátadó gáláján kerül sor a MEMT által meghirdetett hallgatói díjak átadására. Az online leadott nevezések közül egy szakmai grémium szavazással választja ki a legkiválóbbakat.

Az év medikusa díjat Koós Gábor, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar végzős hallgatója nyerte el.

Az év fogorvos-tan-hallgatója díjat Leskó Eszter Rózsa, a Semmelweis Egyetem Fogorvostudományi Karának negyedéves hallgatója kapta. A díjat köszönjük a felajánló RadioDentalnak.

Az év fogorvosi PhD-hallgatója díjat dr. Mózes Adél Eszter, a Semmelweis Egyetem Transzlációs Medicina Központ PhD-hallgatója érdemelte ki. A díjat köszönjük a felajánló MindentMent Fogászati rendelőhálózatnak.

Az IME 2024. december 3-i Menedzsment és leadership konferenciáján kerül sor az idei Tamás Éva-díj átadására. A szaklap 2021-ben elhunyt alapítója, Tamás Éva emlékéét őrzi a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság által, a HARTMANN-RICO Hungária Kft. támogatásával létrehozott díj, amellyel egy-egy fiatal szakember tudományos munkáját jutalmazza a szakmai zsűri.

Az elmúlt egy évben az IME konferenciákon fiatal előadó által tartott, a magyar egészségügy szempontjából legkiemelkedőbb jelentőségű előadásért járó **Tamás Éva Előadói díjat** Dr. Csanádi Marcell nyerte el.

Az elmúlt 12 hónapban az IME tudományos szaklapban megjelent, fiatal szerző által írt legszínvonalasabb szakkikkért járó **Tamás Éva Publikációs díjat** Dr. Bagdy-Bálint Réka kapta meg.

Minden díjazottnak gratulálunk!

Tematika és beküldési, megjelenési határidők - 2025



Lapszám	Tematika	Cikkek beérkezési határideje	Hirdetés leadási határidő	Megjelenés
XXIV. évfolyam IME 2025/1	Digitális egészségügy	2025.01.31.	2025.03.21.	Április
XXIV. évfolyam IME 2025/2	Egészségpolitika, egészségügyi rendszerek, egészség-gazdaságtan	2025.03.31.	2025.05.22.	Június
XXIV. évfolyam IME 2025/3	Betegbiztonság, infekciókontroll	2025.07.01.	2025.09.17.	Október
XXIV. évfolyam IME 2025/4	Leadership, menedzsment, kontrolling	2025.09.15.	2025.11.03.	December

A fenti témák mellett az év bármely lapszámába várjuk a tudományos publikációkat, kiemelten a **digitális egészségügyi tematikájúakat**.

MUNKÁCSY

Egy világsiker története

Munkácsy Mihály: Reggel a nyaralóban / Morning in the Country House, 1881 | © The Albany Institute of History & Art, Bequest of Margaret F. Lynch

2024. 11. 27. – 2025. 03. 30.

SZÉPMŰVÉSZETI MÚZEUM

szepmuveszeti.hu

Főtámogató:

MBH BANK

Együttműködés partnerek:

Hilton
Garden Inn
Budapest City Center

AIRFRANCE



Médiatámogatók:

múlt-kor | m2targy.com | NOKLAPJA | országút | LÁM | FÖLDGÖMB
90.9 jazz | flash | TREND FM | INFO | IME | ARTMAGAZIN