

IME

Egészségügyi
vezetők szaklapja,
tudományos folyóirat

INNOVÁCIÓ MENEDZSMENT EGÉSZSÉGÜGY



A HIÁNYZÓ LÁNCSEM

Egészséges Budapest
Program: onkológiai
betegűtszervezés

19. oldal

SZERVEZETI MEGTARTÁS

Mentorprogram az
Országos Korányi
Pulmonológiai Intézetben

48. oldal

ORVOSHIÁNY KÖZÉP- ÉS KELET-EURÓPÁBAN

Körkép a kirendelés
és vezénylés
vonatkozásában

55. oldal

Beköszöntő



Felpezdült az ország, mindenki véleményt formál, értékel, podcastot gyárt, tekintettel a közelgő választásokra, ez alól az egészségügy sem jelent kivételt. Soha ennyi, az ellátórendszert érintő beszélgetés nem látott napvilágot, ami azt (is) mutatja: éppenséggel van miről vitatkozni. Olyan szereplők is megszólalnak, akik korábban ritkán vettek részt hasonló diskurzusokban – ez kifejezetten üdvözlendő, hiszen új nézőpontokat, friss gondolatokat hoznak be az értékelések világába.

Érzékelhetően újra a közpolitikai figyelem középpontjába került az ellátórendszer napi működése, ami az események függvényében teljesen indokolt. Csak emlékeztetőül: utoljára akkor övezte ekkora érdeklődés az ágazatot, amikor az azóta megszűnt Szabad Demokraták Szövetsége átvette az egészségügyi tárca irányítását, és kapacitásmegszüntetést, vizitdíjat, valamint több-biztosítós modell bevezetését tűzték ki célul. Az előzetes elképzelésekből csupán az ágyak leépítésére és a betegutak összekuszálására futotta, nagy vihart kiváltva, a többi próbálkozást elmosta a népharag.

Érdekes módon a 2010 utáni korszak, amely az államosítással és az erőteljes központosítással gyökeresen átrajzolta a korábbi keretrendszert, nem váltott ki ekkora társadalmi reakciót. Akkoriban a nyilvánosság nemigen kínált fórumot arra, hogy az emberek jobban megértsék a rendszer működését – nem úgy, mint a SZDSZ-féle reformok idején, amikor a tévék és rádiók vitákkal voltak tele. Most viszont újra élénk az érdeklődés, a korábbi passzivitás szertefoszlott.

Nem egy újabb nagy rendszerreform váltotta ki ezt az aktivitást, hanem a hétköznapi valósága: a szükséges kezelésekhez való nehézkes hozzáférés, a halasztott műtétek, elmaradó vizsgálatok hosszú sora. Eközben szinte észrevétlenül megerősödtek a magánszolgáltatók – a közfinanszírozott rendszer hiányosságaira válaszul. A valódi feszültségek itt robbantak ki: a 2020-as évek elején sokaknak még volt némi megtakarításuk, amit hajlandóak voltak egészségügyi célra fordítani – különösebb morgolódás nélkül. Mára azonban ezek a tartalékok elfogytak az érintett társadalmi csoportokban, egyre szűkebb kör engedheti meg magának a magánegészségügyet. Ez bizony fordulópont.

Közben a magánszolgáltatók – különösen a nagy hálózatokat működtetők – is szorult helyzetbe kerültek. A széles bázisra méretezett kapacitások kihasználatlaná váltak, fejlődni pedig csak akkor tudnának, ha bonyolultabb beavatkozásokat is vállalnának – ehhez viszont jelentős beruházásokra lenne szükség. Csakhogy a megtérülés kérdéses. Ebben a környezetben nem csoda, ha megszületett Kóka János vitairata, amely az „Egészségügy megújításának 10 pontos, 10 ezer milliárdos programja” címet viseli. A dokumentum élénk érdeklődést váltott ki, szerepel a híradásokban, és helyet kapott egészségügyi konferenciák programjában is. Úgy tűnik, az ágazat dolgozói ki vannak éhezve a rendszerszintű elemzésekre – szeretnék átlátni, mi zajlik körülöttük, és választ kapni arra a kérdésre: csak ők elégedetlenek, vagy mindenki más is.

Kóka János vitairata alapvetően azért született meg, hogy promotálja abbéli meggyőződését, szükség van a nagyvállalatok számára kötelező jelleggel kiegészítő biztosítás megkötésére a dolgozók minél gyorsabb ellátáshoz jutása érdekében. Hogy pontosan értsük, mit is sugall a dolgozat: lassan annyira nem lehet az egészségügyi szolgáltatásokhoz hozzáférni, hogy az már veszélyezteti a cégek érdekeit a munkaerő stabil megtartásában, fenntartásában, gyors felgyógyulásában. Ezért fogalmazódott meg a cél, hogy a legalább 100 vagy 250 főt foglalkoztató cégek adómentesen köthessenek egészségbiztosítási szerződéseket dolgozóiknak, ami soron kívüli ellátást biztosít számukra. Durva láttelep. Kimondva, kimondatlanul, de azzal is számol a javaslatcsomag, hogy jelentős hányadban a magánszolgáltatóknál veszik igénybe a szükséges szolgáltatásokat, nem kizárva persze a lehetséges szolgáltatói körből a klinikákat, nagyobb kórházakat sem. Hogy mennyire életképes Kóka vitairata a kormányzat számára, még nem ismert, arra azonban már most érdemes felhívni a figyelmet, hogy ez a javaslat a társadalmi egyenlőtlenségeket növelni fogja.

Szóval, itt tartunk, elementáris igény fogalmazódik meg az átfogó, jövőbe mutató egészségpolitikai programalkotás iránt. Reméljük, jövő ilyenkor már múlt időben beszélhetünk erről a hiányról.

Dr. Sinkó Eszter

*Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság
elnökhelyettes*

2025. május 28.

**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 Prof. Dr. Gaál Péter elnök

Felelős kiadó Prof. Dr. Gaál Péter elnök
Korábbi főszerkesztők Prof. Dr. Kozmann György
 2002–2022

Alapító Tamás Éva

Rovatvezetők

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

Szerkesztőbizottsági tagok

Babos János Öri Károly
 Dr. Bacsikai 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. Melczér Zsolt Prof. Dr. Tóth Kálmán
 Prof. Dr. Molnár Zsolt Dr. Tóth Árpád
 Nagy István Dr. Varga Imre
 Dr. Németh Orsolya

Szerkesztőbizottság Tanácsadó Testülete

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

Szenior tanácsadók

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

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
 Harasztiné R. Szusanna
 Nyomdai előkészítés Harasztiné R. Szusanna
 Nyomdai munka Vargé Nyomda

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

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

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

Tartalom

Sinkó Eszter
Beköszöntő 3

*Sinka Fruzsina Mária, Tóth Ágnes Anita,
 Buga László, Belicza Éva*
**A 2012 és 2020 között diagnosztizált szívelégtelen betegek
 és megjelenő társbetegségeik adminisztratív adatokon alapuló
 retrospektív vizsgálata** 5

*Dózsa Csaba László, Salai Márton József,
 Havasi Gábor, Rékassy Balázs*
**A hiányzó láncszem – a Fővárosi Önkormányzat
 onkológiai betegútszervezési programjának bemutatása** 19

*Nagy Edit, Tóth Ágnes Anita, Lénárt Anett, Czira Anita,
 Szabó Attila, Sinkó Eszter*
Eutanázia és életvégi ellátás gyermekkorban 31

*Molnár Zoé, Kocsis Eszter, Egri Dóra,
 Fazekas Fruzsina Eszter, Beöthe Tamás Zsolt*
**Urológiai nagyműtétes betegek prehabilitációja –
 Megvalósíthatósági vizsgálat, avagy hol van
 a műtéti felkészítés helye a magyar egészségügyben** 39

*Bogos Krisztina, Miklós Zsuzsanna, Hajós Andrea,
 Lengyel Livia, Heringh Alexandra*
**A szervezeti megtartást támogató mentorprogram,
 az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet
 pilot programjának bemutatása** 48

*Stubnya Bence Gusztáv, Kozák Anna, Ádám Szilvia,
 Cserhádi Zoltán, Vámosi Péter, Kovács Eszter*
**Az orvoshiány kihívásai Közép- és Kelet-Európában –
 körkép a kirendelés és vezénylés vonatkozásában** 55

Tarczsa Orsolya
Digitális megoldások a betegellátás szolgálatában
*Beszámoló a 2025. május 8-ai Adatvezérelt egészségügy
 és kiberbiztonság konferenciáról 65*

A 2012 és 2020 között diagnosztizált szívelégtelen betegek és megjelenő társbetegségeik adminisztratív adatokon alapuló retrospektív vizsgálata

Administrative data-based retrospective study of patients with heart failure and other comorbidities, diagnosed between 2012 and 2020

Sinka Fruzsina Mária¹ ✉, Tóth Ágnes Anita², Buga László^{2,3}, Belicza Éva¹

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium
Adatvezérelt Egészség Divízió

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

³Ceglédi Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd

✉ sinka.fruzsina@emk.semmelweis.hu

A szívelégtelenség jelenleg világszerte több mint 23 millió embert érintő népbetegség, amelynek prevalenciája a népesség elöregedése következtében a fejlődő terápiás lehetőségek ellenére évről évre növekszik. Kutatásunk arra keresi a választ, hogy a szívelégtelen betegek körében jellemzően prevalens társbetegségek előfordulása hogyan változik az elemzett betegpopulációban, illetve ezek a betegségek milyen mértékben járulnak hozzá a szívelégtelenség kialakulásához.

Elemzéseink alapját a járóbeteg-szakellátási és kórházi igénybevételek és a társadalombiztosítási azonosító jellel rendelkező lakosság demográfiai adatállománya (TAJ-törzs) képezte. A különböző adatbázisokat összekapcsolva a demográfiai jellemzők meghatározása mellett főként trendelemzést és többváltozós logisztikus regressziós elemzéseket végeztünk a 40-79 éves korcsoportba tartozó, 2012 és 2020 között szívelégtelenséggel diagnosztizált betegek adatain.

A magyarországi szívelégtelen populáció erősen multimorbid, egészségük romlásában több betegség egyszerre játszik szerepet. A szívelégtelenség kialakulásának esélye a megelőző évben akut miokardiális infarktus diagnózissal rendelkező betegek esetében volt a legmagasabb (9,247). A kardiomiopátia 7,377-szeres, hipertónia 4,127-szeres, COPD 3,070-szoros, veseelégtelenség 2,839-szeres, ischaemiás szívbetegség 2,836-szeres, pitvarfibrilláció 2,731-szeres, szívritmuszavar 2,151-szeres és diabétesz 1,507-szeres kockázatot jelent a szívelégtelenség kialakulására.

Az ismert kockázati tényezők az adminisztratív adatok elemzése alapján is kockázati tényezőknek minősülnek. Mindezek felhívják a figyelmet a prevenció és a szűrővizsgálatok fontosságára, azért, hogy az érintett betegeknél még a szívelégtelenség kialakulása előtt, vagy annak korai stádiumában el tudják kezdeni a kezelést, ezáltal kedvezőbb egészségnyereséget érjenek el. Tudomásunk szerint közel 10 évet és majdnem 200 000 hazai beteget feldolgozó tanulmány ebben a témában még nem jelent meg. Tanulmányunk megerősítette az eddigi

vizsgálatok eredményeit a szívelégtelenség rizikófaktorainak és társbetegségeinek vonatkozásában. Emellett a logisztikus regressziós eredmények alapján súlyoztuk a rizikófaktorokat, amelyek kijelölik a prevenció lépések sorrendjét is.

Kulcsszavak: szívelégtelenség, diagnosztikai vizsgálatok, betegút, társbetegségek, prevenció

Heart failure is a widespread condition affecting more than 23 million people globally, with an increasing year-by-year prevalence due to the aging population, despite continuous development of new therapeutic options. This research seeks to answer how the occurrence of comorbidities, which are typically prevalent among heart failure patients, changes in the analysed patient population and to what extent these diseases contribute to the development of heart failure.

The analysis was based on multiple databases, such as the inpatient and outpatient healthcare utilization data and demographic data from the TAJ database. By linking these databases, we conducted trend analysis and multivariable logistic regression analysis on the data of patients with diagnosed heart failure between 2012 and 2020 while examining their demographic characteristics.

Said heart failure population in Hungary is highly multimorbid and various diseases are simultaneously contributing to the deterioration of health. We found that compared to the 40-49 age group, the 50-59 age group had a 1.848 times higher, the 60-69 age group had a 2.500 times higher, and the 70-79 age group had a 3.121 times higher chance of developing heart failure. In terms of counties, we did not find any significant differences. The highest risk for developing heart failure was observed among patients with acute myocardial infarction within the previous year (9.247 times higher). The risk of developing heart failure was 7.377 times higher for cardiomyopathy, 4.127 times higher for hypertension, 3.070 times higher for COPD, 2.839 times higher for kidney failure, 2.836 times higher for ischemic heart disease,

2.731 times higher for atrial fibrillation, 2.151 times higher for arrhythmia, and 1.507 times higher for diabetes.

Based on our analysis of administrative data, scientifically known risk factors also become highlighted. All of these underline the importance of prevention and screening so that patients with known morbidities can start treatments in the early stages of heart failure; thereby, maximizing their life expectancy. In terms of comorbidities, significant differences were observed between the heart failure population and the control group. In the control group, comorbidities occur less frequently, regardless of the level of healthcare utilization, compared to the heart failure population. However, within the heart failure population, the proportion of comorbidities increased with age. In 2020, a decrease was observed for several comorbidities, which can most likely be explained by the Covid 19 pandemic.

To the best of our knowledge, no study covering almost 10 years and processing such a large number of patients has been published. Our study confirmed the results of previous studies regarding the risk factors and comorbidities of heart failure. Additionally, based on the logistic regression results, we weighted the risk factors, thereby determining the order of preventive measures.

Keywords: heart failure, diagnostic care, patient pathways, comorbidity, prevention

BEVEZETÉS

A szívélgtelenség világszerte több mint 23 millió embert érint. Bár jelenleg nincs olyan arany standard eljárás, amely objektív módszert kínál a szívélgtelenség prevalenciájának és incidenciájának meghatározásához [1], megállapítható, hogy a népesség elöregedése, a fejlettebb diagnosztikai eszközök és a javuló terápiás lehetőségek következtében előfordulása folyamatosan növekszik [2].

A betegség diagnózisa sokkal összetettebb, mint sok más kardiológiai betegségé. A jelek és tünetek önmagukban nem elég specifikusak, így további vizsgálatok szükségesek a diagnózis felállításához. Az echokardiográfia (továbbiakban: ECHO) jelentős szerepet játszik a betegség diagnosztizálásában [3]. Könnyű elérhetősége, pontossága, hozzáférhetősége, biztonságossága és költséghatékonyága miatt elsővonalbeli eszköz a diagnosztikában [4].

A szívélgtelenséget hagyományosan a bal kamra ejekciós frakciója alapján kategorizálják. Azon betegek, akiknél a bal kamra ejekciós frakciója $\leq 40\%$, csökkent ejekciós frakciójú szívélgtelenségben szenvednek. Ha $\geq 50\%$ a bal kamra ejekciós frakciója, megtartott ejekciós frakciójú szívélgtelenségről beszélünk. Egy újabb kategória a szívélgtelenség enyhén csökkent ejekciós frakcióval. Itt a bal kamra ejekciós frakciója 41-49% [3].

A szívélgtelenség jelentős számú ambuláns vizitet és gyakori kórházi felvételt von maga után, amelyek egyaránt

jelentős költségekkel járnak [5–7]. Az irányelveknek megfelelő kezelés az évek során javítja a prognózist, ám a betegség kimenetele továbbra is kedvezőtlen, és jelentősen rontja az életminőséget [3,5].

A betegek optimális terápiájának biztosítása, valamint a morbiditás és mortalitás lehető legnagyobb mértékű csökkentése nemcsak a betegek, hanem az egészségügyi ellátók és finanszírozók közös érdeke is [7].

A szívélgtelenséggel kapcsolatban számos szíveredetű és nem szíveredetű társbetegséget említ a szakirodalom, amelyek a szívélgtelenség kialakulásában kockázati tényezőként ismertek, illetve a szívélgtelenség diagnosztizálását követően nagy gyakorisággal jelennek meg [3,4]. Egy 2012-es magyar közlésű cikk több fő társbetegséget is vizsgált, többek között: krónikus obstruktív tüdőbetegség (továbbiakban: COPD), diabétesz, hipertónia, ischaemiás szívbetegség, pitvarfibrilláció, veseelégtelenség [6].

A szívélgtelenséget megelőzően diagnosztizált egyes kórképek jelentőségét több kutatás is igazolja. McDonagh és társai szerint az artériás hipertónia a szívélgtelenség kialakulásának fő kockázati tényezője, eredményei alapján a szívélgtelenségben szenvedő betegek csaknem kétharmadának szerepelt a kórtörténetében magasvérnyomás-betegség [3]. Egy 2023-ban publikált kutatás szerint a magas jövedelmű országokban a magas vérnyomás a szívritmuszavarokkal és a koszorúér-betegséggel együtt a legmagasabb kockázatot jelenti a szívélgtelenség kialakulása szempontjából. Férfiaknál a szívélgtelenség eseteinek megközelítőleg 40%-a, nőknél 60%-a a kórosan magas vérnyomásnak tulajdonítható. A szívélgtelenség kockázata 24%-kal csökken a szisztolés vérnyomás minden 5 Hgmm-es csökkenésével [8].

Tanulmányok szerint akut szívizominfarktust (AMI) követően az érintett betegek 15-25%-ánál alakul ki szívélgtelenség: az AMI szívizom-károsodást okoz, ez hegesedéshez és szívizom-diszfunkcióhoz vezet, ezzel idézve elő végül a szívélgtelenséget. Ugyanakkor a két betegség fordított ok-okozati viszonyban is kapcsolódik egymáshoz: szívélgtelenségben szenvedőknél nagyobb eséllyel alakul ki akut szívinfarktus a rossz kardiovaszkuláris állapot miatt [9].

Az ischaemiás szívbetegség (IHD) a szívélgtelenség egyik leggyakoribb oka, mivel a szívizom elégtelen vérellátása (ischaemia) elősegíti a szív szerkezetének és funkciójának romlását. Az IHD-betegek körében különösen azoknál nagyobb a szívélgtelenség kockázata, akiknél AMI következett be, ami a bal kamra diszfunkcióját eredményezi vagy tovább rontja [10].

A szívélgtelenség és a cukorbetegség szorosan összefüggnek, és a két betegség együttes előfordulása különösen gyakori. Egy spanyol vizsgálat (DIABET-IC tanulmány) szerint a 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő betegek 39,2%-ánál diagnosztizáltak szívélgtelenséget [11,12]. A szívélgtelenség emellett növelheti a cukorbetegség kialakulásának esélyét. Egy vizsgálat szerint a szívélgtelenségben szenvedők 6,2%-a lett cukorbeteg, míg azok közül, akik nem szenvedtek szívélgtelenségben, csak 1,5% lett cukorbeteg néhány éven belül [11].

A kardiomiopátiák általában a szív izomzatának gyengülését, merevségét vagy rendellenes megnagyobbodását okozzák, amelyek megnehezítik a szív vérpumpáló képességét, így szívelégtelenséghez vezethetnek. Kiváltó okként a genetikai tényezőkön túl változatos környezeti faktorok és betegségek szerepelnek. A kardiomiopátiák különféle formái nemcsak okozati, de súlyosbító tényezőként is szerepet játszanak a szívelégtelenség patofiziológiájában [13,14].

A szívelégtelenség és a szívritmuszavarok, különösen a pitvarfibrilláció, kölcsönösen egymást előidéző és súlyosbító körképek, ezáltal az előző betegségekhez hasonlóan szintén befolyásolják egymás lefolyását és klinikai megjelenését [3, 15]. A pitvarfibrillációban szenvedőknél akár négyszer nagyobb eséllyel alakul ki szívelégtelenség, mint azoknál, akiknél nem áll fenn ez a körkép. A becslések szerint a pitvarfibrilláció a szívelégtelenséggel összefüggő esetek 30-50%-ában jelen van, növeli a kórházi kezelés szükségességét és a halálozási kockázatot, ugyanakkor a szívelégtelenség progressziójával a kamrai ritmuszavarok kockázata is növekszik [16,17].

A krónikus vesebetegség és a szívelégtelenség gyakran egymás mellett vannak jelen. Közös kockázati tényezőkkel rendelkeznek, ilyen például a magas vérnyomás és a cukorbetegség is. A krónikus vesebetegség ronthatja a kardiovaszkuláris funkciót és fordítva, a szívelégtelenség is ronthatja a vesefunkciót [3,18,19]. Egy kutatás szerint a szívelégtelenségben szenvedő betegek csaknem fele valamilyen fokú vesekárosodásban szenved. A szívelégtelenség a krónikus vesebetegségben szenvedő betegek 17-50%-ában fordul elő, a krónikus vesebetegség stádiumától és a betegek életkorától függően [18].

A két betegség együttes progressziója kardiorenális szindróma kialakulásához vezethet, amelynek során mindkét betegség egy malignus spirálhoz hasonlóan tovább rontja a másik lefolyását, ez pedig megnehezíti a betegek kezelését, növeli a kórházi felvételek gyakoriságát, valamint a halálozási arányt [3,18,19].

A krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD) gyakori a szívelégtelenségben szenvedő betegeknél a közös kockázati tényezők és patofiziológiai mechanizmusok miatt [20]. Összességében a COPD a szívelégtelenségben szenvedő betegek körülbelül 20%-át érinti, és jelentős hatással van a tünetekre és a kimenetekre [3]. Az egyidejű COPD diagnosztikai és terápiás kihívásokat jelent [20], mivel a tünetek és jelek átfedése miatt nem minden esetben könnyű megkülönböztetni a szívelégtelenséget a COPD-től [3]. Mindegyik betegség a másik állapot súlyosbodásával, végső soron pedig kombinált jobb- és balszívél-elégtelenség kialakulásával szövődhet. Mindezek következménye a morbiditás és mortalitás növekedése, a kórházi kezelések számának és a kapcsolódó egészségügyi ellátási költségeknek a növekedése [20].

CÉLKITŰZÉSEK

A szívelégtelenség egy komplex kardiológiai betegség, amelyhez kapcsolódóan kockázati tényezőként számos társ-

betegséget tart nyilván a szakirodalom. Kutatásunk arra keresi a választ, hogy ezen társbetegségek (akut miokardiális infarktus, COPD, diabétesz, pitvarfibrilláció, hipertónia, ischaemiás szívbetegség, kardiomiopátia, szívritmuszavar és veseelégtelenség) előfordulása hogyan változik a hazai elemzett betegpopulációban, illetve ezek a betegségek milyen mértékben járulnak hozzá a szívelégtelenség kialakulásához.

MÓDSZERTAN

Kutatásunkhoz a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által rendelkezésünkre bocsátott következő adatforrásokból nyertünk adatokat: járóbeteg-szakellátási és kórházi igénybevételek, és a társadalombiztosítási azonosító jellel rendelkező lakosság demográfiai adatállománya (TAJ-törzs). Valamennyi állomány egyedi megjelenési rekordokat tartalmaz, amelyekben az egyének azonosítása a társadalombiztosítási azonosító jel alapján történik. Az állományokban szereplő egyedi személyi azonosítókat a Nemzeti Infokommunikációs Zrt. deperszonalizált azonosítónévá konvertálta, így azok összekapcsolhatók, de az egyének nem beazonosíthatók.

A NEAK valamennyi közfinanszírozott ellátásra vonatkozóan gyűjti az adatokat. Ez többek között tartalmazza az igénybevétel dátumát, az ellátáshoz kapcsolódó diagnózist az Igénybevételek Nemzetközi Osztályozása (BNO) 10. verziója alapján, a végzett vizsgálatok és beavatkozások Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO) kódjait. Az állományok nem tartalmazzák az elvégzett diagnosztikai vizsgálatok eredményeit. Az adatok 2010-2021 közötti időszakra vonatkozóan álltak rendelkezésünkre. Ebből a 2012-2020 közötti évek adatait dolgoztuk fel annak érdekében, hogy lehetőleg az újonnan diagnosztizált és a legalább egy évig követhető betegek kerüljenek a vizsgálatba, továbbá lehetőség legyen arra, hogy az azonosított betegek körében a megelőző egy év során rögzített társbetegségeket fel lehessen mérni.

Szívelégtelen betegeknek azokat tekintettük, így a vizsgálatunkba azokat a betegeket válogattuk be, akiknek a járó- és/vagy a fekvőbeteg szakellátásban echokardiográfia (ECHO; OENO: 3612A, 3612D, 3612E, 3612M) vizsgálatot követően 60 napon belül – a haláloki kódok kivételével – bármilyen kódtípussal szívelégtelenség (heart failure, HF, BNO-10: I50) diagnózist dokumentáltak. A kontrollcsoportba a TAJ-törzsben szereplő azon 40-79 éves személyeket soroltuk, akiket a vizsgálati periódusban nem azonosítottunk szívelégtelen betegként, és az időszakban semmikor nem rögzítettek számukra HF-kódot.

A vizsgálatba a 40-79 éves korosztályt vontuk be: a szívelégtelen betegek körében a 40 évesnél fiatalabb betegek az alacsony esetszám miatt, a 79 évesnél idősebb betegek az általában jellemző többszörös komorbiditás miatt kerültek kizárára. Az elemzéseket két korcsoportra (40-59 év, 60-79 év) bontva végeztük.

További bevonási kritérium volt a magyar állampolgárság, az érvényes TAJ és az ismert lakóhely. Mind a szívelégtelen,

mint a kontrollcsoportban leválogattuk az így azonosított személyek azon betegségeit, amelyeket a szakirodalom kockázati tényezőként, illetve szövődményként azonosított. (1. táblázat)

Betegség	Használt rövidítés	BNO-kód
Szívelégtelenség	HF	I50
Magasvérnyomás	HIPERT	I10
Miokardiális infarktus	AMI	I21-I23
Ischaemiás szívbetegség	ISCH	I20, I24-I25
Diabétesz	DIAB	E10-E14
Ritmuszavar	RITM	I44, I45, I47-I49
Kardiomiopátia	MYOP	I420-I422, I428, I429, I431
Pitvarfibrilláció	FIBR	I48
Veseelégtelenség	VESE	N188, N189
COPD	COPD	J44

1. táblázat
A kutatásban alkalmazott diagnóziskódok

Mivel az ECHO-vizsgálat eredményét az adatbázisok nem tartalmazzák, a betegeket nem tudtuk az ejekciós frakció megtartottsága alapján csoportosítani. Megközelítésként annak alapján soroltuk két csoportba a betegeket, hogy az ECHO-vizsgálatot követő 60 napon belül volt-e fekvőbeteg ellátása a betegnek HF dokumentálásával („fekvő csoport”), vagy csak járóbeteg-szakellátásban jelent meg a beteg („csak járó csoport”) úgy, hogy ott HF diagnózist rögzítettek számára. A szívelégtelenség betegség kezdetének az ECHO-vizsgálat dátumát tekintettük.

Vizsgáltuk a szívelégtelenség kialakulásában szerepet játszó betegségek előfordulását a szívelégtelen betegek általunk definiált két csoportjában a diagnosztizálás időpontját megelőző és az azt követő évben. Az arányokat összevetettük korábbi hasonló hazai kutatások eredményeivel. Emellett vizsgáltuk azt is, hogy a szívelégtelenség diagnózissal nem rendelkező, 40-79 éves, magyar állampolgárságú, érvényes TAJ-jal rendelkező, adott évben élő lakosság (kontrollcsoport) körében a megelőző és a követő évben milyen arány-

ban voltak ismertek ezek a kórképek. Elemeztük, hogy a vizsgált társbetegségek dokumentálásra kerültek-e az adott időpont előtt és utána is, vagy csak előtte, vagy a csak utána való évben. Ez az év a szívelégtelen betegek körében a diagnosztizálás időpontjához viszonyítva került megállapításra, a kontrollcsoport esetében pedig egy elméleti, az adott év július 1-jei időponthoz képest.

A szívelégtelenség kialakulását befolyásoló tényezők azonosítására többváltozós logisztikus regressziós elemzést végeztünk a 2019-ben 40-79 éves, szívelégtelenséggel diagnosztizált és az ugyanabban az évben élő kontrollcsoport tagjainak bevonásával. A demográfiai jellemzők mellett a beteg lakóhelyének megyéjét, és a megelőző évben rögzített társbetegségeket vettük figyelembe független változóként. Szignifikanciaszintnek a magas esetszám miatt a $P < 0,001$ -t választottuk.

Az adatok feldolgozását és a statisztikai elemzéseket SPSS 29.0 statisztikai szoftverrel (IBM, Armonk, NY, Egyesült Államok) végeztük.

EREDMÉNYEK

A szívelégtelen betegpopuláció demográfiai elemzése

A bevonási és kizárási kritériumoknak összesen 190 159 beteg felelt meg. A legnagyobb létszámú betegcsoport a 70-79 éves korosztályban látható, ők az összes bevont beteg 45,5%-át képviselik. A fiatalabb korcsoportokban jellemző a férfi túlsúly, ami 70 év fölött – a populáció nemek szerinti összetételének változásával összhangban – női dominancia felé mozdul el. Minden életkori csoportban magasabb a nők aránya a csak járó csoportban. A csak járó csoport részaránya az életkor növekedésével csökken: a legfiatalabbaknál 42,2%, a legidősebbeknél 37,1% a mértéke. (2. táblázat)

Az átlagéletkorok a vizsgált korosztályban (40-79) és időszakban; 66,6 (2012) és 67,1 (2020) év között alakultak a szívelégtelen betegek körében, a kontrollcsoportban 57 év körül volt.

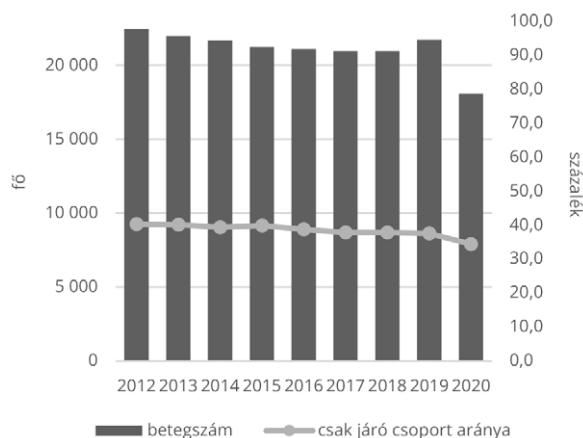
2012 és 2019 között az éves átlagos betegszám 28,5 ezer. Az időbeli változás mérsékelt csökkenést mutat. 2020-

kor-csoport (év)	csak járó csoport		fekvő csoport		együtt		kontrollcsoport*		
	betegszám és megoszlás	nők aránya (%)	betegszám és megoszlás	nők aránya (%)	betegszám és megoszlás	nők aránya (%)	csak járó csoport aránya (%)	létszám és megoszlás	nők aránya (%)
40-49	3 727 (5,1%)	34,6	5 099 (4,4%)	29,4	8 826 (4,6%)	31,6	42,2	1 339 577 (32,6%)	49,8
50-59	11 923 (16,3%)	37,4	17 176 (14,7%)	31,0	29 099 (15,3%)	33,6	41,0	1 161 616 (28,3%)	52,6
60-69	25 425 (34,7%)	42,9	40 282 (34,4%)	38,0	65 707 (34,6%)	39,9	38,7	1 016 558 (24,7%)	57,1
70-79	32 096 (43,9%)	53,8	54 431 (46,5%)	50,9	86 527 (45,5%)	52,0	37,1	593 563 (14,4%)	63,0
együtt	73 171 (100%)	46,3	116 988 (100%)	42,6	190 159 (100%)	44,0	38,5	4 111 313 (100%)	54,3

*időszak közepi adatok

2. táblázat
A szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport demográfiai jellemzői 2012-2020 között

ban, a COVID-19 első évében az újonnan diagnosztizált betegek száma némileg alacsonyabb, 24 127 fő volt. A betegek 37,2%-a az ECHO-vizsgálatot követő első két hónapban csak járóbeteg-szakellátásban jelent meg. Ez az arány időben némi csökkenést mutat. (1. ábra)



1. ábra
Az újonnan diagnosztizált szívelégtelen (40-79 éves) betegek számának és a csak járó csoport részarányának alakulása 2012-2020 között évente

Társbetegségek trendelemzése

Az adott évben szívelégtelenséggel diagnosztizált betegek populációján megvizsgáltuk, hogy a megelőző egy évben rendelkeztek-e a betegek legalább egy társbetegséggel a vizsgált 9 közül. Jellemzően mind a csak járó és a fekvő, 40-59 és 60-79 csoportokban a szívelégtelenség diagnózis előtt és után legalább egy társbetegséggel rendelkezők aránya 90-100% körüli, amely a vizsgált évek előrehaladtával mérsékelten csökkenni kezd. A csak járó csoportban ez minimálisan alacsonyabb, de szinte azonos tartományban mozgó értékeket jelentett. A csak a diagnózist megelőzően legalább egy társbetegséggel rendelkezők aránya jelentősen alacsonyabbnak bizonyult, mint azon betegek aránya, akik számára a diagnózist követően is rögzítettek társbetegséget: a járó csoportokban arányuk 10%, a fekvő csoportokban szinte egyáltalán nem volt ilyen beteg. Azon betegek aránya, akiknél csak a szívelégtelenség diagnózisát követően rögzítettek legalább egy társbetegséget, a csak járó csoportban elhanyagolható mértékű, a fekvő csoportban pedig 5-10% körül volt enyhén emelkedő mértékben. (2. ábra)

A kontrollcsoport tagjainak csupán 10%-a (40-59 évesek körében) és 30%-a (60-79 évesek körében) rendelkezett valamilyen társbetegséggel az egyes évek elméleti időpontja előtti és utáni évben is. Míg a fiatalabb korosztálynál egy évről évre enyhén csökkenő, az idősebb korosztálynál enyhén növekvő tendenciát figyelhetünk meg. (2. ábra)

Társbetegségenként részletesen vizsgáltuk azt, hogy milyen tendenciák fedezhetők fel a csoportokon belül. Elemzéseinkből azt látjuk, hogy a csak járó csoportban szívelégtelenség-diagnózissal kezelt 60-79 év közötti betegek kb. 25%-ánál már a szívelégtelenség diagnózis előtt is szerepelt a diabétesz mint ismert betegség, és ez a szívelégte-

lenség felfedezése után is rögzítésre került. 5-10% körüli volt azok aránya, akik csak a szívelégtelenség diagnózist követően, vagy csak azt megelőzően kaptak diabétesz diagnózist. Ezzel szemben a kontrollcsoportnál a 40-59 éveseknél a három vizsgált csoport együtt is csak 5% körüli értéket ad, és az arányok csak a 60-79-es korosztálynál emelkedtek 10%-15% közé. (3. ábra)

Az idősebb korosztályban általában egyértelműen magasabb volt a társbetegségek kialakulási aránya, mint a fiatalabbaknál. Ezt figyelhetjük meg a diabétesz (3. ábra), pitvarfibrilláció (4. ábra), veseelégtelenség (5. ábra) és szívritmuszavar (6. ábra) esetén is. A kontrollcsoportokhoz képest minden esetben jelentős eltérések figyelhetők meg. A hipertónia esetén a járó csoportba tartozó esetek aránya láthatóan magasabb a fekvő csoport arányszámainál. (7. ábra)

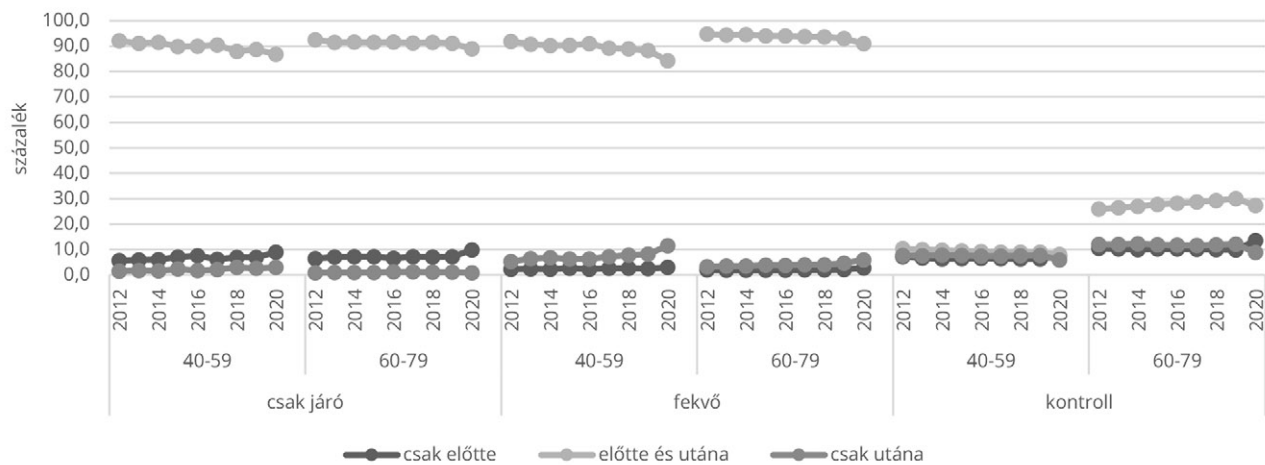
Az ischaemiás szívbetegség (8. ábra) és a COPD (9. ábra) esetén csak a kontrollcsoportban látszik érdemi különbség a két korcsoport trendjei között; amíg az AMI (10. ábra) és a kardiomiopátia (11. ábra) csoportokban azt találjuk, hogy a társbetegség előfordulása a fiatalabb korcsoportban kissé gyakoribb, mint az idősebb korcsoportban. Az ischaemiás szívbetegség esetén az évek előrehaladtával erőteljesen csökkenő trend figyelhető meg az előtte és utána csoportoknál, mialatt a csak utána csoportban ellátási szinttől és korcsoporttól függően változó mértékű növekedés látszik. (8. ábra)

Számos esetben érzékelhető a társbetegség arányának idővel enyhén növekvő tendenciája a kontrollcsoportokban: az idősebbek körében ilyen a diabétesz (3. ábra), hipertónia (7. ábra), a COPD (9. ábra) és szívritmuszavar. (6. ábra) A vizsgált időszakban lényegében stagnál az AMI (10. ábra) és kardiomiopátia (11. ábra) rögzítettsége mindkét kontrollkorcsoportban. A fiatalabb kontrollkorcsoport esetén enyhe csökkenés figyelhető meg az évek során a hipertónia (7. ábra) és COPD (9. ábra) esetén. Az ischaemiás szívbetegség (8. ábra) esetén az előtte és utána is ismert betegek aránya évről évre csökken a kontrollcsoport mindkét korcsoportjában.

A 2020-as év több ábrán is megfigyelhető esést mutat mind a kontrollcsoportok esetében, mind a csak járó, mind a fekvő csoportban.

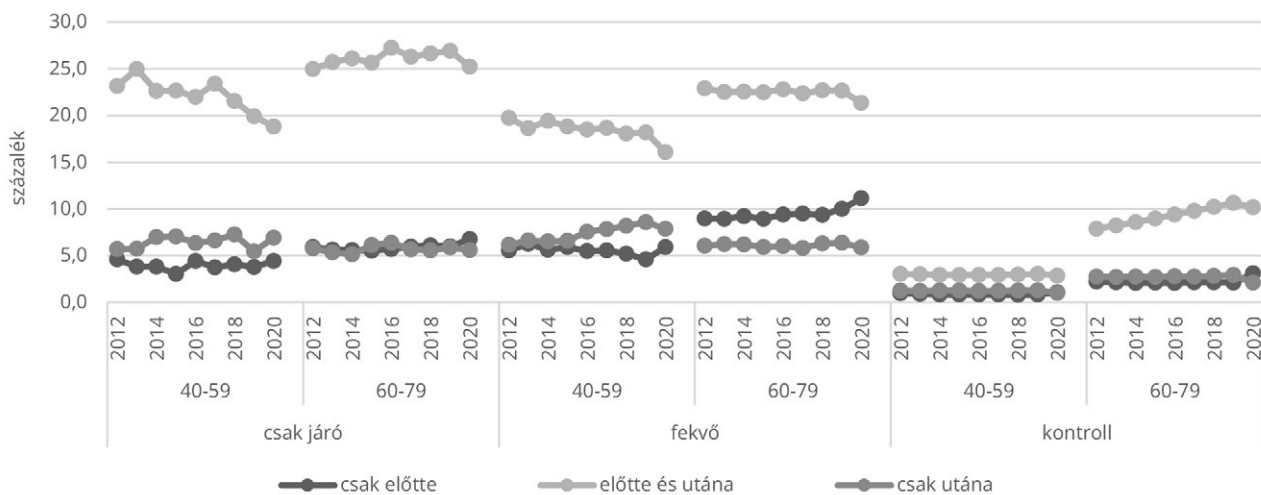
Társbetegségek trendelemzése, összehasonlítás

Tomcsányi és társai a 2005-2010 közötti időszakban végeztek a társbetegségekre vonatkozó prevalenciavizsgálatot a szívelégtelenséggel diagnosztizált betegek azonosítást követő időszakában [6]. Az általuk felvázolt trendeket kiegészítettük saját adatainkkal, bemutattva, hogy a szívelégtelenség diagnózisát követően milyen arányban kerültek társbetegségek rögzítésre. Jól látható, hogy a korábbi, ugyancsak a NEAK-alapadatokon alapuló prevalenciaértékek és a saját kutatásunk eredményei – a hipertónia kivételével – jól illeszkednek egymáshoz. Kiemelendő az ischaemiás szívbetegségek csökkenő tendenciája és a többi kórkép stabil jelenléte. A prevalencia különbségeinek hátterében – többek között – az eltérő korcsoportoknak lehet szerepe. (12. ábra)



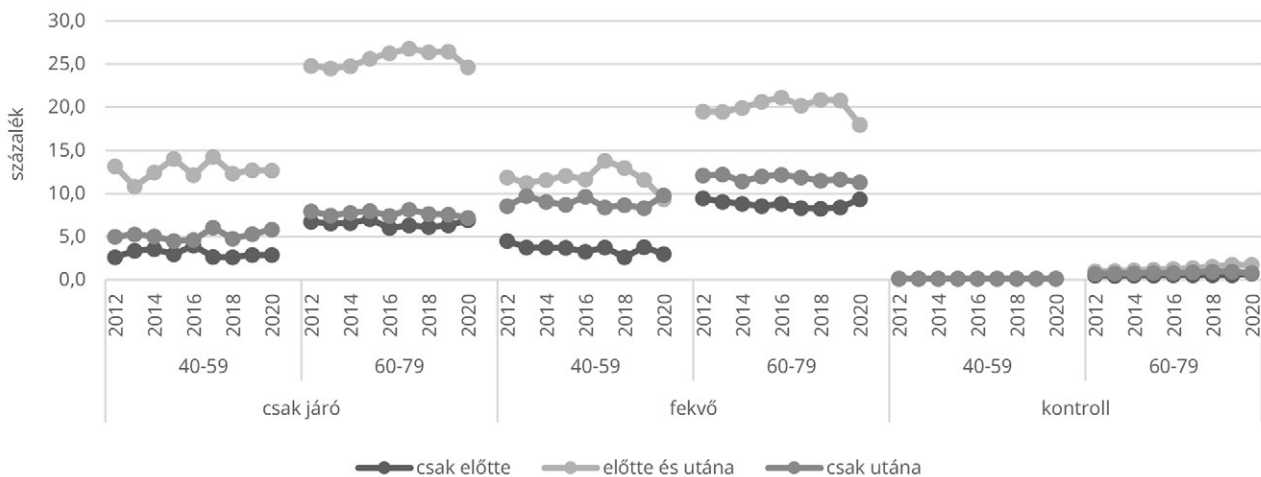
2. ábra

Legalább egy társbetegséggel különböző időszakokban rendelkező szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport tagjainak aránya 2012-2020 között évente



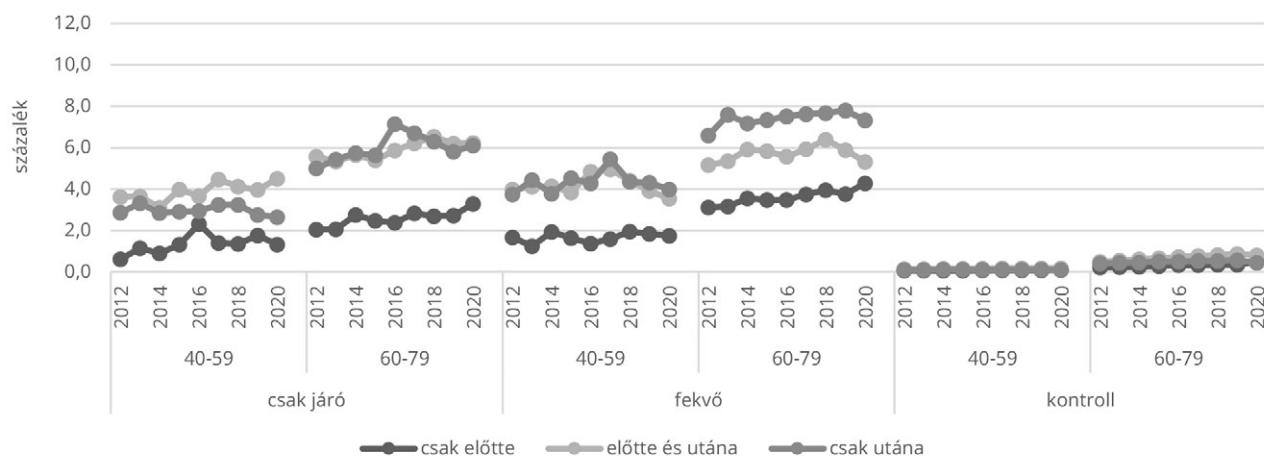
3. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált diabéteszes betegek aránya a szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



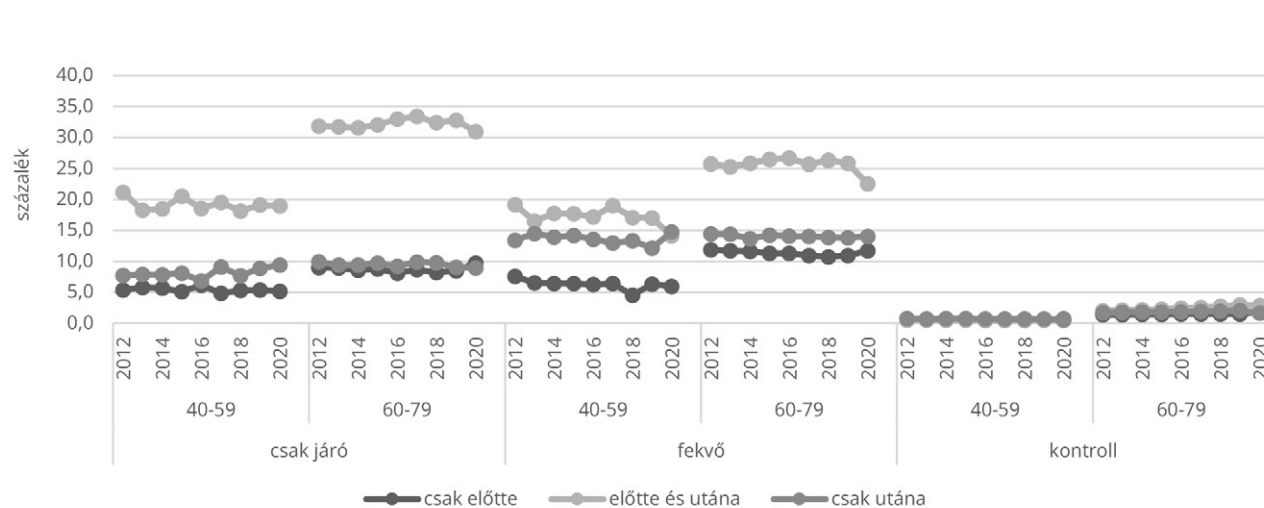
4. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált pitvarfibrilláció diagnózist kapott betegek aránya a szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



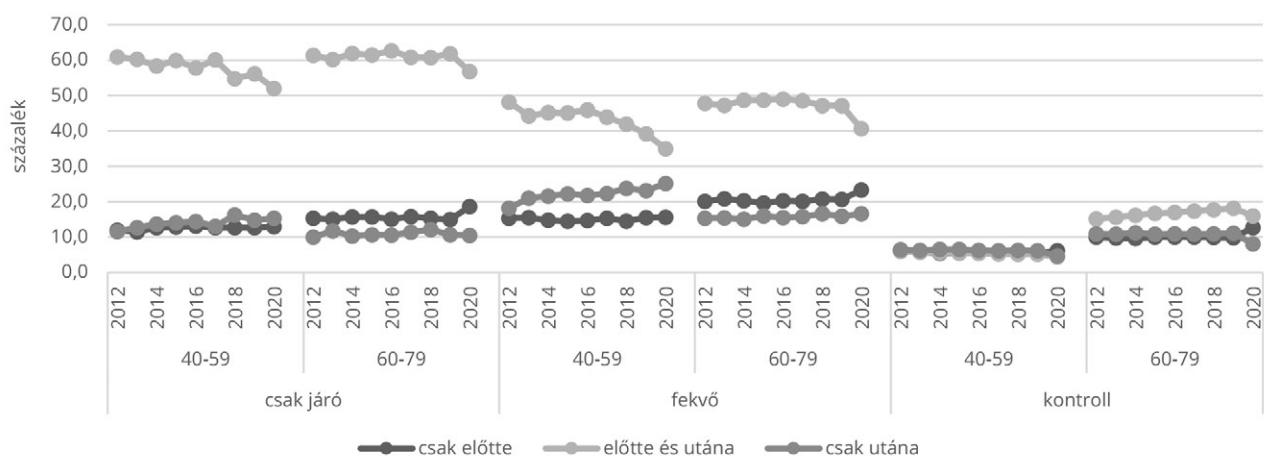
5. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált veseelégtelenség diagnózist kapott betegek aránya a szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



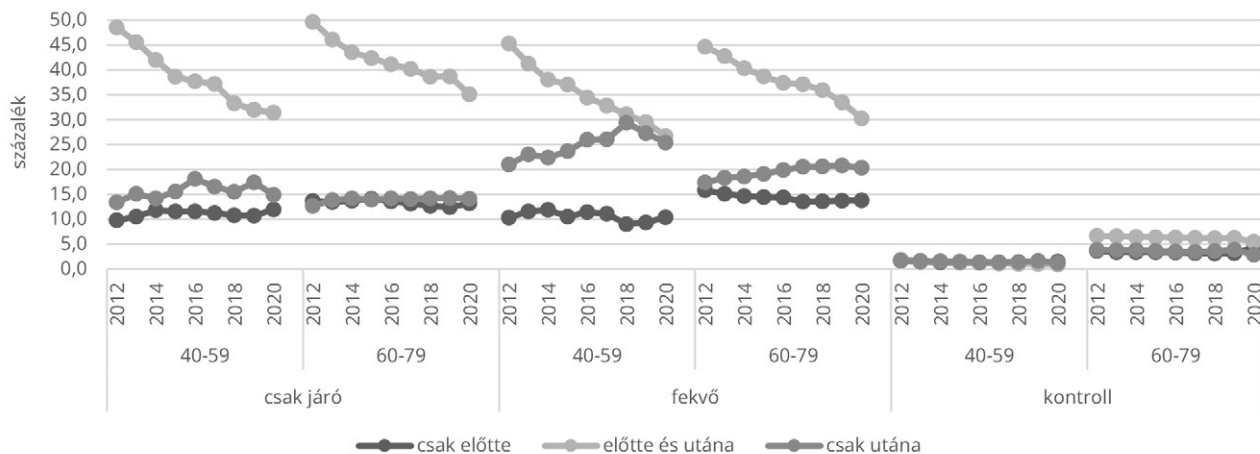
6. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált szívritmuszavar diagnózist kapott betegek aránya a szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



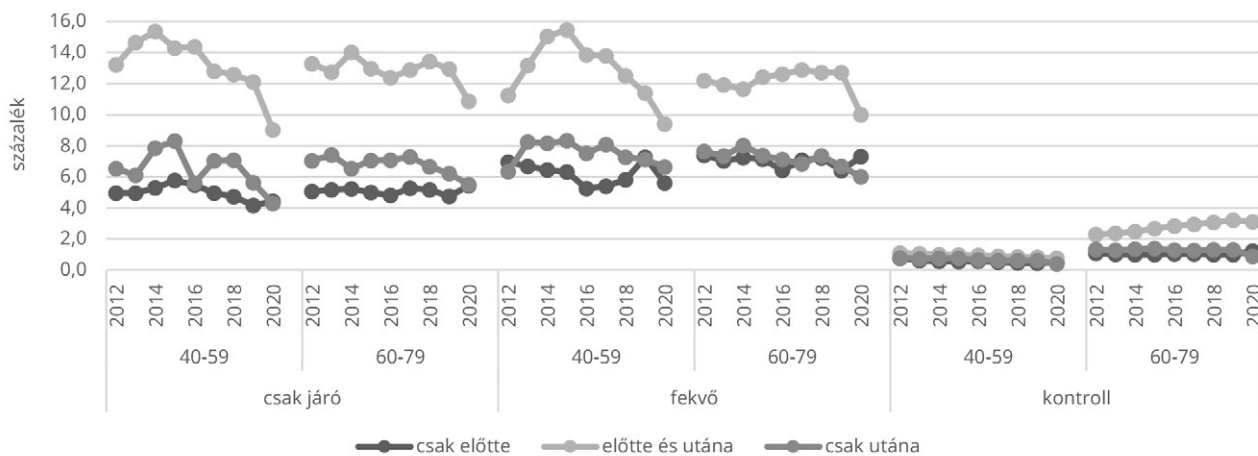
7. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált hipertónia diagnózist kapott betegek aránya a szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



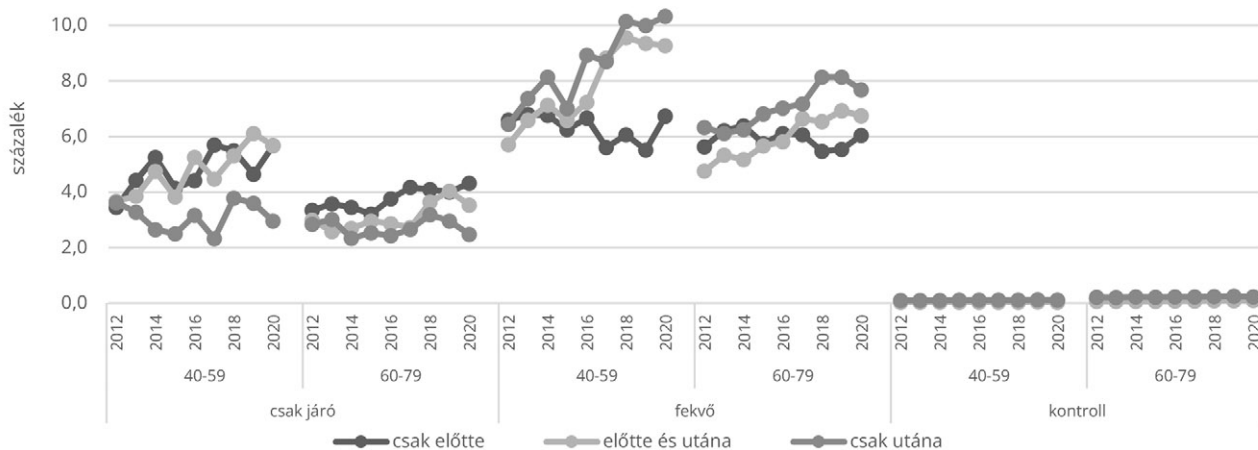
8. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált ischaemiás szívbetegség diagnózist kapott betegek aránya a szívélgtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



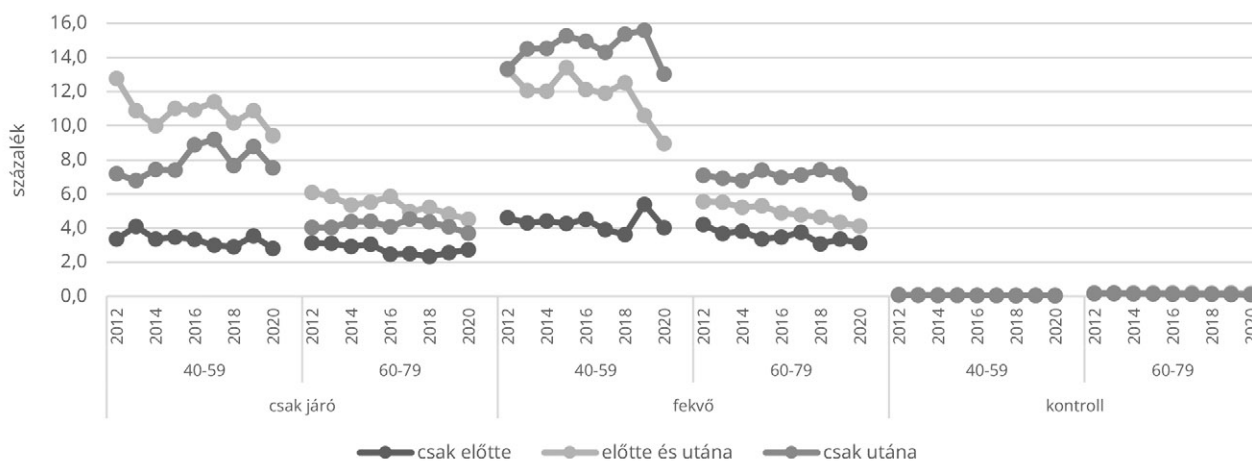
9. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált COPD-diagnózist kapott betegek aránya a szívélgtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



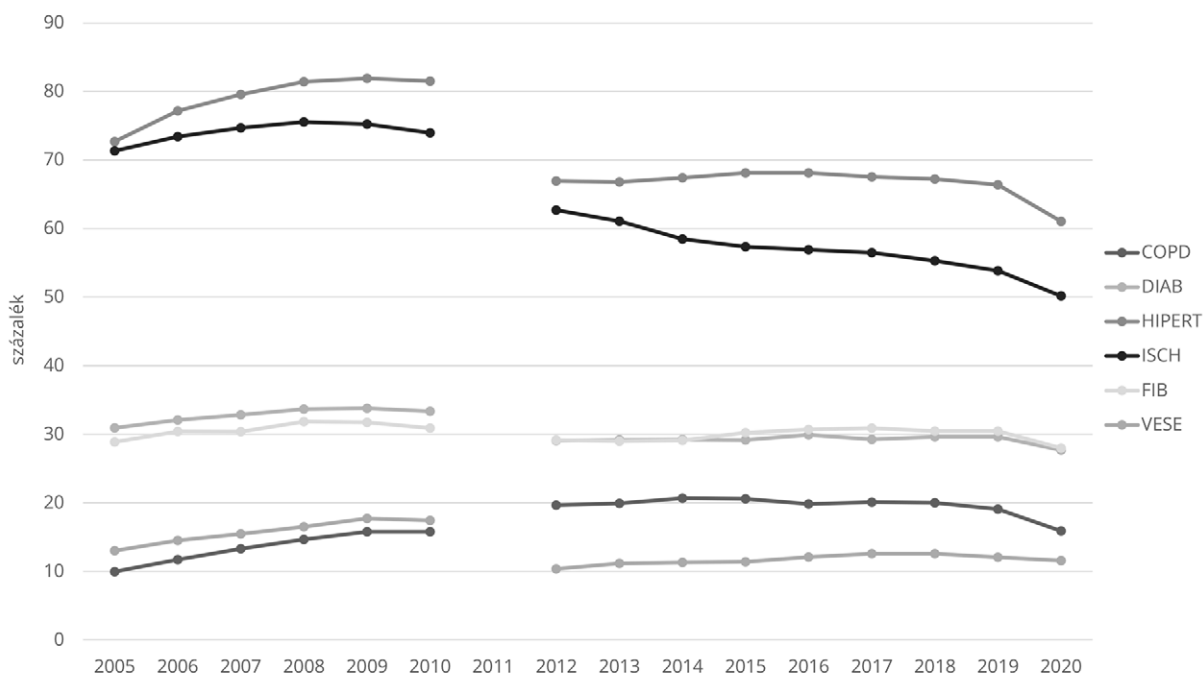
10. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált AMI-diagnózist kapott betegek aránya a szívélgtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



11. ábra

Adott évet megelőző és követő évben dokumentált kardiomiopátia diagnózist kapott betegek aránya a szívelégtelen betegek és a kontrollcsoport tagjai körében 2012-2020 között évente



12. ábra

Társbetegségek arányának alakulása szakirodalmi és saját adatok összevetésével (2005 és 2020 között)

Többváltozós elemzések

Megvizsgáltunk néhány szívelégtelenséghez vezető, a betegség kialakulásában szakirodalmi adatok szerint szerepet játszó tényezőt [3,4,6]. A 2019-es évben szívelégtelenséggel diagnosztizált betegek és a betegségben nem szenvedő, az adott évben ugyancsak 40-79 éves kontrollcsoport tagjainak adataival végeztünk logisztikus regressziós elemzést. Független változóként az életkort, nemet, beteg lakóhelyének megyéjét és a szakirodalom által jelentősnek vélt társbetegségeket vettük figyelembe. (3. táblázat)

Azt találtuk, hogy a nők kisebb eséllyel betegednek meg, mint a férfiak (esélyhányados: 0,704). A 40-49 éves korcsoporthoz képest az 50-59 éves korcsoportnak 1,848-szeres, a 60-69 éves korcsoportnak 2,500-szeres míg a 70-79 éves korcsoportnak 3,121-szeres esélye volt a szívelégtelenség kialakulására. (3. táblázat)

Megyek tekintetében igazán jelentős eltéréseket nem találtunk, Bács-Kiskun referencia-vármegyéhez képest a legnagyobb szignifikáns eltérést Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye (0,579) és Csongrád-Csanád vármegye (1,244) mutatta,

	Jellemző	Betegszám	Esélyhányados	Szignifikancia
Nem	Nő (ref.: Férfi)	2 474 645	0,704	P <0,001
	40-49 (ref.)	1 472 857		P <0,001
	50-59	1 146 678	1,848	P <0,001
	60-69	1 206 150	2,500	P <0,001
	70-79	787 727	3,121	P <0,001
Életkor (év)	Bács-Kiskun vármegye (ref.)	243 814		P <0,001
	Baranya vármegye	176 599	0,700	P <0,001
	Békés vármegye	167 145	1,076	NSZ
	Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye	299 466	0,579	P <0,001
	Budapest	755 911	1,031	NSZ
	Csongrád-Csanád vármegye	190 939	1,244	P <0,001
	Fejér vármegye	205 564	1,202	P <0,001
	Győr-Moson-Sopron vármegye	215 482	0,863	NSZ
	Hajdú-Bihar vármegye	243 672	0,638	P <0,001
	Heves vármegye	144 312	0,820	P <0,001
	Jász-Nagykun-Szolnok vármegye	178 425	0,759	P <0,001
	Komárom-Esztergom vármegye	144 841	0,684	P <0,001
	Nógrád vármegye	94 670	0,956	NSZ
	Pest vármegye	610 893	1,150	P <0,001
	Somogy vármegye	151 054	0,861	NSZ
	Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye	248 979	0,587	P <0,001
	Tolna vármegye	107 898	0,634	P <0,001
	Vas vármegye	126 710	0,778	P <0,001
	Veszprém vármegye	170 299	0,601	P <0,001
	Zala vármegye	136 739	0,959	NSZ
Beteg lakóhely szerinti megyéje	2019 előtti évben rögzített hipertónia	983 671	4,127	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített AMI	15 582	9,247	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített ischaemia	311 175	2,836	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített diabétesz	408 156	1,507	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített ritmuszavar	155 538	2,151	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített kardiomiopátia	17 228	7,377	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített pitvarfibrilláció	81 621	2,731	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített veseelégtelenség	48 343	2,839	P <0,001
	2019 előtti évben rögzített COPD	144 164	3,070	P <0,001
	Konstans		0,001	P <0,001
Társbetegség*	Nagelkerke		0,330	

*A referenciapopulációt az adott diagnózissal nem rendelkező betegek adják.

3. táblázat
A szívélgtelenség kialakulásának tényezői logisztikus regressziós elemzés alapján

előbbiben kedvezőbb, utóbbiban kedvezőtlenebb a szívélgtelenség kialakulási esélye. (3. táblázat)

A legjelentősebb eredmények a várt módon a társbetegségek vizsgálatánál rajzolódtak ki. A szívélgtelenség kialakulásának esélye a megelőző évben AMI-diagnózissal rendelkező betegek esetében volt a legmagasabb (9,247). A kardiomiopátia 7,377-szeres, hipertónia 4,127-szeres, COPD 3,070-szoros, veseelégtelenség 2,839-szeres, ischaemiás szívbetegség 2,836-szeres, pitvarfibrilláció 2,731-szeres, szívritmuszavar 2,151-szeres és diabétesz 1,507-szeres kockázatot jelent a szívélgtelenség kialakulására. Ez azt jelenti, hogy annak a betegnek, aki AMI miatt ellátásra került, több mint kilencszeres valószínűséggel rögzítenek egy éven belül szívélgtelenséget is egy azt követő ellátás keretein belül, mint egy olyan személynek, akinek nem szerepel a kórtörténetében AMI. (3. táblázat) A logisztikus regressziós modell

erősségét jelző Nagelkerke érték viszonylag magasnak tekinthető (0,33), azaz a modellben szereplő változók jelentősebb mértékben előre jelzik a szívélgtelenség kialakulását.

MEGBESZÉLÉS

A szívélgtelenség súlyos kórkép, ezért az előfordulás alakulásának, az odavezető tényezők szerepének, jelenlétének ismerete hozzájárulhat a hazai betegségmegelőző programok, a kezelési ajánlások kialakításához, a szükséges kapacitások meghatározásához. A téma jelentőségét az is mutatja, hogy a közfinanszírozott adatokra támaszkodva már történtek a témakörben hazai kutatások [6,21,22].

A szívélgtelen betegek azonosítására az ECHO-vizsgálattal igazolt, I50 kóddal rendelkező betegeket választottuk úgy, hogy a vizsgálat és a diagnóziskód megjelenése között

ne teljen el több 60 napnál. Az időszak választása részben a várólisták figyelembevételével történt, részben amiatt, mert a 60 napon túl HF-diagnózist kapó betegek száma jelentősen csökken. Mivel a biztosan HF-betegségben szenvedők azonosítása és nem a HF-incidencia meghatározása volt a célunk, ez a módszer kutatási eredményeinket nem torzítja.

A betegség kimenetét jelentősen befolyásolja, hogy az ejekciós frakció értéke szerint melyik kategóriába sorolható a beteg. Mivel a NEAK-adatbázisok nem tartalmazzák a vizsgálatok eredményeit, így nem ismert az ejekciós frakció értéke. A súlyosság szerinti besorolást ezért aszerint végeztük, hogy a beteg a diagnózis megállapítását követő két hónapon belül rászorult-e kórházi ellátásra, vagy elegendő volt-e a járóbeteg-szakellátásban történő kezelése.

Kutatásunkban igazoltuk, hogy a kor növekedésével emelkedik a szívélgtelenség gyakorisága és a nők aránya. Az is látható, hogy az életkorral nő a fekvő csoport részaránya, ami utal az idősebbek súlyosabb állapotára. Az ismert kockázati tényezők (COPD, veseelégtelenség, AMI, ischaemiás szívbetegség, pitvarfibrilláció, ritmuszavar, kardiomiopátia, diabétesz és hipertónia) közül legalább egy a diagnózis megállapítása előtt majdnem minden betegnél ismert volt. Észre kell venni, hogy a csak járó csoportban nő azon esetek aránya, amikor csak a szívélgtelenség diagnózisa előtt rögzítettek társbetegséget, ami kódolási problémákra is utalhat. Mivel a krónikus betegségek nem gyógyulnak meg, ha ilyen diagnózis csak a HF-diagnózisa előtt került rögzítésre, akkor az vagy téves kód, esetleg iránydiagnózis, vagy a követő időszakban nem került minden ismert betegség dokumentálásra. Szintén megfigyelhető tendencia, hogy az előtte és utána csoportba tartozó betegek aránya csökken, miközben a csak utána csoportba tartozó betegeké növekszik. Ez arra utalhat, hogy a kockázati tényezőként jelenlévő betegségek csak a szívélgtelenség kialakulását követően kerülnek felismerésre. A kockázati tényezőként ismert társbetegségek korábbi felismerése, kezelésük megkezdése késleltetni tudná a szívélgtelenség kialakulását, akár meg is tudná előzni azt, ezzel javítva a betegek életminőségét és túlélési esélyeit [3].

A társbetegségek tekintetében a szívélgtelen populáció és a kontrollcsoportba sorolt személyek között jelentős különbségek mutatkoznak. A kontrollcsoportban a társbetegségek lényegesen alacsonyabb arányban fordulnak elő, mint a szívélgtelen populációban.

A hipertónia esetében a fiatalabb korosztályú betegeknél csökkenő gyakoriságot találtunk az évek során. Ennek hátterében egyrészt részletesebb kivizsgáláson alapuló diagnosztika állhat, másrészt a romló megjelenési hajlandóság. Ez utóbbi megállapítást támasztja alá az, hogy a fekvő csoportban a fiatalabb betegek körében a hipertónia-diagnózis növekvő arányban csak a szívélgtelenség-diagnózist követően került felismerésre. Feltehetően ez is hozzájárult ahhoz, hogy a betegek a súlyosabb állapotú csoportba kerültek. A fiatalabb korosztályok esendőbb voltát más kutatások is igazolják hazai adatok alapján [21,22]. Az eredmények felhívják

a figyelmet a fiatalabb korosztályokra való nagyobb odafigyelés szükségességére.

A hipertóniánál jelentősebb csökkenést mutat az ischaemiás szívbetegség gyakorisága a szívélgtelen betegek minden csoportjában, ráadásul a kontrollcsoportban is enyhe csökkenés észlelhető. Mindennek hátterében leginkább a betegek egészségtudatának javulása állhat, ami a szívélgtelenségben szenvedő populációban kifejezettebb, mint a kontrollcsoportban. Nemzetközi tanulmányok is az ischaemiás szívbetegség incidenciájának és mortalitásának csökkenését igazolták, ami megerősíti eredményeinket [23]. Ugyanakkor említést érdemel a csak járó és a fekvő csoportok közötti különbség az ischaemiás szívbetegségek ismertségében. A fekvő – súlyosabb állapotúnak tekinthető – csoportban jelentősen nagyobb arányban csak a szívélgtelenség diagnózisa után került dokumentálásra a társbetegség, ami a kórkép aluldiagnosztizálására, esetleg a szakorvosi ellátásba való beutalás, vagy az ahhoz való hozzáférés elégtelenségére utalhat. Ennek következtében a betegek súlyosabb állapotban kerülnek ellátásra, ami jelentősen rontja a prognózist.

A COPD gyakorisága nem mutat változást a különböző szívélgtelen csoportok között, és logisztikus regressziós elemzés alapján a 4. legsúlyosabb kockázati tényező a szívélgtelenség kialakulásában. Mindennek hátterében azonban nem csak a COPD mint önálló betegség áll, hanem az ischaemiás szívbetegséggel közös rizikófaktor, a dohányzás hatása is valószínűsíthető.

A csak járó és a fekvő csoportok összehasonlításánál látható, hogy bár a társbetegségek gyakoriságában jelentős különbségek nincsenek, mégis növekvő tendencia látható a járó csoportban a hipertónia, diabétesz, pitvarfibrilláció, szívritmuszavarok és ischaemiás szívbetegség gyakorisága szempontjából, míg a fekvő csoport esetében enyhén magasabb a miokardiális infarktus és a veseelégtelenség gyakorisága. Mindez nagy valószínűséggel azzal magyarázható, hogy míg a járóbetegek ambulánsan jól gondozhatók az említett társbetegségekkel, a veseelégtelen és szívinfarktuson átesett betegek súlyosabb állapotúak és leginkább kórházi ellátást igényelnek.

A 2020-as évben több társbetegség esetében is csökkenés látható az előfordulási gyakoriságban. Ennek magyarázata nagy valószínűséggel a COVID-19 pandémia során jelentkezett szűkebb hozzáférésben keresendő.

Eredményeinket összevetettük a Tomcsányi és társai által publikált hasonló módszertant követő elemzéssel, ami a 2005-2010 közötti hasonló szívélgtelen populációt vizsgálta [6]. Diabétesz és pitvarfibrilláció esetében azonos a trend mindkét vizsgálatban. A korábbi vizsgálathoz képest COPD esetén mérsékelten magasabb, míg veseelégtelenség, hipertónia és ischaemiás szívbetegség esetén alacsonyabb értékeket észleltünk. Ez utóbbi kórkép esetében a korábbi tanulmányban a vizsgált időszak utolsó éveiben már észlelhető a csökkenő tendencia, amelynek folytatása látható a saját eredményeinkben. A két kutatás eltérő értékei mögött részben az áll, hogy a korábbi kutatásba csak bizonyos szakellá-

tások adatai kerültek beemelésre. Emellett befolyásolhatta az eredmények alakulását a kódolási gyakorlat változása, a két kutatás eltérő korcsoportjai, illetve a betegségek diagnosztikai pontosságának változásai.

Megállapítható, hogy az elemzett kórképek az adminisztratív adatok szerint is kockázati tényezőknek minősülnek. A logisztikus regressziós elemzés alapján a miokardiális infarktus, a kardiomiopátia és a hipertónia magasan vezet a szívelégtelenségre hajlamosító tényezők között, amelyek közül az első kettő gyakoribb a fiatalabb korosztályban, mint az idősebbek körében. Számszerűsítve, a miokardiális infarktus több mint kilencszeres rizikót jelent a szívelégtelenség kialakulására vonatkozóan. Mindezek felhívják a figyelmet a prevenció és a szűrővizsgálatok fontosságára, azért, hogy az érintett betegeknél még a szívelégtelenség kialakulása előtt, vagy annak korai stádiumában el tudják kezdeni a kezelést, ezáltal kedvezőbb egészségnyereséget érjenek el. A vizsgálati eredmények alapján elmondható, hogy az alkalmazott módszertan megfelelő eszköznek bizonyult a felvetett kérdések vizsgálatára, hiszen eredményeink összhangban vannak más, korábban publikált adatokkal, azok trendjeit követik [17].

A vármegyeék szerinti különbségek hátterében felmerül az ott élők életmódbeli különbségeinek lehetséges hatása, illetve az ellátásához való hozzáférés egyenetlensége. A szűkösebb szakorvosi kapacitás vagy a földrajzi távolságok késleltethetik vagy korlátozhatják a krónikus betegségek felismerését és jelentését a NEAK felé.

LIMITÁCIÓK

A BNO-kódok nem különítik el az iránydiagnózist az igazolt betegségektől, illetve a finanszírozási ösztönzők esetenként torzíthatják a megadott BNO-kódokat. Ezek azonban nem befolyásolják a csoportok és évek közötti összehasonlítást, feltételezve, hogy minden csoportban és naptári évben azonos mértékben jelennek meg ezek a tényezők. Ezen limitációk a számolt kockázati súlyokban okozhatnak némi torzítást.

Mivel eredményeink összhangban vannak más tanulmányok hasonló eredményeivel és a finanszírozási céllal létrehozott adatbázis esetleges torzító hatásai a kiválasztott betegcsoportoknál és a kontrollcsoportoknál ugyanolyan módon jelennek meg, azt mondhatjuk, hogy ezen limitációk

figyelembevételével is jól értékelhető és kontextusba helyezhető eredményeket kaptunk.

KÖVETKEZTETÉSEK

Tanulmányunk alapján elmondhatjuk, hogy adminisztratív adatbázisból lehetséges olyan vizsgálatot végezni, amely egy adott klinikai kórkép ellátási gyakorlatának elemzésére alkalmas. Az egészségügyi digitalizációs adatfeldolgozás térhódítása nagyban elősegíti az elemzőmunka felgyorsítását, a releváns felismerések gyakorlatba történő átültetését. Tudomásunk szerint közel 10 évet felölő és majdnem 200 ezer hazai beteget feldolgozó tanulmány ebben a témában még nem jelent meg. Ezen túlmenően munkánk további jelentősége, hogy megerősítette az eddigi vizsgálatok eredményeit a szívelégtelenség rizikófaktorak tekinthető társbetegségei vonatkozásában.

A szívelégtelenség prevenciójának lehetőségeit érdemes lenne hatástanulmányban is vizsgálni, hogy a dolgozatban is említett betegségek előfordulását hogyan lehetne egészségpolitikai eszközökkel költséghatékonyan csökkenteni. Ezáltal nagyobb esély lenne a rossz prognózisú betegség megelőzésére, vagy legalább a betegség korai szakaszában meg lehetne kezdeni a kezelést, hogy megakadályozzuk a sokkal költségesebb és a betegnek alacsonyabb életminőséget okozó progresszív szívelégtelenség kialakulását. Eredményeink referenciaként is szolgálhatnak ilyen kutatások számára ugyanúgy, ahogy mi magunk is referenciaként hivatkoztunk más kutatások trendjeire.

Anyagi támogatás

A kutatást a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (RRF-2.3.1-21-2022-00006 azonosító számú) projekt támogatta. A közlemény megírása nem részesült közvetlen anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás

SF: adatfeldolgozás és elemzés, publikáció fókuszának meghatározása, a dolgozat írása; TÁ: szakirodalmi kutatás segítése; BL: szakmai alapok biztosítása, elemzési szempontok támogatása; BÉ: adatleválogatás és elemzés, szakmai koordináció és irányítás, módszertani megalapozás, a dolgozat véglegesítése.

- [1] Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW: Epidemiology of heart failure, *Eur J Heart Fail.* 2020; 22: 1342-1356. <https://doi.org/10.1002/ehhf.1858> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [2] Muk B, Bánfi-Bacsárdi F, Vámos M et al.: The Impact of Specialised Heart Failure Outpatient Care on the Long-Term Application of Guideline-Directed Medical Therapy and on Prognosis in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction, *Diagnostics (Basel)*, *Diagnostics* 2024; 14: 131 art.. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14020131> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [3] McDonagh TA, Metra M, Adamo M et al.: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, *European Heart Journal* 2021; 42: 3599-3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [4] Ponikowski P, Voors AA, Anker SD et al.: ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, *European Heart Journal* 2016; 37: 2129-2200. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [5] Muiesan ML, Paini A, Rosei CA et al.: Current Pharmacological Therapies in Heart Failure Patients, *High Blood Press Cardiovasc.* 2017; 24: 107-114. <https://doi.org/10.1007/s40292-017-0194-3> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [6] Tomcsányi J, Tóth E: Epidemiology and therapy of heart failure in Hungary at the beginning of the 21st century [Szívelégtelenség epidemiológiája és terápiája Magyarországon a XXI. század elején], *Cardiologia Hungarica* 2012; 42: 42-49. https://www.healthware.hu/application/files/6216/3732/3918/CardHu_CHF_2012.pdf (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45) [Hungarian]
- [7] Nyolczas N, Heltai K, Borbély A et al.: Hungarian Heart Failure Registry 2015–2016 Preliminary results [Magyar Szívelégtelenség Regiszter 2015–2016 Kezdeti eredmények], *Orvosi Hetilap* 2017; 158: 94-100. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30671> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45) [Hungarian]
- [8] Wohlfahrt P, Cífková R: Epidemiological Aspects: Prevalence and Risk of Heart Failure Related to Blood Pressure, *Springer* 2023; pp 3-12. https://doi.org/10.1007/978-3-031-39315-0_1 (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [9] Del Buono MG, Moroni F, Montone RA et al.: Ischemic Cardiomyopathy and Heart Failure After Acute Myocardial Infarction, *Curr Cardiol Rep.* 2022; 24: 1505-1515. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01766-6> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [10] Crea F: Heart failure and ischaemic heart disease: new challenges and opportunities, *European Heart Journal* 2024; 45: 2681-2685. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae497> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [11] Valensi P: Evidence of a bi-directional relationship between heart failure and diabetes: a strategy for the detection of glucose abnormalities and diabetes prevention in patients with heart failure, *Cardiovasc Diabetol.* 2024; 23: 354 art. <https://doi.org/10.1186/s12933-024-02436-3> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [12] Gonzalez-Manzanares R, Anguita-Gámez M, Muñoz J et al.: Prevalence and incidence of heart failure in type 2 diabetes patients: results from a nationwide prospective cohort – the DIABET-IC study, *Cardiovasc Diabetol.* 2024; 23: 253 art. <https://doi.org/10.1186/s12933-024-02358-0> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [13] Wexler R, Elton T, Pleister A, Feldman D: Cardiomyopathy: An Overview, *Am Fam Physician.* 2009; 79: 778-784. PMID: PMC2999879 NIHMSID: NIHMS117560 PMID: 20141097 (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [14] Seferović P M, Polovina M, Bauersachs J et al.: Heart failure in cardiomyopathies: a position paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, *Eur J Heart Fail.* 2019; 21: 553-576. <https://doi.org/10.1002/ehhf.1461> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [15] Pan Y, Xu L, Yang X et al.: The common characteristics and mutual effects of heart failure and atrial fibrillation: initiation, progression, and outcome of the two aging-related heart diseases, *Heart Fail Rev.* 2022; 27: 837-847. <https://doi.org/10.1007/s10741-021-10095-9> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [16] Ji Y, Marsy D, Fermin D et al.: Clinical Characteristics And Outcomes Of Patients With Heart Failure And Reduced Ejection Fraction Who Underwent Ventricular Tachycardia Ablation, *Journal of Cardiac Failure* 2025; 31: 337. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2024.10.401> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.25. 13:50)
- [17] Kularatna S, Jadambaa A, Hewage S et al.: Global, regional, and national burden of heart failure associated with atrial fibrillation, *BMC Cardiovasc Disord.* 2023; 23: 345 art.. <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03375-9> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [18] Ryan D K, Banerjee D, Jouhra F: Management of Heart Failure in Patients with Chronic Kidney Disease, *European Cardiology Review* 2022; 17: <https://doi.org/10.15420/ecr.2021.33> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)

- [19] Szlagor M, Dybiec J, Młynarska E et al.: Chronic Kidney Disease as a Comorbidity in Heart Failure, *Int J Mol Sci.* 2023; 24: 2988. <https://doi.org/10.3390/ijms24032988> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [20] Hawkins N M, Virani S, Ceconi C: Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: the challenges facing physicians and health services, *European Heart Journal* 2013; 34: 2795-2807. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh192> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.18. 15:45)
- [21] Safadi H, Balogh Á, Lám J et al.: Associations between diabetes and cancer: A 10-year national population-based retrospective cohort study, *Diabetes Research and Clinical Practice* 2024; 211: 111665. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2024.111665> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.24. 13:10)
- [22] Safadi H, Lám J, Tislér A et al.: A felnőtt korú cukorbeteg laboratóriumi vizsgálatainak elemzése hazánkban: Retrospektív kohorszvizsgálat a 2014–2021 közötti igénybevételi adatok alapján, *Orvosi Hetilap* 2024; 165: 2047-2060. <https://doi.org/10.1556/650.2024.33185> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.24. 13:10)
- [23] Vanchieri F, Tate A R, Henein M et al.: Time trends in ischaemic heart disease incidence and mortality over three decades (1990-2019) in 20 Western European countries: systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2019, *Eur J Prev Cardiol* 2022; 29: 396-403. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwab134> (utolsó megtekintés dátuma: 2025.01.24. 13:10)

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Sinka Fruzsina Mária 2023-ban végzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzszolgálati Kar Egészségügyi ügyvitelszervező BSc-képzésén, jelenleg az Egészségügyi Menedzserképző Központ Egészségügyi mene-

dzser MSc-képzés hallgatója. 2019-ben kezdett dolgozni a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában, ahol azóta számos minőségügyi és betegbiztonság témájú hazai és nemzetközi projektben vett és vesz részt szakmai szakértőként.



Buga László 1999-ben végzett a szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. Belgyógyász, majd kardiológia szakvizsgákat követően 11 évig az Egyesült Királyságban dolgozott kardiológusként, többek között a Hull-York Medical Schoolhoz tartozó Castle Hill Hospitalban és az Oxfordi Heart Centre-

ben. Legfőbb szakterülete a szívélétlenség, valamint a pacemaker- és defibrillátorterápia. Ezeken a területeken Professzor John Cleland mellett dolgozva több nemzetközi újságban publikált. 2020-ban tért vissza Magyarországra, és egészségügyi menedzser diplomát szerzett a Semmelweis Egyetem Közzszolgálati Karán működő Egészségügyi Menedzserképző Központban 2023-ban. Jelenleg a Ceglédi Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet orvosigazgatójaként dolgozik.

Tóth Ágnes Anita bemutatása az IME 2024/4. szám 13. oldalán, **Belicza Éva** bemutatása pedig az IME 2024/4. szám 37. oldalán található.

A hiányzó láncszem – a Fővárosi Önkormányzat onkológiai betegútszervezési programjának bemutatása

The missing link – Introducing the Oncology Patient Pathway Management Program of the Budapest Municipality

Dózsa Csaba László^{1,2} ✉, Salai Márton József², Havasi Gábor², Rékassy Balázs^{2,3}

¹Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar

²Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala, Egészségpolitikai Csoport

³Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Családorvosi Tanszék

✉ csaba.dozsa@med-econ.eu

Jelen tanulmány célja, hogy bemutassa az Egészséges Budapest Program (továbbiakban: EBP) keretében 2023. évtől elindított onkológiai betegútszervezési program célkitűzéseit, a kerületi szakrendelők korai tapasztalatait és a továbblépés lehetséges irányait. A Kormány és a Fővárosi Önkormányzat közötti megállapodásnak megfelelően 2020. és 2021. években biztosított EBP-forrásokból a Fővárosi Önkormányzat többféle daganatos ellátással kapcsolatos programot valósít meg – a jelenleg hatályos kormányhatározatok alapján – egészen 2025. év végéig. Ennek keretében a Főváros szervezésében 2023. és 2024. évtől 11 fővárosi kerületi önkormányzati fenntartású járóbeteg-intézménnyel kötött együttműködési megállapodást onkológiai betegútszervezési feladatok elvégzésére.

Jelen cikkben sor kerül az elmúlt időszakban elvégzett helyzetfeltárás, szervezési tevékenységek, betegutak és ellátási tapasztalatok rendszerezett bemutatására. A fővárosi kerületi szakrendelők számára kihívást jelent a szakmai kapcsolatok kiépítése és erősítése, egyrészt a diagnosztikai szolgáltatókkal (képalkotó, labor, patológia), másrészt az országos intézetekben, a Semmelweis Egyetemen vagy fővárosi kórházakban működő onkológiai centrumokkal. A szervezéshez kapcsolódó konkrét feladatok közé tartozik a szervezést végző munkatársak képzése, támogató informatikai megoldások fejlesztése, kapacitásfejlesztés (óraszámok), akár új szakmák létesítése. A hatékony együttműködés érdekében a Fővárosi Önkormányzat szervezésében eddig több körben került sor horizontális egyeztetésekre a programba bevont szakrendelők szakmai vezetői között. A szerzők a cikk végén javaslatokat fogalmaznak meg az onkológiai betegútszervezés továbbfejlesztésének irányaira, a szakmapolitikai és finanszírozási támogató környezet kialakítására.

Kulcsszavak: betegútszervezés, betegútmenedzsment, onkológiai ellátás, onko-diagnosztika, Egészséges Budapest Program

The aim of this study is to present the objectives of the oncology patient pathway management program launched in 2023 within the framework of the Healthy

Budapest Program (EBP), the early experiences of district clinics and the possible directions for further progress. In accordance with the agreement between the Government and the Municipality of Budapest, that will implement several programs related to cancer care from the EBP resources provided in 2020 and 2021 until the end of 2025 based on the actual government decisions. As part of this, under the organization of the Municipality of Budapest, Cooperation Agreements were signed with 11 Budapest district outpatient (poly)clinics from 2023 and 2024 to carry out oncology patient pathway management tasks.

This article provides a systematic overview of the current situation, organizational activities, patient pathways and care experiences carried out in the past period. It is a challenge for Capital district outpatient clinics to build and strengthen professional relationships, on the one hand, with diagnostic service providers (imaging, laboratory, pathology) and, on the other hand, with oncology centres operating in national institutes, Semmelweis University or capital city hospitals. The specific tasks related to the organization among others are the training of the employees who carry out the organization, the development of supporting IT solutions, capacity development (number of hours), even set up new medical professions. In addition, several rounds of horizontal consultations have taken place between the professional managers of the specialist clinics involved in the program. At the end of the study, proposals are formulated by the authors for the further development of the oncology patient pathway management and for the establishment of a policy and financing supportive environment.

Keywords: patient pathway management, oncology treatment, onco-diagnostic, Healthy Budapest Program

BEVEZETŐ – SZAKMAPOLITIKAI HÁTTÉR – ONKOLÓGIAI HELYZETKÉP

Hazánk onkológiai megbetegedések és halálozás terén elért teljesítménye messze elmaradt az ország fejlettségi

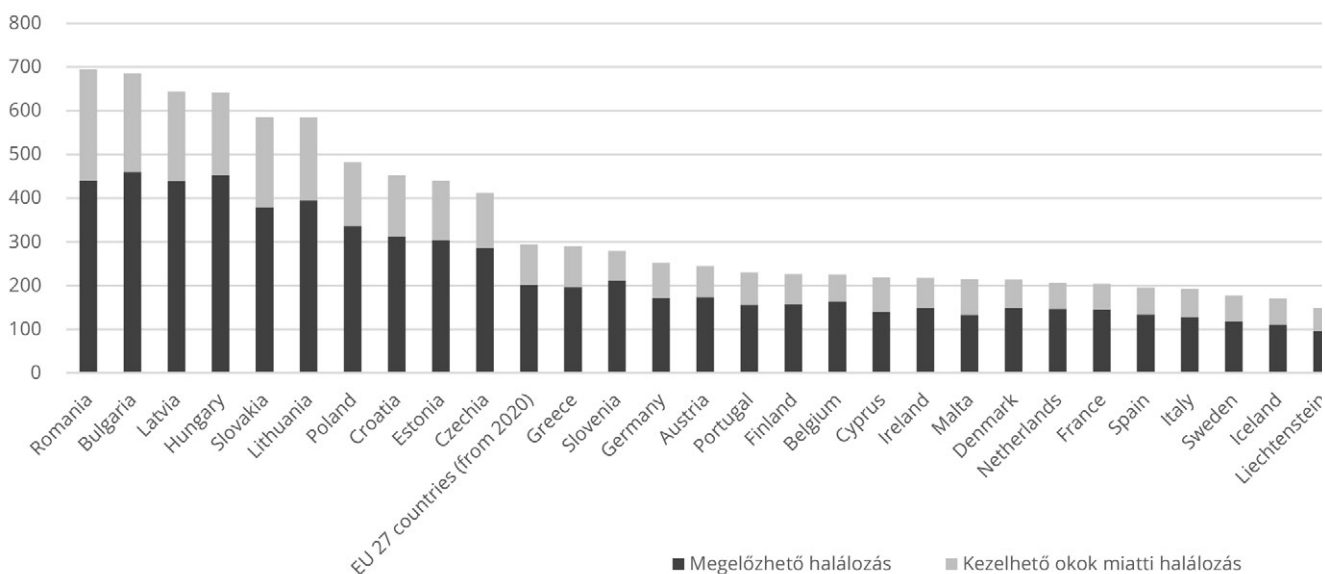
szintjétől. Évente nagyságrendileg 72-75 ezer új daganatos esetet regisztrálnak, és évente több mint 30 ezer embertársunkat veszítjük el daganatos megbetegedés következtében [1], miközben a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) évente több mint 300 milliárd Ft-ot költ onkológia diagnosztikára, gyógyszeres kezelésekre, sugár- és műtéti terápiai finanszírozására [2]. Annak érdekében, hogy jobban át tudjuk érezni, hogy hányan is betegednek meg hazánkban rákos betegség következtében egy évben, az újonnan diagnosztizált betegek egy Puskás Arénát meg tudnának tölteni, minden évben.

A magyar daganatos halálzási adatok az EU-n belül a legrosszabbak. Az utóbbi években átlagosan 33%-kal több magyar ember hal meg daganatos betegség következtében, mint az Európai Unió (EU) átlag. 100 000 fő tekintetében ez évente 623 új esetet jelent, illetve 328 rákos megbetegedésnek tulajdonítható halálesetet, szemben az Unió átlagával, ahol az incidencia 569, és évente 247 onkológiai megbetegedés okozta halálesetet regisztrálnak. Az okok összetettek, elsősorban az egészségtelen életmódnak tulajdonítható idő előtti megbetegedések, mint megelőzhető halálesetek (népegészségügy és primer prevenció hiányosságai, együttesen évente hozzávetőlegesen 33 ezer haláleset). Másodsorban szerepet játszanak az egészségügyi ellátórendszer alulfinanszírozottsága és kapacitáshiánya következtében idő előtt bekövetkező halálokok mint többelhalálozás. Az Eurostat Database [3] szerint ez 2020-ban 16 921 eset volt (szűrések, kezelések hiánya következtében bekövetkező elhalálozás), Orosz tanulmányában kiemeli, hogy az összes halálokot tekintve a magyar (standardizált) halálozási ráta 1,6-szerese volt az EU14-országok halálozási rátájának, ugyanakkor a kezelhető és megelőzhető okok miatti halálozási ráta 2,5, illetve 2,4-szerese [4]. Ennek

következtében az elkerülhető halálozások tekintetében a 3. legrosszabb helyen állunk az EU-ban, Románia és Litvánia után, lásd az 1. ábrán.

A Fővárosi Önkormányzat – annak ellenére, hogy egészségügyi feladatait 2012-ben elvonták, intézményrendszerét államosították – fenti ténymegállapítás alapján mégis fontosnak tartja a budapesti lakosság egészségi állapotának javítását, és az egészségügyi ellátórendszer – lehetőségeihez mért – támogatását és fejlesztését. Ebből kiindulva 2019 novemberében a Fővárosi Közgyűlés a 2023. évi atlétikai világbajnoksággal kapcsolatos egyes kérdések körében úgy döntött, „... elengedhetetlennek tartja, hogy 2020-2024. években az Egészséges Budapest Program keretében a Kormány – a fekvőbeteg-ellátásban tervezett fejlesztéseken felül – legalább 50 000 000 000 forintot fordítson a Fővárosi Közgyűlés által meghatározott egységes szempontok figyelembevételével a kerületi önkormányzatok egészségügyi alap- és szakellátási fejlesztéseinek támogatására.” (A Fővárosi Közgyűlés 1091/2019. (XI.27.) számú határozata.) A Főváros javaslatait Magyarország Kormánya támogatólag megerősítette a 2023. évi IAAF Atlétikai Világbajnokság megrendezése és az atlétikai központ megvalósítása érdekében szükséges további feladatokról szóló 1819/2019. (XII. 30). Korm. határozat keretében. E megállapodás keretei között 2024 novemberéig összesen 27,17 milliárd forint értékben valósultak meg támogatások a központi költségvetésből: a fővárosi kerületi önkormányzatok együtt 24,41 milliárd forint támogatásban részesültek főleg infrastruktúra-fejlesztésre, míg a Fővárosi Önkormányzat 2,75 milliárd forint támogatásban részesült „képalkotó diagnosztikai várólisták csökkentése, illetve diagnosztikai programok és ezeket elősegítő szolgáltatások céljából” – az EBP keretében 2020 és 2024 között történő megvalósulásáról, a Fővárosi Közgyűlés Em-

100 000 főre vetített arány

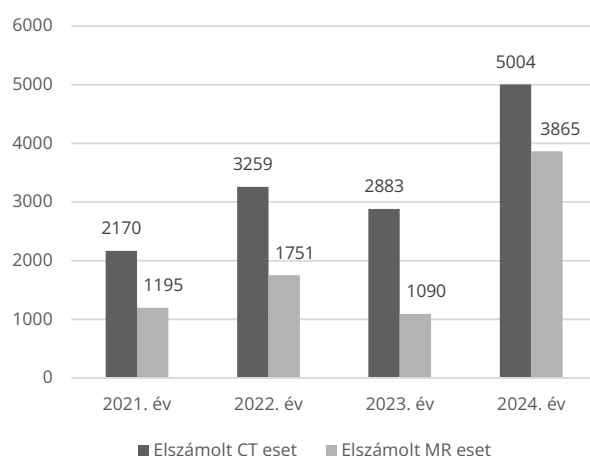


1. ábra

Elkerülhető halálozás aránya 100 ezer főre az EU-ban, 2020. (forrás: [3])

beri Erőforrások Bizottságának 2024. november 18-ai ülésére benyújtott Tájékoztató szerint. A Fővárosi Önkormányzat a támogatást a budapesti onkológiai betegek ellátásának javítása érdekében olyan CT- és MR-várólista-csökkentési programot vezetett be (továbbiakban: onko-diagnosztikai Program „A” modul), amelynek keretében daganatos megbetegedés gyanúja vagy diagnosztizált daganatos betegség kontrollja esetén az Önkormányzat által biztosított szolgáltatók az időpontfoglalástól számított 7 napon belül elvégzik a beutaló szakorvos által szükségesnek tartott képalkotó vizsgálatot, és újabb 3 napon belül a leletet is közlik (ún. „7+3 napos szabály”). A Program létjogosultságát az adta, hogy mivel a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozott kapacitások kimerítése után a szolgáltatók nem tudtak újabb betegeket fogadni, 2018-2019. évekre érezhetően megnövekedtek az előjegyzési idők (várólisták) a nagy értékű képalkotó diagnosztikai vizsgálatokra. A Fővárosi Önkormányzat az elmúlt négy év alatt (2020. november – 2024. december 31. között) 7900 MR- és 13 300 CT-vizsgálatot „vásárol(t)” plusz kapacitásként. Ezzel a Programmal is közvetlenül csökkentve a fenti betegek előjegyzési és diagnosztizálási idejét, és közvetve plusz forrás és plusz kapacitás biztosításán keresztül hozzájárulva egy általános fővárosi CT- és MR-vizsgálati előjegyzési idő-csökkenéshez. A vizsgálatokat fenti forrásból – havi és éves szinten meghatározott pénzügyi és vizsgálati (esetszám) keret erejéig – két közbeszerzési folyamat keretében, egyrészt együttműködési megállapodással fővárosi kerületi önkormányzati tulajdonú szakrendelők, másrészt szerződéssel budapesti székhelyű egyetemi, állami kórházi és magántulajdonú diagnosztikai szolgáltatók végezték a kormányrendeletnek megfelelő [5] NEAK-finanszírozáshoz szorosan illeszkedő OENO (diagnosztikai, [6]) tevékenységi kód alapú elszámolással ún. „BP” térítési kategóriával lejelentve a havi teljesítményeket, lásd 2. ábra. A COVID-19 pandémia és a pandémia elleni védekezés hatására az orvos-beteg találkozások száma jelentősen, 35-40%-kal visszaesett a NEAK-kimutatások alapján is, mely hátráltatta a daganatgyanús esetek időben történő orvoshoz fordulását és kivizsgálását. Ez jelentősen csökkentette a Program keretében végzett CT- és MR-vizsgálatok számát is. A járvány harmadik hullámaig tapasztaltunk fordított arányos összefüggést a COVID-19 esetszámok és a képalkotó esetszámok között, ezt követően a járvány hatása csökkent a programra. Ezen akadályok elhárultával 2024 során már magasabb éves esetszámot tudtunk elérni [7, 10].

A képalkotó diagnosztikai vizsgálatok hatékonyságát általában is számos tudományos vizsgálat és közlemény támasztja alá [8, 9]. Korábbi tanulmányában hazai kutatócsoport is beszámolt már az EBP keretén belül megvalósuló fővárosi onko-diagnosztikai Program félidős elemzéséről, a tapasztalatok leszűréséről, és a háttérben meghúzódó egészségpolitikai folyamatok bemutatásáról [10]. A CT- és MR-várólista csökkentési Program eredményeinek időközi elemzésére egy retrospektív, kétkarú, összehasonlító kohorsz vizsgálat került lefolytatásra a Semmelweis Egyetemen még 2022. év során [11]. Eredményül azt kapták, hogy a CT-



2. ábra
Az EBP keretében finanszírozott CT- és MR-vizsgálatok száma, 2021-2024 (saját szerkesztés)

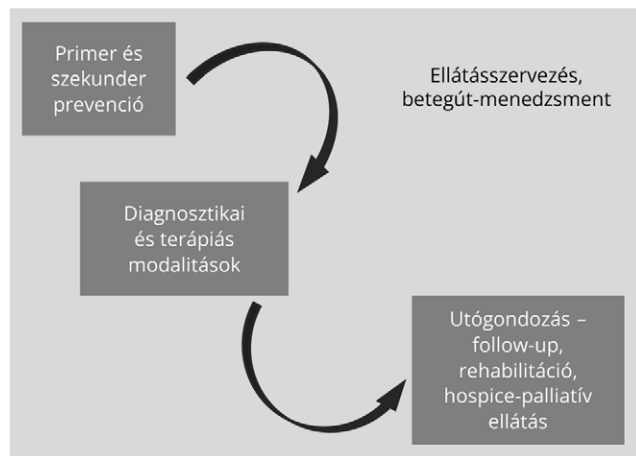
és MR-várólista-csökkentési Programban a képalkotó vizsgálatra való beutalás és a leletkiadás közötti teljes időintervallum jelentősen rövidebb volt a „BP” térítési kategóriájú pácienseknél, mint a NEAK által térített betegek esetében (7,6 vs. 22,3 nap, illetve átlagos különbség -14,7 (95% CI -16,4; -13,1) nap; $p < 0,0001$). Takács a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ képzésének keretében ebben a témakörben készített szakdolgozatában [12] – a fenti kutatást kiegészítve – az onkológiai ellátás problémáinak feltárásához rendszerdiagnosztikai elemzést végzett, majd diagnosztikus térkép (folyamatábra) felrajzolását végezte el. Az onkológiai betegút további pontjái (szórvetani vizsgálat, onko-team ülés, specifikus onkológiai kezelés megkezdése) eltelt idő viszont szignifikánsan nem különbözött a két csoport között, ennek fejlesztéséhez további „onko-diagnosztikai esetmenedzser modellprogram bevezetésének létjogosultságára van szükség”, mely pedig félig strukturált interjúk segítségével került felmérésre [12].

AZ ONKOLÓGIAI BETEGÚTSZERVEZÉS FONTOSSÁGA ÉS A PROGRAM FOLYTATÁSA

Látva hazánk onkológiai megbetegedési és halálozási statisztikáit, és a hazai közfinanszírozott egészségügy problémáit, az onko-diagnosztikai (támogató) Program folytatására és kibővítésére már 2021. év során a hazai tapasztalatok [13], és nemzetközi tudományos evidenciák és jógyakorlatok alapján [14] szakértői javaslatot dolgoztunk ki. Komoly szakmai és egészségpolitikai egyetértés mutatkozik a tekintetben, hogy a hazai onkológiai ellátás egyik gyenge pontja, hogy betegek vesznek el, mondhatni bolyonganak az egészségügyi ellátórendszerben a daganatgyanú felmerülésétől a terápiára kerülésig. Azaz fontos probléma a betegútszervezés (betegútmenedzsment) elégtelensége, mely hivatott lenne az alábbi ábrában felvázolt igen bonyolult szűrési-diagnosztikai és terápiás modalitások közötti összhang megteremtésére. A betegútszervezés kiemelt célja annak elérése,

hogyan a daganatgyanúval érintett lakosság idővesztése nélkül – mielőbb – jusson pontos diagnózishoz, ezáltal a betegek a hatékony onkológiai terápiákat mielőbb, a betegség korábbi fázisában (stageing) kezdhessék meg. Ebből a problémából kiindulva a képalkotó diagnosztikai várólisták megszüntetése érdekében tett intézkedéseken túl a Fővárosi Önkormányzat diagnosztikai programok és ezeket elősegítő szolgáltatások kialakítása érdekében – az onko-diagnosztikai Program „B”-moduljaként – együttműködési megállapodásokat kötött 2023-ban három, és 2024-ben további nyolc fővárosi kerületi önkormányzat által fenntartott járóbeteg-szakellátási intézménnyel onkológiai betegútszervezési feladatok ellátására. A megállapodások keretében a járóbeteg-szakrendelők havi átalánydíj ellenében ellátnak a Program keretében megcélzott rosszindulatú daganatos kórképeket lefedő „C” és „D” BNO-főcsoportba sorolt iránydiagnózisú betegek további kivizsgálásának, majd ellátásának megszervezését. A 2024 októberében kezdődő új önkormányzati ciklusban a Fővárosi Önkormányzat a Programot folytatni és kibővíteni kívánja, melynek feltétele, hogy a Kormány betartsa az előző ciklusban tett vállalásait, és az EBP keretében biztosítsa az 50 milliárd forintból még fennmaradó közel 23 milliárd forint forrást. A hiányzó forrásból a Fővárosi Önkormányzat további fejlesztéseket, felújításokat tervez megvalósítani a kerületekkel közösen. Továbbá az onko-diagnosztikai Program „A” modulja mellett a „B” modul, azaz az onkológiai betegútszervezés folytatása, illetve egészség-kommunikációs és prevenció elemekkel történő kiegészítése a cél.

„B” modul: A daganatprevenció, –szűrés, –terápia és –gondozás koncepcionális hálóját



3. ábra
Szűrési – diagnosztikai és terápiás modalitások a daganatos betegségek feltételezésében és kezelésében (saját szerkesztés)

A szűrővizsgálatok bevezetését alapos megfontolás és szervezés kell hogy megelőzze és végigkísérje [16]. Amennyiben feladatunknak tekintjük a jelen helyzet javítását, azaz a daganatos megbetegedések időben való felismerését, kezelését, a következő beavatkozási pontokat kell identifikálnunk és megvizsgálnunk. A következőkben az onko-diagnosztika támogatásában eddig elért eredményekről, illetve

több további szereplő bevonásával megvalósítható, az onkológiai betegek túlélési esélyeit növelő tervekről számolunk be.

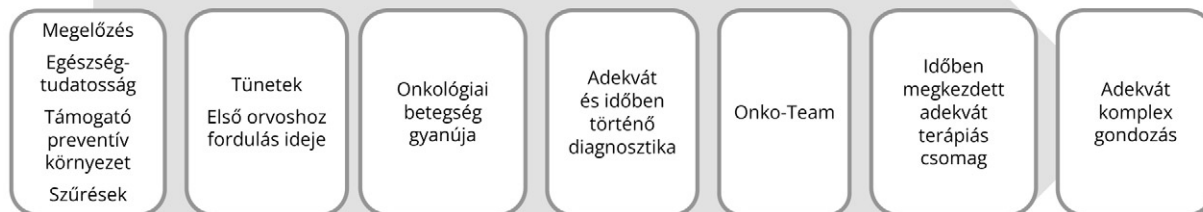
Célkitűzésünk a várható élettartam növelése, az elkerülhető idő előtti halálozás arányának csökkentése. Mindezt nem egészségügyi szolgáltatóként, hanem a budapesti egészségügyi ellátórendszerhez kapcsolódó kiegészítő finanszírozóként és szervező intermedier szereplőként kívánjuk megtenni a jövőbeli friss onkológiai esetek támogatásának és ellátásának könnyítése céljából. Célunk továbbá a fővárosi lakosság körében felmerülő onkológiai gyanús esetek számára a járóbeteg-szakellátási szinten felmerülő első C-s diagnózisgyanútól a diagnosztikus folyamat támogatása, azaz a daganatos diagnosztika felállításáig (onko-team üléssig), illetve a terápia megkezdéséig eltelt idő csökkentése. Normál esetben természetesen ezeket a határidőket a szakma kell hogy meghatározza, de – reális kereteken belül – az első diagnózisgyanútól a terápia megkezdéséig maximum 4-6 hét teljen el.

Mivel az onko-team ülés, illetve a terápia már onko-centrumokban, felkészült és gyakorlott szakemberek szervezésében zajlik, így magába a terápiás folyamatba ez a Program nem kíván beleszólni.

A betegútmenedzsment kritikus pont a kivizsgálásban és terápiában, hiszen a vizsgálatok közötti felesleges idő csökkentése, a daganatok korábbi fázisban történő feltárása, az onko-team döntési idejének optimalizálása, valamint az ellátás ütemes megszervezése és a daganatgyanútól a hatékony terápiáig eltelt idő lerövidítése javítja a terápia hatékonyságát, ezáltal a betegek túlélésének esélyét befolyásolja [17, 18]. Szakmai meglátásunk szerint az onkológiai betegút rendelkezik az egyik legösszetettebb irányítással, feladattal és szervezéssel az egészségügyi ágazaton belül, lásd 4. ábra.

A megelőzés és a szűrővizsgálatok népegészségügyi szemléletű rendszere mellett megérkeztünk az egészségügyi ellátórendszer újabb fontos lépéséhez: a megfelelő diagnózis időben történő felállításának kérdéséhez. A lakosság első lépésben (1. szintű orvos-beteg találkozó) a különböző egészségügyi problémái, tünetei alapján a háziorvosával vagy a beutaló nélkül igénybe vehető szakrendelésekkel, illetve egyre nagyobb számban magánfinanszírozott járóbeteg-ellátóval kerül kapcsolatba. Amennyiben az első ellátási pontokon felmerül az onkológiai megbetegedés gyanúja – esetleg számos más opció mellett – a fizikai vizsgálatok után és mellett alapvető labor- (majd kiegészítő, pl. biomarker vagy patológiai szövettani vizsgálatok) és képalkotó vizsgálatok (mammográfia, röntgen, UH, CT, MR, PET-CT) szinte minden esetben szükségesek. Gyakori, hogy egyéb szakorvosi konzíliumokra is sok kerül, illetve a megbetegedés jellegétől függően a mintavétel, a szövettani vizsgálatok is alapvetőek (2. szintű orvos-beteg találkozások). Ezen vizsgálatok során nem eldöntött, hogy ki igazán a beteg ellátási felelőse, vizsgálatainak szervezője.

- Ez lehet a háziorvos (házánkban limitált vizsgálatkérési jogosultsággal),



4. ábra

Daganatgyanús beteg kivizsgálásának menete – betegútja (saját szerkesztés)

- egy-egy terület járóbeteg szakorvosa (nőgyógyász, urológus, tüdőgyógyász), illetve
- fekvőbeteg-ellátást igénylő állapotrosszabbodás esetén már megfelelő profilú kórházi osztály szakorvosa,
- majd onkológiai centrumba kerülést követően onkológus szakorvos.

Ezen vizsgálatok számos szakterület számos szakorvosát, illetve eszközparkját kell hogy igénybe vegyék. Míg egy-egy fekvőbeteg-gyógyintézet kapacitásától és szakterületeitől függően a beteg kivizsgálása a kezelőorvos irányítása alatt viszonylag simán és egyértelműen megtörténik, úgy járóbetegként ezen betegutak a beteg kitartásán, értelmi képességén, és számos más tényezőn múlnak, szervezésük jelenleg teljesen esetleges. Ebben a helyzetben nagy segítség lenne egy elsődleges betegútszervező felelős belépése a folyamatba.

Ezt követően ezen vizsgálatok megléte esetén kell hogy szülessen egy elsőfokú szakvélemény (3. szintű orvos-beteg találkozás), amely elsőfokú összesítő diagnózist ad, illetve legtöbb esetben további vizsgálatokat igényel, pontosabb terápiás döntés-előkészítés céljából. Ezen elsődleges, összesítő diagnózis felállítása után – sok esetben a terápiás döntést megelőzően – a megfelelő szakorvos további részletes vizsgálatokat kér. Ezek további időt vesznek igénybe (4. szintű orvos-beteg találkozás) – végső döntés-előkészítő anyag összeállítása onko-team elé kerülés céljából. Onko-team ülés és döntés meghozatala, amennyiben minden releváns információ rendelkezésre áll a staging megállapításához (5. szint), majd adekvát terápia megkezdése (6. pont), mely során további idővesztés merülhet fel, vagy „veszhet el” a beteg, ha nem hajlandó elfogadni a terápiát.

Ezen vizsgálatok, orvos-beteg találkozások megszervezése, megtörténte rengeteg idő, és számos félresiklási lehetőséget hordoz magában. Betegek tűnhetnek el a rendszerből, kerülhetnek a szükségesnél később terápiára. Ha nem is lehet csökkenteni ezen kritikus döntési pontok számát, a

szervezéssel, jobb betegedukációval, a beteg számára történő segítségnyújtással, azaz időpont- és ellátásszervezéssel hatékonyabb és rövidebb lehet az első gyanútól a terápiáig meglehetősen betegút, evvel is javítva a túlélés esélyeit. Éppen az összetett kivizsgálási folyamat és a benne rejlő hibalehetőségek indokolják a betegútszervező megjelenését a folyamatban.

A KERÜLETI SZAKRENDELŐI TANULMÁNYOK FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSAI: HELYZETFELTÁRÁS ÉS JÓ ELLÁTÁSSZERVEZÉSI GYAKORLATOK

Az onko-diagnosztikai Program „B” moduljában részt vevő intézmények vállalták egy induló tanulmány elkészítését, melyben bemutatták az onkológiai gyanús esetek kivizsgálásának jelenlegi gyakorlatát intézményükben, illetve megkezdtek annak azonosítását, hogy mely területeken és miként tudnak javítani az adott folyamatokon.

A tanulmányok beérkezését követően a szolgáltatók megkezdtek a betegútszervezési tevékenységeik dokumentálását, illetve havi átalánydíj ellenében a Fővárosi Önkormányzat által meghatározott, a megállapodások mellékleteként feltüntetett dokumentum formátumában havi rendszerességgel a statisztikai adatok Főpolgármesteri Hivatal részére történő szolgáltatását. Az egészségügyi szakértők véleménye alapján a beszámolók, illetve a megállapodások nagyban hozzájárultak a betegútszervezési feladatok szakrendelői szinten történő optimalizálásához.

- A Program eredményeként a részt vevő kerületi szakrendelőknél egységesítették a diagnózisok kódolását a dokumentációkban a C és D diagnózisú betegek célzott ellátásának követhetősége érdekében. Egyik szakrendelő kisebb szoftverfejlesztésbe is fogott a medikai rendszerük betegútszervezést támogató funkcióinak kialakítása érdekében.
- Eljárásrendet vagy protokollokat dolgoztak ki ezeknek a betegeknek a gyorsabb és szervezettebb ellátása érde-

kében. A tipikus és tervezett betegutakat a Programért felelős vezetők és munkatársak folyamatábrákkal modellezték le.

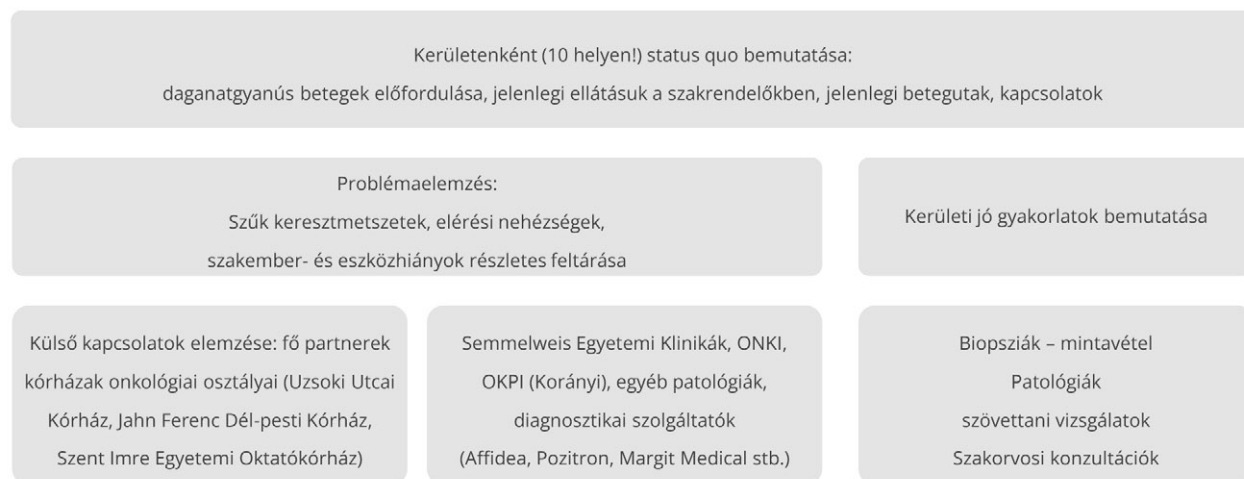
- Ahol hiányosságokat, szűk keresztmetszeteket tártak fel, ott az intézményvezetők saját hatáskörben próbálnak eljárni. Egyik kerületi rendelőben új szakmaként hozták létre az Onkológiai szakrendelést belső kapacitásátcomportosítással.
- Intézményenként 2-4 főt jelöltek ki, van, ahol erre külön betegirányítási szervezeti egységet hoztak létre, akik végigkövetik vagy közvetlenül intézik a szakrendelőkben daganatgyanúval vagy már megállapított daganatos betegséggel ellátott betegek útját: szakorvosi konzultációkat és kivizsgálásokat (labor, UH, mammográf, endoszkópia, kolonoszkópia), a CT- vagy MR-vizsgálati kéréseket, a külső speciális laborkérdéseket (pl. biomarkerek), patológiai mintavételi kéréseket és a leletek megérkezését, majd onkológiai centrumba irányításukat.
- A diagnosztikai egységekben az előjegyzési időkből egyfajta gyorsítósávot jelöltek ki ezeknek a betegeknek, főleg a laborkérdések és az ultrahangvizsgálatok során.
- Egyes szakrendelők belső képzést is indítottak betegútszervezési feladatok elsajátítása érdekében.

Önmagában a Program „B” moduljának elindulása pozitív változásokat indított el az onkológiai betegek ellátásának szempontjából, meghatározva a részt vevő intézmények menedzsmentjének gondolkodását, prioritásképzését akár munkaszervezés, akár infrastrukturális fejlesztések terén.

Az együttműködésben részt vevő járóbeteg-intézmények vállalták az általuk alkalmazott eljárásrend leírását, a jogyakorlataik bemutatását, mellyel egyidejűleg hasonlóképp havi átalánydíj ellenében statisztikai adatszolgáltatást nyújtanak a betegútszervezési tevékenységükről. Ezeket a Főpolgármesteri Hivatal feldolgozta, melyek főbb megállapításait és eredményeit az 5. ábra és magyarázat tartalmazza.

A kerületi helyzetfeltáró tanulmányok főbb tanulságait a 6. ábra foglalja össze. Ezek az elemzések kiemelik a betegútszervezés nehézségeit, a szakorvosi konzultációhoz jutás, a CT-, MR-, UH-vizsgálatok szervezésének, a szövettani (pl. biopsziás) mintavételek megszervezésének, elvégzésének és a patológiai leletezésnek az időigényét. A problémák mellett azonban számos meglévő kerületi jógyakorlatot is bemutatnak a kerületi szakrendelőkben dolgozó szakemberek és vezetők. Jógyakorlatok között – egyelőre még nem fővárosi szintű átfogó megoldásként, hanem egyedi kapcsolatként – kiemelhetők az alábbi példák:

- A Zuglói Egészségügyi Szolgálat (ZESZ) és az Uzsoki Utcai Kórház között emlődaganat gyanú esetén biopsziás mintavételre küldés a szakrendelőből. Uzsoki utcai Kórház egyes osztályaival, labor- vagy képpalkotó egységeivel.
- A Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat (FESZ) a Semmelweis Egyetem egyes klinikáival (onkológiai és nőgyógyászati) klinikáival, a Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat (TESZ) pedig a Péterffy Kórház-Rendelőintézet nőgyógyászati, sebészeti és gasztroenterológiai osztályaival alakított ki jó kapcsolatokat a daganatgyanús esetek gyors átvétele és kivizsgálása érdekében.
- A Dél-Budai Egészségügyi Szolgálat épített ki jó kapcsolatot a Szent Imre Oktatókórház patológiai osztályával: tumorgyanú esetén a konvencionális citológián túl szövettani mintavételre kerül sor, ezt követően a minta soron kívüli patológiai osztályra jut, szükség szerint telefonos megbeszélésre kerül sor a patológiai osztály orvosával, sürgősségi leletezést és további vizsgálatot kérve.
- A Vass László XV. kerületi szakrendelő közvetlen (személyes vezetői és szakorvosi) kapcsolatokat épített ki az Országos Korányi Pulmonológiai Intézettel. A kerületi tüdőgyógyász szakrendelés direkt kapcsolatot tart fenn az Országos Korányi Pulmonológiai Intézettel (OKPI). A betegeket pozitív CT-lelet birtokában további kivizs-



5. ábra

A kerületi szakrendelők helyzetfeltáró tanulmányainak áttekintése (saját szerkesztés)

gálás céljából a kerületből direkt a Korányiba küldik, a betegek felvétele gördülékeny, ambuláns ellátásuk néhány héten belül megtörténik, ezt követően a kórház és a szakrendelő szakorvosai közvetlenül, telefonon konzultálnak. A szakrendelő CT-je pedig a Program keretében lekötött kapacitásokon belül havonta több kórházi beteget vizsgál ki rövid határidőkkel, néhány napon belül.

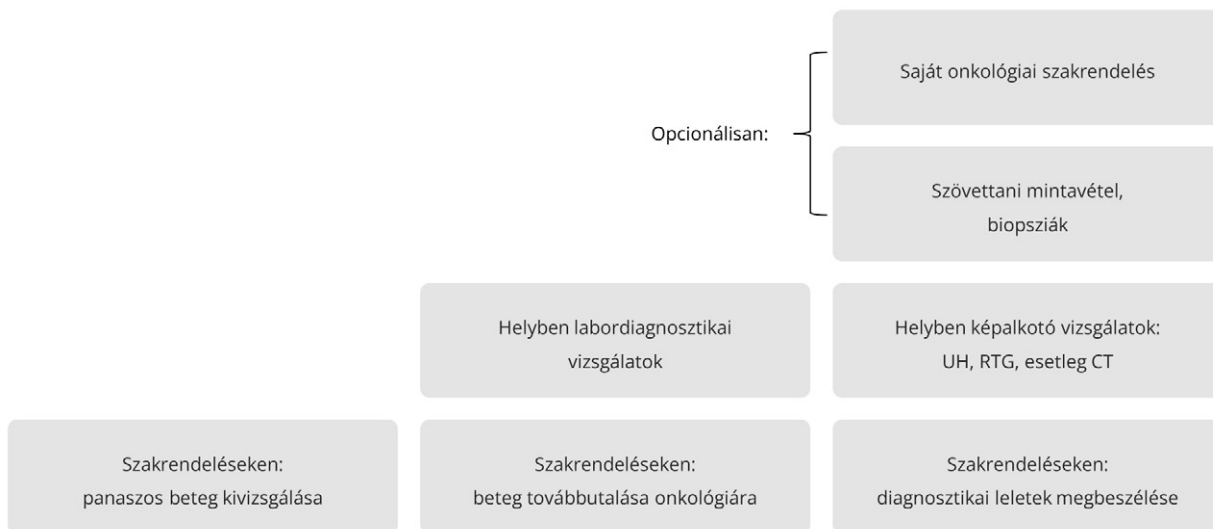
- A XXIII. kerületi dr. Nádor Ödön Egészségügyi Intézmény jó együttműködésben dolgozik együtt a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház és Rendelőintézet nőgyógyászati és urológiai osztályaival, ahol onko-team is működik. A betegütszervezés keretében szorosan követik a betegek kontrollvizsgálatra való visszahívását az onko-team döntését és az onkológiai terápiákat követően.

A legnagyobb probléma jelenleg a kapcsolatok és a betegutak esetlegessége, amelyek személyes jó kapcsolatokon múlnak, akár az intézményvezetők, vagy közvetlenül a szakorvosok között. Ha egy-egy szakorvos nyugdíjba megy, vagy átáll a magánellátásba, vagy a felügyeleti szervek átalakítják a területi ellátási kötelezettséget (TEK) – figyelmen kívül hagyva a már kialakult gördülékeny jó kapcsolatokat, finanszírozási okokból szüntetnek meg osztályokat, szűkítik a labor, patológia vagy szakorvosi kapacitásokat –, akkor ezek a jógyakorlatok, bejáratott diagnosztikai kapcsolatok és betegutak egyik hónapról a másikra szűnnek meg.

A kerületi szakrendelők eltérő szerepvállalása leginkább a daganatgyanú pontosításában, a kivizsgálásában, részletes anamnézis felállításában, maximum az elsődleges diagnózisig való eljutásban van, illetve a megfelelő centrumba való irányításban merülhet ki. Ezt követően a terápia után, majd a kezelésen túljutott betegek követésében (follow-up), éves felülvizsgálatában van teendőjük. A fővárosi onkológiai betegütszervezési Programban részt vevő 11 kerületi szak-

rendelő igen eltérő szerepet vállal az onkológiai betegek kivizsgálásában a gyanútól az onko-team elé kerülésig, melyet a 6. ábra mutat be. Valamennyi szakrendelőben végeznek szakorvosi fizikális vizsgálatot, konzultációt, UH-, esetleg RTG-vizsgálatot. A specifikusabb vérvizsgálatokat, biomarker-vizsgálatokat már csak részlegesen végzik el. Igen kis arányban, illetve szakmánként eltérő mértékben, csak néhány rendelőben végeznek biopsziás mintavételt (altatásban, helyi érzéstelenítéssel). Illetve szintén csak néhány rendelő működtet onkológiai szakrendelést, és rendelkezik saját alkalmazott vagy szerződött onkológussal. Ahol van, ott azonban nagyon pozitívak a tapasztalatok, egyrészt az onkológus szakorvos és asszisztense saját munkája, másrészt a horizontális kapcsolatok és konzultációs lehetőség révén más szakorvosokkal, legyen az urológus, nőgyógyász, belgyógyász.

A fővárosi betegütszervezési Programban részt vevő szakrendelők havonta feladatfinanszírozásban részesülnek, melynek átalányösszege 1 millió azon kerületekben, ahol a 2023-as KSH szerinti lakosságszám nem haladta meg a 90 ezer főt, illetve 1,6 millió Ft a 90 ezer főnél nagyobb népességszámú kerületeken működő szakrendelők számára. Ez az összeg hivatott fedezni a havonta felmerülő többletbérléssel és dologi költségeket (nagyjából 1 – 1,5 – 2 munkatárs havi bruttó bérét és 100-200 eFt-ot kitevő közvetlen, illetve közvetett (vetített) dologi költséget). A szakrendelővezetések a Programba kerületenként általában 2-4 főt vonnak be. A bevont munkatársak részben részállásban a menedzsment tagjai (pl. orvosigazgató, prevenció igazgató), vagy szakorvosok (onkológus, pulmonológus), vagy akár főállásban szakápolók vagy adminisztrátorok (nem egészségügyi diplomások). A jelentési rendszer 8 pontból áll, melyet az 1. táblázatban mutatunk be a jellemzőbb havi esetszámokkal (tól-ig esetszámokban, zárójelben egy-egy rendelő kirívó értéke).



6. ábra
Kerületi járóbeteg szakrendelők egészségügyi kapacitási és ellátásszervezési dilemmái (saját szerkesztés)

Feladat – csak fővárosi állandó vagy ideiglenes lakcímmel rendelkező biztosítottak vonatkozásában		Elvégzett havi teljesítmény (statisztikailag egyénre nem beazonosítható módon)
1.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek tárgyhóban nyilvántartásba vett új C-s vagy D-s iránydiagnózisú esetek száma	20 – 50 (120) esetszám
2.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek tárgyhóban nyújtott szakorvosi konzultációk száma C-s vagy D-s iránydiagnózisú betegek számára	100 – 160 (500) esetszám
3.	Az Együtműködő fél szakrendeléseiről a tárgyhóban a fővárosi CT és MR programba irányított C-s vagy D-s iránydiagnózisú esetek száma	10 – 20 esetszám (30 – 40 eset saját CT-nél)
4.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek C-s vagy D-s diagnózisú betegek kivizsgálása érdekében a tárgyhóban végzett szövettani mintavételek száma	Esetileg: 0 – 10 (50 – 100) esetszám
5.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek C-s vagy D-s diagnózisú betegek kivizsgálása érdekében a tárgyhóban kezdeményezett patológiai, szövettani mintavételek vagy leletek kérésének száma	5 – 10 (40 – 50) esetszám
6.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek tárgyhóban kezdeményezett beutaló C-s vagy D-s diagnózisú betegek további kivizsgálása, terápiájuk megkezdése érdekében onkológiai osztállyal, centrummal rendelkező kórházba, országos intézetbe, egyetemre.	5 – 10 esetszám
7.	Az Együtműködő fél szakrendeléseinek C-s vagy D-s diagnózisú betegek számára a tárgyhóban végzett kontrollvizsgálatok száma (pld. CT- vagy MR-vizsgálaton átesett betegek visszahívása, szövettani lelet megérkezését követő szakorvosi konzultáció)	10 – 20 (80 – 100) esetszám
8.	Szöveges beszámoló az Együtműködő fél intézetében a tárgyhóban az onkológiai betegútszervezéssel kapcsolatos egyéb elvégzett tevékenységekről.	

1. táblázat
Fővárosi kerületek havi jelentési rendszere a betegútszervezési Program keretében (saját szerkesztés)

Fentiekén túl a Főpolgármesteri Hivatal két alkalommal, 2024 májusában és decemberében szervezett szimpóziumot meghívott szakértő előadók, a kerületi szakrendelők vezetői és onkológiai diagnosztikai betegút kialakításával, működtetésével foglalkozó szakemberei részvételével, tovább folyamatosan értékelte, összegezte az együtműködő szakrendelőktől érkező havi beszámolók szöveges részét.

A visszajelzések alapján jól látszik, hogy fontos már a szakorvosi konzultációra történő időpontfoglalás során kiemelt figyelmet fordítani a daganatgyanús esetekre. Ennek érdekében például a II. kerületi Kapás utcai szakrendelőben időpontfoglalás kizárólag telefonon keresztül lehetséges, így néhány, az anamnézisre és a beutalás indokára vonatkozó kérdést követően triázs-szerű időpontbiztosítás lehetséges: a tumorgyanús esetek az előjegyzésnél prioritást élveznek. Ez felveti annak kérdését, hogy a digitális/elektronikus előjegyzési rendszerek bevezetésével miként emelhetők ki az időkritikus esetek; fontos az informatikai fejlesztések során erre figyelmet fordítani és megoldást találni.

További jógyakorlatként azonosítható közvetlen és dedikált csatornák létrehozása, fenntartása az onkológiai szempontból gyanús esetek kivizsgálásában, ellátásában részt vevő partnerintézmények (házi orvosok és szakorvosok, illetve a járóbeteg-intézmények és az onkológiai centrumok szakorvosai) között, amely egyrészt biztosítja az érintett betegek számára létfontosságú gyorsított útvonalat (fast track), illetve csökkentheti a téves betegutak és a diagnózis felállításához szükséges egy-egy vizsgálat elmaradásának előfordulását. Jelentőségét azok a visszajelzések is adják,

melyek szerint a nagy betegforgalmú onkológiai centrumokban a kivizsgálás során a betegút olykor megszakad, ottani kezelőorvosukat a betegek nem tudják elérni. A visszajelzések szerint előfordul, hogy a páciensek az onkológiai centrumokban sem kapnak megfelelő tájékoztatást, ezért jobb esetben visszatérnek a házi orvosukhoz, szakrendelőjükhöz, rossz esetben megszakad a kivizsgálás folyamata. Ennek elkerülése érdekében kulcsfontosságú a betegek megfelelő tájékoztatása, ellátás során történő nyomonkövetése, automatikus visszahívása. E funkciót betegút-koordinátorok biztosíthatják, akár praxisközösségekben a házi orvosok mellé rendelve vagy a szakrendelőbe telepítve. A betegutak megfelelő nyomonkövetéséhez szükségesek informatikai fejlesztések, melyek lehetséges irányairól alább írunk.

E problémakörhöz kapcsolódik, hogy a betegek olykor azért nem kapják meg a további feladataikkal kapcsolatos információkat, mert azzal esetleg az ellátásukban részt vevők sincsenek tisztában. Ennek kiküszöbölésére világos, minden szereplő által megismerhető eljárásrendekre volna szükség. Addig is támogatandó minden olyan gyakorlat, amely a résztvevők közötti intézményesített információcserét biztosítja, például rendszeres klinikai esetmegbeszélések, tematikus továbbképző alkalmak az egy ellátási területhez tartozó házi orvosok, a járóbeteg-ellátásban és az onkológiai centrumokban dolgozó szakorvosok részvételével. Jó példa van erre többek között a Zuglói Egészségügyi Szolgálatnál, és hasonló kezdeményezés indul a II. kerületi Kapás utcai rendelőintézet szervezésében.

AZ ONKOLÓGIAI BETEGÚTSZERVEZÉS INFORMATIKAI TÁMOGATÁSA

Az ellátásszervezés és benne az onkológiai betegútmenedzsment fontossága nem új téma a hazai egészségügymenedzsment szakmában és tudományos közéletben [13, 19, 20, 21]. Már 2015-ben, szintén az IME hasábjain megjelent cikk komoly előrelépést jelentett ezen a területen. Moizs, Repa és munkatársaik [13] által a Somogy megyei Kaposi Mór Oktató Kórházban létrehozott OnkoNetwork rendszer lényege, hogy a daganatgyanútól kezdve, az onkoteam ülésen át a terápia megkezdésig eltelt idő lerövidüljön (rendszerbe kerüléstől 30 napon belül onkoteam ülés, utána kezelés), ezáltal nőjön a terápia hatékonysága. Onkológiai beteg ne vesszen el, ne kallódjon a rendszerben, és terápiás döntés csak onkoteam közös határozata kapcsán történhet. Mindezt egy hazai onkológiai ellátást menedzselő specifikus informatikai rendszer fejlesztése és használata fogja össze. Az informatikai megoldás alapkonceptiója, hogy a dolgozók munkáját megkönnyítse, a betegút-menedzselést támogassa. Az OnkoLogistic szoftver egy rendszeren belül biztosítja az orvosi, adminisztrációs és orvosszakmai funkciók megvalósítását. Minden beteg mellé felelőst jelöl ki, és követi a páciensek státusát és a hozzátartozó feladatokat.

Sajnálatos tény, hogy 10 évvel ezen kiváló kezdeményezés, és sikeres, bizonyított projekt elindulása után az egészségügyi kormányzat támogatásának hiányában az ottani helyi – OnkoNetwork és OnkoLogistic – tapasztalatok megmaradtak lokálisan kaposvári fejlesztésnek és sajátos intézmény irányítási modulnak, és nem terjedtek el országosan.

Annak ellenére, hogy az onkológiai területre kiténtetett társadalmi figyelem hárul, szervezési problémákról és információk hiányáról számolnak be Páll és munkatársai is [22]. Kiemelik az idővesztés mint kritikus pont kérdését, amely szakmai morális és pszichés szempontból is hátrányos a betegek számára.

Leszögezendő, annak ellenére, hogy az onkológia az egyik legkomplexebb – és egyben legköltségesebb – ellátási terület, számos szerteágazó betegúttal, és számos szakma együttműködési igényével, itt van a leginkább igény a betegutak világos támogatására, valamint az orvosszakmai és a finanszírozási protokollok rendszeres frissítésére.

Egy 30 évet átölelő metaanalízis szerint az onkológiai ellátás eredményességi mutatói a koordinációs (betegútmenedzsment) eredményeképpen kétszeresére nőttek a megfelelő egészségügyi ellátás esélyei, a „hagyományos” ellátási módhoz képest [23].

A téma örök aktualitását és nemzetközi jelentőségét adja, hogy a Roche gyógyszer és diagnosztikai vállalat belső nemzetközi pályázatot hirdetett innovatív, egészségügyi ellátást támogató, segítő megoldások fejlesztésére. A nemzetközi pályázaton kiemelt támogatást nyert a magyar kezdeményezés, amely során a Dr.BetMen fantázia név alatt egy olyan alkalmazás került kifejlesztésre, amely célja, hogy az EESZT-hez kapcsolódóan több krónikus betegség esetén tudjon párhuzamosan betölteni számos egészségügyi intézményben

és számos orvosszakmai területen hasznos betegútmenedzszeri funkciókat. A rendszer lényege, hogy ellátásilánc-szakaszokat és azonosítókat határoz meg, amely ellátási terv / folyamat alapú, és adott beteghez felelős személyt, intézményt és feladatot jelöl ki. Az ellátási eseményeket összehozza, összekapcsolja ellátási láncokká, az adott ellátási terv alapján, amely ellátási terv mögött pedig elérhetők az aktuális szakmai és finanszírozási protokollok.

A Dr.BetMen fejlesztői [24] a program v.2 verzióját ingyenesen felajánlották a Magyar Állam számára, azzal a feltétellel, hogy ez az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) hasznos kiegészítő modulját képezze. Cikkünk írásakor ezen átadás-átvétel a jogi és bürokratikus procedúrák miatt évek óta húzódik. Nem világos, hogy a rendszer további fejlesztéséért, valós élethez való illesztéséért ki lesz igazán az elhivatott felelős.

A Dr.BetMen programban – az OnkoLogistic-hez hasonlóan – orvosi, asszisztensi, illetve beteghez tartozó feladatlistákat lehet összeállítani időrendben: egyes esetekhez lehet szakterületeket, értesítéseket, hozzárendeléseket adni, diagnosztikus, valamint terápiás kezelési sablonokkal megkönnyíteni a munkafolyamatokat. Emellett a rendszer lehetővé teszi egyénre szabottan szükséges lépések („period of care”) összeírását, szerkesztését, megosztását is. Minden felelős személy, beteg és diagnosztikus terápiás hely bármikor átnézheti a státusz, terheltség, a kivizsgálás vagy a kezelés jelen állását. Lehetőség van kódok, szakterületek, referenciák megadására, rövid alkalmazási leírások, kérdéstípusok behúzására, szerkesztésére, szekciók létrehozására. Mivel egy adott beteg ellátásának szervezése során több orvos bevonására is van mód a folyamaton belül, adott ellátásra így egy „Care Team Concept” valósul meg, és folyamatosan, hatékonyan követheti az egyes betegek ellátását egy hozzáértő, multispeciális szakmai csapat.

Mind az OnkoLogistic, mind a Dr.BetMen program bizonyíték arra, hogy kiváló orvosok, fejlesztők, IT-szakemberek és egészségügyi menedzserek állnak rendelkezésre hazánkban, mégsem sikerült áttörni az egészségügyi felsővezetők, döntéshozók ingerküszöbét ezen programok széles körű támogatása, elterjesztése céljából. Nemzetközi és hazai evidenciák támasztják alá, hogy világos és logikus igény lenne ezen munkafolyamatokat könnyítő informatikai alkalmazások mindennapi használatára; az ellátórendszerbe vetett hit, a szűkös erőforrások hatékony felhasználása, az ellátás hatékonyságának növelése és végeredményben a betegek túlélése szempontjából.

Mivel az onkológiai ellátás számos orvost, egészségügyi szakdolgozót, szakmát és intézményt átfogó komplex feladat, így igazán ezek a megoldások kizárólag egy-egy intézményi vezető elhivatottsága mellett nem valósíthatók meg hatékonyan. Több szintű, teljes rendszert érintő, a szabályozási rendszerbe illeszkedő implementációra van szükség, amely az EESZT-hez kapcsolódóan, minimum egy-egy szakterületre (pl. tüdőrák) vagy földrajzi ellátási területre (pl. centrum-kórház és szatellitjei) vonatkozóan, de leginkább országosan elterjesztve működhet hatékonyan.

A TOVÁBBLÉPÉS IRÁNYAI ÉS JAVASLATOK A HATÉKONY BETEGÜTSZERVEZÉS KIALAKÍTÁSÁRA

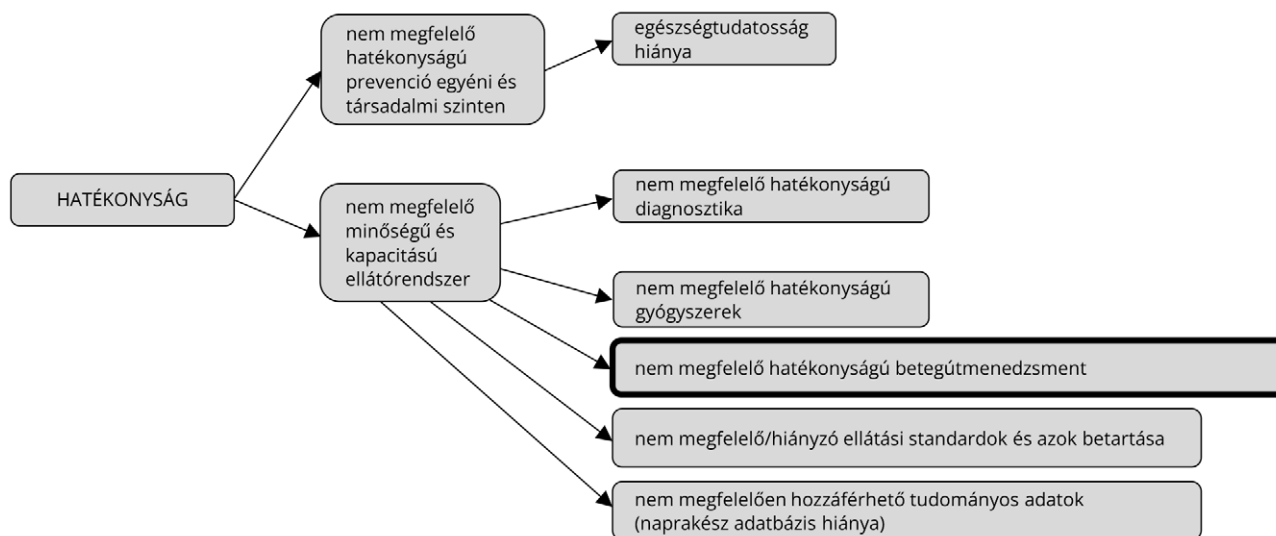
Takács [12] munkájában kihangsúlyozza, hogy a félig strukturált interjúk alapján egy fővárosi onko-diagnosztikai esetmenedzser modellprogram bevezetése megoldást jelenthet a betegek részéről felmerülő kielégítetlen egészségügyi szükségletekre, viszont a Budapest Főváros Önkormányzata számára rendelkezésre álló erőforrások nem elegendőek egy ilyen volumenű projekt önálló vezetésére, ezért partnerek bevonására van szükség. Egyetemi – kutatói – elemzői háttérrel, betegutak szisztematikus elemzésére, az ellátórendszeri hiányosságok és ellátásszervezési hatékonysági tartálékok feltárására, illetve modern, az EESZT-hez kapcsolódó betegútmenedzselő informatikai modulra (7. ábra).

Az alábbi részben a Program eddigi tanulságai és a szakirodalmi elemzés alapján rendszereztük a hatékony betegütszervezés feltételeit és továbbfejlesztésének irányait.

- A betegütszervezés háttérét, alapjait a frissített orvosszakmai folyamatleírások, egyszerűsített irányelvek jelentik (legalább a főbb daganattípusok esetében, lásd példaként a cikk online verziójában elérhető Mellékletet).
- Szükséges az Onkológiai centrumok és a kerületi onko-diagnosztikai tevékenységek összehangolása–illesztése, a szűk keresztmetszetek feloldása, főleg a biopsziás mintavétel és a patológiai leletezés területén; a NEAK tudatos szolgáltatásvásárlásának erősítése, gyors reagálás ezekre az ellátási hiányokra és az alulfinanszírozottságra.
- Az onko-team ülések időbeliségének és jellegének rögzítése: mikor kerül sor az ülésre, ott végleges döntés születik-e a terápiáról (sugárkezelés, sebészet, kemoterápia, vagy más jellegű gyógyszeres, pl. immunterápiás kezelés), vagy még további kivizsgálást kérnek és újabb onko-team ülés keretében tudnak csak dönteni. Ehhez javasolt akár több új tevékenységi, ún. OENO-kód kidolgozása és

miniszteri rendeletben való kihirdetése, hogy az onko-team tevékenysége jelenthető legyen a NEAK felé.

- Az onko-team ülések előbbre hozása biztosíthatja a kezelések (terápiás modalitások) mielőbbi megkezdését, ezáltal javítva a mielőbbi (korábbi stádiumban) való hozzáférést a hatékony terápiákhoz.
- A korábbi, igen jelentős kaposvári OnkoNetwork program tapasztalatainak beépítése, és informatikai alkalmazás fejlesztése, vagy meglévő alkalmazások rendszerbe állítása (pl. OncoLogistic, DrBetMen) betanítása, illesztésük az EESZT-rendszerhez.
- Betegütszervező szakemberek képzése rövid célirányú továbbképzések és workshopok keretében. Valamint igény van a meglévő egyetemi alap- és mesterszakok kurikulumának bővítésére, képzési modulok kialakítására, korszerűsítésére (pl. egészségügyi szervező szak, egészségügyi menedzser, orvos, diplomás ápoló, APN képzésben).
- A Budapesti betegütszervezés eddigi tapasztalatai alapján egyértelmű a horizontális együttműködések továbbfejlesztésének fontossága a kerületi szakrendelők között. Vertikálisan pedig az alapellátás – háziorvosi ellátás és a szakrendelők, valamint a szakrendelők, az Egyetem és az állami kórházak között.
- Tételes – teljesítményalapú finanszírozás bevezetése. Kiindulási javaslatunk négy egymásra épülő OENO-kód kidolgozása és jogszabályi kihirdetése (BSZ1: első szakorvosi konzultáció, képződiagnosztika megszervezése; BSZ2: további megerősítő vizsgálatok, pl. UH, szöveti mintavétel, patológiai leletezés; BSZ3: onkológiai centrum által menedzselte vizsgálatok időbeli teljesítése és onko-team elé való utalás meghatározott időn belül; BSZ4: onko-team időbeli teljesítése és döntése a terápia jellegéről, üteméről).



7. ábra
WHO rendszerdiagnosztikai térkép (hatékonyság), (forrás: [12], saját szerkesztés)

Egy jól működő, országos szintű onkológiai betegútmenedzsment program természetesen további komoly anyagi, szellemi erőforrások bevonását és az egészségügyi ellátórendszer számos szintjének összefogását jelenti, melynek részletes kidolgozását mielőbb javasolt megtenni, de haszna

jelentős lépést jelent a hazai tragikus onkológiai betegség és halálozási mutatóink javításában. Bármelyikünk esetleges megbetegedése esetén a túlélésünk múlhat ennek a rendszernek a működésén, hatása emberéletekben és megnyert életekben mérhető.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] KSH. 22.1.1.10. Halálozások a gyakoribb halálokok és nemek szerint.
https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html
- [2] NEAK.gov.hu kasszák szerinti szakellátási kiadások.
https://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megeleazo_ellatas/szakellatas/fekvobeteg_szak_ellatasm
- [3] Eurostat – Database 2021. évi egészségügyi országprofil jelentés: <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/magyarorszag-egeszsegugyi-orszagprofil-2021>
- [4] Orosz É: A felzárkózás kudarca I. és II. LAM. Vol. 34(9-10-11): 424–437. és 515–522. old.
- [5] 43/1999. (III.3.) Kormányrendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól
- [6] 9/1993. (IV.2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről
- [7] Elek P, Fadgyas-Freyler P, Váradi B, Mayer B, Zemplényi A, Csanádi M. Effects of lower screening activity during the COVID-19 pandemic on breast cancer patient pathways: Evidence from the age cut-off of organized screening. *Health Policy*. 2022. 126(8):763–769.
- [8] Miles K: Can imaging help improve the survival of cancer patients? *Cancer Imaging* 2011;11Spec No A(1A): S86–92. <https://doi.org/10.1102/1470-7330.2011.9022>.
- [9] Mann RM, Kuhl ChK, Moy L: Contrast-enhanced MRI for breast cancer screening. *Journal of Magnetic Resonance Imaging* 2019; 50:2.
- [10] Rékassy B, Maurovich HP, Szanka Tapp ZsM et al.: A fővárosi onkológiai CT- és MR-várólista-csökkentési program jelentősége és részidős eredményei, tapasztalatai. *LAM* 2023 Vol. 33(1–2): 41–48.
- [11] Papp ZsM, Szakács L, Hajivandi S-S et al.: Impact of a Targeted Project for Shortening of Imaging Diagnostic Waiting Time in Patients with Suspected Oncological Diseases in Hungary. 2023 *MEDICINA-LITHUANIA* 59:1 Paper: 153, 10 p.
- [12] Takács R: Az onkológiai diagnosztikai feladatok szervezési hatékonyságának növelése a fővárosi szakrendelőkben. 2023 Szakdolgozat, Semmelweis Egyetem EMK.
- [13] Moizs M, Ruzsa Á, Repa I et al.: Onkológiai betegútmenedzselés gyakorlati megvalósítása. *IME XIV. évfolyam* 6. Szám 2015 júl.-aug.
- [14] Wind A, Gronçalves, FR, Marosi E et al.: Benchmarking cancer centers: From care pathways to integrated practice units. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 16(9), 2018, 1075–1083.
<https://doi.org/10.6004/jnccn.2018.7035>
- [15] Rotter T, Baatenburg de Jong R, Lacko SE et al.: 12 Clinical pathways as a quality strategy - Improving healthcare quality. in *Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. 53 series. 2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549262/>
- [16] A short guide to cancer screening. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [17] De Bleser L, Depreitere R, De Waele K et al.: Defining Pathways. *Journal of Nursing Management*, 2006 14(7), 553–563.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00702.x>
- [18] Samaranayake S, Barker D, Windsor A: Optimal cancer care pathways – the ideal versus reality for patient – centric cancer care during COVID-19. *Australian Health Review*, 2023 47(4), 472–479.
<https://doi.org/10.1071/AH23060>
- [19] Nagy B, Dózsa Cs: Az irányított betegellátási program tapasztalatai és a továbbfejlesztés lehetőségei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2002 40(4): 479–332.
- [20] Boncz I, Horváth Á, Jónásné Katona K, Dózsa Cs: Az irányított betegellátási rendszer fejlődése és működése. *Lege Artis Medicinae*, 2004 14(6): 448–449.
- [21] Hamar D: Onkológiai betegút ismertetése hazai vonatkozásban nemzetközi áttekintéssel. Szakdolgozat, 2024 Debreceni Egyetem Egészségügyi Menedzserképzés
- [22] Páll N, Tóth Á, Dankó D: A magyar onkológiai ellátás betegközpontú értékelése. *IME XVIII. Évfolyam* 2. Szám. 2019 március
- [23] Tóth Á, Páll N, Dankó D: Az onkológiai ellátás helyi betegútszervezésen alapuló, betegközpontú fejlesztése. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, 2019 XVIII(10), 26–30.
- [24] Magyar Személyre Szabott Egészségügy Fejlesztéséért Alapítvány: www.innophc.hu/projektek

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dózsa Csaba László egészségügyi közgazdász, egészségpolitikai szakértő. Egészség-gazdaságtani másoddiplomáját 1999-ben a barcelonai Universidad de Barcelonán és a Pompeu Fabrán szerezte. 1994 és 2005 között az OEP-ben dolgozott a Tervezési és költségvetési Főosztályon, majd a Gyógyító-megelőző ellátás területén, 2002-től főigazgató-helyettesként. 2005 májusa és 2006 júniusa között az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkáráként felügyelte az ágazat közgazdasági és ágazatfejlesztési munkáit. 2010 szeptemberétől és jelenleg is főállásban a

Miskolci Egyetem Egészségtudományi Karának egyetemi docense, az Egészségügyi Szervezés Szak szakfelelőse. 2020 májusától a Fővárosi Önkormányzat egészségpolitikai tanácsadója. Doktori értekezését 2011 júniusában védte meg a Corvinus Egyetemen a hazai kórházak stratégiai menedzsmentjének témakörében, majd 2022-ben egészségtudományi témakörben habilitált a Pécsi Tudományegyetemen. 2004-2006-ban, 2011-2012-ben, majd 2016-2017 között a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) elnöke volt, a társaság egyik alapító tagja. 2006-tól az IME szerkesztőbizottságának tagja. 2006-ban hozta létre a Med-Econ Humán Szolgáltató Kft. tanácsadó céget.



Salai Márton József 2019-ben szerzett gazdaságinformatikus BSc diplomát a Budapesti Gazdasági Egyetemen. Szakmai pályafutását 2020-ban a Főpolgármesteri Hivatalban kezdte ösztöndíjas foglalkoztatottként, ahol már kezdetek-

től az Egészséges Budapest Programmal (EBP) kapcsolatos feladatok ellátásában vett részt. Első évében az EBP-hez kapcsolódó informatikai feladatokért volt felelős, köztisztviselői kinevezését követően informatikai és egészségpolitikai projektkoordinátorként a program teljes körű koordinációját látja el.



Havasi Gábor végzettsége szerint mentő szakápoló, 2019-2024 között a Fővárosi Közgyűlés tagja, Budapest egészségügyi tanácsnoka. 2020 novemberében Kiss Ambrus általános fő-

polgármester-helyettesével együtt a fővárosi CT- és MR-várolista-csökkentési program, majd 2023-ban az onkológiai betegútszervezési pilot program előterjesztője. Jelenleg Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatalának egészségpolitikai referense.



Rékassy Balázs orvos, egészségügyi szakmenedzser, egészség-szakupolitikai szakértő a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán végzett 1992-ben, majd Londonban folytatta tanulmányait, a Londoni Egyetem Népegészségügyi és Egészségpolitikai szakának mester-, majd 2 évig PhD-hallgatója volt. Az ELTE Társadalomtudományi Kar Egészség-gazdaságtani Munkacsoport Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányán is kiváló hazai tanároktól tanult. Munkatapasztalata az egészségügy széles spektrumát felfedli: dolgozott az alapellátásban, Egészségügyi Minisztériumban, a Világbank Népegész-

ségügyi Programjában, a gyógyszeriparban, hazai egészségbiztosító vezetésében és egészségpénztár létrehozásában, alapításában. Nevéhez fűződik az első szolgáltatást finanszírozó Vitalitás kiegészítő magán-egészségbiztosítás-, Millennium Medicina egészségpénztár megteremtése, a veres-egyházi irányított betegellátási modellkísérlet indítása, a HPV-védőoltás bevezetése, a közelmúltban a COVID-dal kapcsolatos szakmai és társadalmi objektív tájékoztatás elősegítése, a Konszenzus az Egészségért Kör Szakértői (KEKSZ) szakmai munkacsoport megalakítása. Jelenleg a Fővárosi Önkormányzat egészségügyi szakértője, ill. a SE Családorvosi Tanszékének rezidense. Fő kutatási területe a magánegészségügy növekedése, a magán-egészségbiztosítás és a hazai egészségügy reformjának lehetőségei.

Eutanázia és életvégi ellátás gyermekkorban

Euthanasia and end-of-life care in childhood

Nagy Edit^{1,2} ✉, Tóth Ágnes Anita², Lénárt Anett^{2,3}, Czira Anita⁴, Szabó Attila⁴, Sinkó Eszter²

¹Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

³Medlén Kft., Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

✉ edoka02@gmail.com

Szerzők az IME szakfolyóirat előző két számában [1,2] megjelentettek egy két részes cikket az életvégi ellátás jogi szabályozásáról, lehetőségeiről, az egyházak állásfoglalásáról és az etikai normákról is, valamint a felnőtt ellátási lehetőségekről, a felmerülő problémákról és a lehetséges megoldásokról. Jelen cikk harmadik fejezetként csatlakozik az előzőkhöz, központi témája az életvégi ellátás gyermekkorban. Áttekinti az eutanázia nemzetközi és hazai gyakorlatát, valamint a palliatív, a kórházi és a gyermekhospice-ellátást. Fontos külön kiemelni a szülő szerepét mint a gyermekellátás további specialitását. A publikáció külön kitér a gyermekhospice hazai és külföldi alakulására az elmúlt évtizedekben. Tárgyalja az életvégi ellátás alapelveit, ellátási formáit, a gyermekek kórházi ellátásának lehetőségeit és a személyes tapasztalatokat a mindennapi munka során. A cikkben kitérünk azokra a technikákra, amelyek emberközelebbé teszik az ellátást, illetve arra, hogy az itt dolgozók miként segíthetnek a gyász feldolgozásában.

Kulcsszavak: életvégi ellátás, eutanázia, gyermekellátás, gyermek, palliatív, hospice

The authors published a two-part article in the previous two issues of the IME journal, summarizing the legal framework and available options for end-of-life care, the stance of churches and relevant ethical standards, as well as the possibilities for adult care, the challenges faced, and potential solutions. The present article serves as Chapter 3 in continuation of the previous parts, focusing on end-of-life care in childhood. It reviews international and national practices of euthanasia, as well as palliative, hospital and child hospice care. It is important to highlight the role of the parent as a further speciality of paediatric care. The paper also makes a special reference to the development of child hospice at home and abroad in recent decades. It discusses the principles of end-of-life care, forms of care, options for hospital care of children and personal experiences in everyday work. The article also discusses techniques that make care more human and how those working in this field can help people to cope with bereavement.

Keywords: end-of-life care, euthanasia, paediatric care, child, palliative, hospice

A GYERMEKEUTANÁZIA

Napjainkban megváltozott a családok szerepe, részvétele az ápolásban, ellátásban, valamint a halál szemlélete, megítélése. Az orvostudomány és az egészségügyi ellátás fejlődése az élettartamot képes lehet meghosszabbítani, de egy életet megrövidítő, gyógyíthatatlan betegség esetén gyógyulást nem tud biztosítani. A gyermekeknél minden esetben idő előtti az élet elvesztése, és semmiképpen sem a természetes elmúlás része.

„Az eutanázia nem a halottak számát gyarapítja, hanem a szenvedők számát csökkenti” – írja az Euronews egy 2021-es cikkében, amely hosszan foglalkozik az eutanázia témakörével. Számomra ez a legelgondolkodtatóbb mondat az eutanáziával kapcsolatosan.

Amikor eutanáziáról beszélünk, akkor az aktív és passzív eutanázia lehetőségeit kell megemlítenünk.

Aktív eutanáziáról akkor beszélünk, amikor a beteg – vagy esetünkben a törvényes képviselő – olyan beavatkozást kér, mely a beteg halálát okozza a betegségének természetes lefolyása előtt [3].

Passzív eutanáziáról abban az esetben beszélünk, amikor a gyógyíthatatlan és közeli halállal fenyegető betegségben szenvedő beteg – vagy jelen esetben a törvényes képviselő – a betegségének természetes lefolyását meghosszabbító életmentő vagy életfenntartó orvosi kezelést utasít vissza [3].

Itt fontos megemlítenünk az orvos által asszisztált halált (PAD, physician-assisted dying), melynek a lényege az, hogy a beteg, illetve a törvényes képviselő szabad akaratából, orvosi segítséggel rövidíti meg az életét. Ez a fogalom magába foglalja az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot is [4]. Eutanázia esetén a betegeknek az orvos adja be a halálos gyógyszert.

Asszisztált öngyilkosság esetén a beteg maga veszi be a halálos gyógyszert, amit az orvos ad át részére [5].

A GYERMEKEUTANÁZIA NEMZETKÖZI GYAKORLATA

Európában több helyen engedélyezett az 1-12 éves kor közöttiek jogszerű és intézményes kereteken belül végzett eutanáziája és az asszisztált öngyilkosság.

Hollandiában a 12 év feletti gyermekek számára már 2002 óta van lehetőség a kérelmezésre. Szülői beleegyezéssel a 12-16 év közötti kiskorúaknak, szülői beleegyezés nélkül a 16-18 év közötti fiataloknak is van lehetőségük kérni az eutanáziát, valamint kiterjesztették az eutanáziát (törvényi szabályozással) az 1 és 12 év közötti korosztályra, amennyiben valamilyen halálos betegség végső stádiumába lépett, az állapotában javulás nem várható és a betegsége nagy szenvedéssel jár. Jogilag nem büntetendők azok az édesanyák és édesapák sem, akik halálos betegséggel született újszülöttek esetén élnek ezzel a lehetőséggel [8]. A szabályozás ellenére vagy inkább mellett, 2022-ben Hollandiában egyetlen 12-16 év közötti kiskorú esetében hajtottak végre eutanáziát [5].

Belgiumban a családok a nagykorúak esetében 2002-től, a kiskorúaknál pedig 2004-től élhetnek a kegyes halál lehetőségével a halálos betegségben szenvedő gyermekeik vonatkozásában, akik súlyos fájdalmakat élnek át. 2016-ban és 2017-ben alkalmazták is egy 9 és egy 11 éves gyógyíthatatlan beteg gyermek esetében [9].

Luxemburgban mindkét életvégi döntési forma engedélyezett 2009 óta [10].

Kanadában pedig 2016 óta van mód mind a két életvégi döntés lehetőségével élni [10].

Spanyolországban 2021 óta a krónikus és önellátásra képtelen, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő és elviselhetetlen szenvedést okozó állapotokban mindkét életvégi döntési lehetőség választását engedi a szabályozás [10].

Portugáliában az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot is legalizálták 2023-ban [10].

Ausztrália 2022-től az asszisztált öngyilkosságot tette lehetővé (2021-től Tasmaniában), de két államában – Viktória és Nyugat Ausztrália – lehetőség nyílik mindkét életvégi döntési lehetőségre [10].

Kolumbiában jogszerűnek csak az eutanázia számít 2015-től [10]. Kizárólag asszisztált öngyilkosság engedélyezett.

Finnország az öngyilkosságban való részvétel büntetőjogi feloldásával tette lehetővé ezt 2012-től [10].

Németországban altruisztikus (másokra tekintettel lévő) indíttatásból 2015 óta az öngyilkosságban való segédkezés jogszerű [10].

Olaszországban az asszisztált öngyilkosság büntetőjogi tilalmának megszüntetése egy 2019-es Alkotmánybírósági határozatnak köszönhető [11].

Svájcban a leginkább kidolgozott formában van lehetőség az asszisztált öngyilkosságra [10].

Új-Zélandon a 18 éven felüli állampolgároknak, amennyiben 6 hónapon belül várható a halálos kimenetel az állapotukban, 2021 óta van lehetőségük igénybe venni [12].

Egyesült Államokban 10 tagállam és Washington DC engedélyezi ezen ellátási forma igénybevételét: Kalifornia (2015), Colorado (2016), Hawaii (2018), Maine (2019), New Jersey (2019), Új-Mexikó (2021), Oregon (1994), Vermont (2013), Montana (2009), Washington (2008), Washington DC (2016) [13].

Magyarországon a gyermekellátásban sem engedélyezett az eutanázia. Ezzel szemben az életvégi, palliatív ellátásra van lehetőségünk.

MAGYARORSZÁGI HELYZET

Hazánkban büntetendő mind a halálba segítés, mind az asszisztált öngyilkosság, ebből adódóan az erre vonatkozó nyilatkozat sem tekinthető érvényesnek. Az 1997. évi CLIV. egészségügyről szóló törvény 20-22. §-aiban szabályozza (az életmentő, életfenntartó kezelések visszautasításának lehetőségét) az ellátás visszautasításának joga címszó alatt. A 117/1998. (VI.16.) Korm. rendelet pedig az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól ad felvilágosítást [1]. A szabályozás kötelezővé teszi, hogy amennyiben kiskorú az érintett, az életmentő, életfenntartó kezelés lemondása során bírósághoz kell fordulni. Egy 2019-es adat szerint a Kúria Polgári Kollégiumának felmérésének eredménye szerint két alkalommal került sor bírósági eljárásra [6].

Ezen adatok is mutatják, hogy nem eléggé elterjedt gyakorlat a bírósághoz fordulás, és feltételezhető, hogy a mindennapokban gyakrabban kerül sor az életfenntartó kezelésekről való döntéshozatalra, mint ahogy ezek a magyarországi adatok mutatják [4]. Viszont a nemzetközi gyakorlat a bírósághoz való fordulást akkor teszi nem kötelezővé (az önrendelkezési jog körében), amikor a beteget ellátó team és a család minden egyéni és szakmai szempontot figyelembe véve közös döntést tud hozni az alkalmazott kezelés intenzitásáról és adott esetben a kezelés korlátozásáról, beleértve az életfenntartó kezelés visszavonását, illetve annak meg nem kezdését is. A gyermekek ellátásában ilyen esetekben a kórházak etikai bizottsági vizsgálatot kezdeményeznek a döntés meghozatalára [7]. Megemlítendő, hogy a hazai szabályozás nem ad egyértelmű útmutatást a bíróság bevonásának kötelezettségéről, illetve arról, hogy minden esetben elegendőnek bizonyul-e az etikai bizottság vizsgálata.

A PALLIATÍV ELLÁTÁS LEHETŐSÉGEI

A palliatív gondozás a WHO definíciója szerint:

„A palliatív gondozás olyan megközelítés, amely az életet fenyegető betegségekkel szembesülő betegek és családtagok életminőségének javítására törekszik a szenvedés megelőzése és enyhítése révén, a fájdalom és egyéb fizikai, pszicho-szociális és spirituális problémák korai felismerésével, kifogástalan értékelésével és kezelésével.”

Azt, hogy ez pontosan mit is jelent a mindennapokban, talán a köpenyével az elesettet betakaró Szent Márton cselekedete példázza jól, aki a hospice- és a palliatív ellátás jelképe lett [14].

A gyermekhospice nemzetközi történeti áttekintése

A következő részben a teljesség igénye nélkül azokat a külföldi példákat mutatjuk be, amelyek jól mintázzák a gyermekhospice-ellátás fejlődését, mérföldköveit, és jól követik a

van Gennep által megállapított három szakasz (elkülönülés, átmenet, beilleszkedés) menetét:

- az elkülönülés, hogy miként jelenik meg az egyes társadalmakban az a felismerés, hogy kitüntetett figyelmet kapjanak a terminális állapotú betegek,
- az átmenet, hogy hogyan erősödik meg ez az ellátási forma, illetve
- a beilleszkedés, hogy hogyan illeszkedik az egészségügy egészébe ez az ellátási forma és hogyan fejlődik vagy stagnál [15].

A virginiai Suffolkban 1978-ben hozták létre Dr. W. Allan és Mrs. Joan Hogge az Edmarc Children's Hospice-t, itt kezelték fiukat, Marcost is, aki egy ritka, progresszív terminális neurológiai betegségben szenvedett [16].

Az Egyesült Királyságban, Londonban 1967-ben került megnyitásra a St. Christopher Hospice ház, mely Cicely Saunders nevéhez fűződik. Oxfordban hozták létre az első gyermekhospice-szolgálatot, amely Frances Dominica nevéhez fűződik, aki apáca és gyermekápoló volt az 1980-as években, és a gyógyíthatatlan beteg gyermekekkel a kezelése befejezése után is szorosan tartotta a kapcsolatot, és az otthonukban is látogatta őket [16].

Az ő nevéhez fűződik az 1982-ben megnyílt Helen House, majd Londonban a Richard House 2000-ben és a Douglas House 2004-ben, melyek megnyitásuktól fogadták a rászoruló betegeket [16].

Az USA-ban 1996-tól indult meg a fejlődés a gyermekhospice-ellátás területén, és ennek hatására 2020-ra már több mint 3000 ellátó fogadott gyermekeket, valamint 450 hivatalos gyermekhospice működött [16].

Németországban Olpe városában 1988-ban, Ausztriában 1999-ben nyílt meg az azóta is folyamatosan működő Sterntalerhof hospice-ház [15].

Svédországban 2010-ben kezdte meg működését a Lilla Erstagarden gyermekhospice-ház [15].

Lengyelországban pedig az első gyermekeket befogadó ellátó 2006-ban kezdte meg működését Podkarpatian gyermekhospice-ház néven, majd ezt követte a Podkarpatian gyermekhospice-ház 2008-ban [15].

Külön említést érdemel Kína, ahol több okból is nagy hangsúlyt fektetnek a hospice-ellátásra, nem csak azért, mert a világ legnagyobb idős lakossága ott él, hanem azért is, mert a hospice-ellátás szorosan egybefonódik a vallással. Az egyik alapja a híres nyolc erény tanának első és legfontosabb erénye: a „gyermeki jámborság”, mely alfája és omegája minden jócselekedetnek. A Távol-Kelet egyik legjelentősebb országában a hospice-ellátás kezdete 1982-re datálható, Xie Mei nevéhez kötődően, a gyermekek vonatkozásában a későbbiekben fejlődött az orvoslás és a szemlélet abba az irányba, hogy már több helyen is fogadnak csecsemőket és gyermekeket, főként daganatos és krónikus betegségekkel [17].

Az az oka a „gyermeki jámborság” erénye külön kiemelésének, hogy ez az a társadalom, ahol a palliatív ellátás mögött ott húzódik a hagyományos kínai kultúra, ahol sokkal inkább a család egésze kerül előtérbe az egyénnel szemben

[17]. Ennek a fenti ténynek különleges szerepe van a gyermekek palliatív ellátása során, hiszen mélyen hordozza azt a mondanivalót, ami alapja a jelen cikkben leírt összes országos gyakorlat lényegének.

Gyermekehospice-ellátás Magyarországon

Magyarországon az első gyermekehospice-palliatív részlegnek a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza adott otthont 1996-2005 között, Dr. Békési Andrea vezetésével. A kórházi palliatív modellt valósította meg a hospice-részleg az onko-hematológiai betegellátás plusz szolgáltatásaként otthonápolással, mely önkéntes munkán alapult. Az ellátócsapatban részt vettek szakképzett orvosok, ápolók, gyógytornászok, pszichológusok, gyermekfoglalkoztatók és kórházi lelkészek. Közös munkájukkal biztosították a multidiszciplináris ellátást a beteg gyermekek és hozzátartozóik részére. A Bethesda Gyermekkórház otthonápolási szolgáltatása a napjainkban is működik, szoros összefüggésben a kórházi betegellátással [18].

A Magyar Hospice Alapítvány 2010-ben az első gyermekotthonápolási formát indította a „Fogd a kezem” gyermekhospice- és palliatív otthonápolási program néven Dr. Muszbek Katalin orvosigazgató és Dr. Gergely Anita szakmai vezetésével, a végstádiumos daganatos gyermekbetegek ellátását segítve Budapesten és Pest megye egyes településein [19].

Az alapítvány egy támogatónak köszönhetően 2011 májusában Pécsen megnyitotta a Dóri házat, majd nem sokkal később, 2011 szeptemberében Törökbálinton a Tábita házat.

A pécsi onkológiai osztály vezetője, Dr. Ottóffy Gábor 2012-ben létrehozta az Eurakvilo Gyermekonkológiai és gyermekhospice Közhasznú Alapítványt az osztályukon kezelt onkológiai betegek otthonápolása és az otthoni életvégi ellátás támogatására.

Törökbálinton 2012 novemberétől Dr. Benyó Gábor orvosigazgató irányításával a Tábita Nonprofit Kft. működik, ahol egy magas színvonalú ellátást nyújtó szakmai csapat segíti a hospice-gyermekeellátást [18].

A gyermekpalliatív ellátás terén különböző alapítványok, mint a fentiekben leírt Tábita Gyermekhospice Ház, az Eurakvilo Gyermekonkológiai és Gyermekhospice Alapítvány segítik a mindennapokban a beteg gyermekeket és a szüleiket, családjukat.

Fontos tény a hazai ellátás finanszírozásában, hogy 2023-tól a gyermekhospice-ellátás finanszírozása 3,0-as szorzóval történik, a gyermekek speciális igényeire reagálva, valamint a szükséges kezelések költségeinek különbségét lefedve, ez lényegesen magasabb a felnőtt ellátáshoz képest, ahol a szorzó 1,9 [20].

Ezzel együtt láthatóan érinti a gyermekellátást is az alulfinanszírozottság és a szakemberhiány. A behatárolt számú szakdolgozó és az ellátás speciális volta okán gyakori az önkéntesek bevonása, azonban ezekre a költségekre (pl. utazási költség) sem mindig áll rendelkezésre a szükséges fedezet [20].

Hazánkban a szakmai minimumfeltételeket e diszciplína tekintetében a 2015-ös rendelet és a 2023-as megújított szakmai irányelvek határozzák meg [20].

Az elmúlt évek során is azt láttuk, hogy a nagyvárosokra összpontosul az ellátás, a vidéki területeken sajnos még mindig korlátozott a hozzáférés. Ennek változtatására a csapatok fejlesztésén túl szükséges egy szemléletbeli fejlődés is. A külföldi és a hazai gyakorlat is azt mutatja, hogy a legtöbb ország valamilyen módon elismeri és evidenciaként kezeli, hogy a gyermekellátás kapcsán sajátos szükségletekről beszélünk, és nem állítható párhuzamba a felnőtt palliatív ellátás gyakorlatával.

Egy cambridge-i kutatás azt is kiemeli a gyermekellátás hospice-szolgáltatásaival kapcsolatban, hogy komoly hozzáférési egyenlőtlenségekről beszélhetünk, különös tekintettel a nem daganatos betegségben szenvedő gyermekek esetében (pl. szív- és légzőszervi, vese-, májelégtelenség stb.), ahol a hospice-ellátás igénybevétele alacsonyabb. De hozzáférési eltérést okoz az etnikai és a társadalmi-gazdasági hovatartozás is [21].

A kínai példa szemlélteti talán leginkább azt, hogy legyen szó hazai vagy külföldi palliatív gyermekellátásról, a család szerepe mindenhol kiemelten fontos, a team szerves tagja, aki/akik nélkül az ellátás nem képes megvalósulni. Ezt erősíti az a cikk is, ami a gyermekgyógyászati palliatív ellátás szakmai dinamikáját és a csapatmunkát vizsgálja. A cikk hangsúlyozza, hogy a gyermekgyógyászati palliatív ellátás komplexitása miatt fontos szempont a családok érzelmi és praktikus szükségleteinek felmérése. Kardinális jelentőségű a multidiszciplináris team szoros együttműködése, hogy közösen találják meg a legjobb megoldásokat a kihívást jelentő helyzetekre, és biztosítsák a gyermekek és családjaik támogatását a nehéz időszakokban [22].

A gyermekhospice-ellátás alapelvei

A gyermek palliatív-hospice ellátás során a világszerte elfogadott kifejezés a Life Limiting Conditions (LLC), az életet rövidítő betegségek gondozásba vétele ebben az ellátási formában. A National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) 2022-ben megfogalmazta az európai gyermek palliatív ellátás standardjait. A megfogalmazott diagnosztikai kategóriákat 4 csoportban foglalta össze, e szerint kell a betegek ellátása során palliatív ellátást vagy hospice-szolgáltatást nyújtani [23].

1. csoport: Életveszélyes állapotok, amelyek esetében a gyógyító kezelés megvalósítható, de sikertelen lehet, ahol a palliatív ellátáshoz való hozzáférés előnyös lehet az élethosszabbító kezelési kísérletek mellett és/vagy ha a kezelés sikertelen.
2. csoport: Olyan állapotok, amikor elkerülhetetlen a korai halál, ahol hosszú ideig tartó intenzív kezelésre lehet szükség, amelynek célja az élet meghosszabbítása, a normál tevékenységekben való részvétel és az életminőség megőrzése (pl. életkorlátozó állapotok).
3. csoport: Progresszív állapotok gyógyító kezelési lehetőségek nélkül, ahol a kezelés a diagnózist követően kizárólag palliatív jellegű, és hosszú évekig is eltarthat.

4. csoport: Visszafordíthatatlan, de nem progresszív állapotok összetett egészségügyi ellátási igényekkel, amelyek szövődményekhez és a korai halálozás valószínűségéhez vezetnek [23].

Az európai gyermek palliatív ellátás legfőbb standardjai között olyan fontos momentumok kerültek megfogalmazásra, mint a hospice-szolgáltatásoknak a nap huszonnégy (24) órájában, a hét hét (7) napján való rendelkezésre állása. Így a személyzetnek a gyermekkel és a családdal folytatott kommunikációja nyílt és őszinte, minden gyermek megértési szintjének megfelelő. Fontos, hogy a hospice-palliatív személynzet és az önkéntesek a hospice- és palliatív ellátásban részesülő gyermekek, valamint családjaik, közösségeik speciális szükségleteihez igazodjanak, vagy hogy a gyermekgyógyászati programok a perinatális időszakban, csecsemőkorban, gyermekkorban, serdülőkorban és fiatal felnőttkorban lévő betegeket, valamint a gyermekkori betegségek felnőtt túlélőit is szolgálják ki [23].

Ellátási formák

Mentesítő ellátás: Ez az ellátási forma inkább a családot, hozzátartozókat mentesíti az ápolási felügyelet alól. A mentesítő ellátási formában a krónikus betegségben szenvedő gyermekeket tudják fogadni a Tábita házban. Előre megbeszélt időpontban, meghatározott ideig, évente maximum 28 napig vehetik igénybe ezt az ellátási formát az érintettek [24].

Nappali ellátás: A gyermekek otthonában és a hospice házban is igénybe vehető segítség a családok részére gondozásban és gondozásszervezésben [24].

Tranzitellátás: Ezt az ellátási formát akkor veszik igénybe a szülők, amikor a gyermeket hosszabb kórházi tartózkodás után, megváltozott ellátási igényekkel engedik ki a kórházból. A Tábita házban a szülők „otthoni” körülmények között tudják elsajátítani a megváltozott igényű gyermekük ellátásához szükséges ismereteket [24].

Életvégi ellátás: Ez az ellátási forma elsőbbséget élvez a többivel szemben, mivel ebben az esetben a végállapotban levő gyermekek ellátásában és a család támogatásában nyújt segítséget a Tábita ház. A palliatív ellátás során (terminális palliatív medicina) biztosítják a betegek fájdalmának és egyéb testi, pszichés tüneteinek enyhítésére irányuló támogató kezeléseket, és felkészítik a családot gyermekük halálára, valamint a halál utáni kegyeleti és hivatalos teendőkre. A kezelés része az életvégi gondozási terv készítése is [24].

Gyászcsoporthoz: A csoportot pszichológus és gyászterapeuta vezeti azon szülők, családtagok számára, akik elvesztették gyermeküket vagy hozzátartozójukat. Ez a folyamat segítséget nyújt a résztvevőknek a fájdalmuk, veszteségük elfogadásában és feldolgozásában [24].

Otthoni ellátás: A beteg gyermekeket és a családokat otthonukban, a megszokott környezetben segítik a multidiszciplináris team tagjai. Rendszeresen látogatnak el az ezt a szolgáltatást igénybe vevő családokhoz. A vizitek alkalmával

figyelemmel kísérik a gyermekek állapotát, és biztosítják a magas szintű ellátást. Célja az ellátásnak, hogy biztosítva legyen a lehető legjobb életminőség megtartása és a haldoklóval való együttélést segítse. Ezt az ellátási formát 50 napig vehetik igénybe az érintettek, de szakorvos javaslatával 2 alkalommal meghosszabbítható, így az igényekhez mérten maximum 150 alkalommal vehető igénybe a családok számára [24].

Tábitha Gyermekhospice Ház

A Tábitha Gyermekhospice Ház 2011 szeptemberében nyílt meg. A házat 2012 novemberétől nonprofit kft. működteti, Dr. Benyó Gábor vezetésével. Ez az egyetlen „free standing”, azaz önállóan, más intézményektől függetlenül működő gyermekhospice-ház. Öt államilag finanszírozott férőhellyel rendelkezik. Az egész ország területéről fogadnak gyermekeket. A Tábitha Ház a legnagyobb betegforgalmú gyermek palliatív ellátó intézmény Magyarországon. Csapatuk főállású szakemberek mellett rész munkaidős és munkaszerződéses kollégákkal egészül ki.

A GYERMEK PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN RÉSZESÜLŐK

Készült egy mindhárom gyermekellátó központot felölelő felmérés 2010. január és 2021. szeptember közötti időszakban a gyermek-fiatal palliatív ellátásban részesülő betegekről. A végeredmény szerint ebben az időintervallumban 346 gyermek részesült palliatív ellátásban, közülük 163 gyermeket veszítettek el. A legfiatalabb gyermek másfél hónapos, a legidősebb 25,6 éves volt [24].

A halál oka leggyakrabban onkológiai megbetegedés volt, de előfordult veleszületett vagy genetikai, perinatális eredetű, illetve neuromusculáris eredetű megbetegedés is. A gyermekek nagyobb részét kórházi kezelőorvos utalta be, kisebb részben a család kereste fel az ellátót [24].

A gyermek palliatív ellátásban részt vevő hospice-házak nagy jelentőséggel bírnak. A szülők és a gyermekek számára is segítség az ellátásban részt vevők mindennapos munkája. A hospice-ház egy olyan hely, ahol szinte otthoni körülményeket biztosítva tudják végigkísérni, segíteni ezt az összes résztvevő számára nehéz folyamatot. Ezek a helyek, ahol megfelelően szakképzett, csapatban dolgozó szakemberek biztosítják az ellátást, a tanácsadást, és támogatják az érintetteket. Az információáramlás és a kommunikáció fontos tényező. Mivel nem csak a daganatos betegek, illetve a palliatív ellátásra szorulókat vehetik igénybe a hospice-házakat, a krónikus betegek körében is jó lenne, ha ez a lehetőség ismertté válna/válhatna [24]. „Nem az számít, hogy mennyit adunk, hanem hogy mekkora szeretetet fektetünk az adásba.” (Teréz anya)

ÉLETVÉGI ELLÁTÁS GYERMEKKÓRHÁZBAN

Életvégi döntésekkel kapcsolatosan nem szabad elmenünk a gyermekintenzív és a neonatális intenzív ellátásban

részt vevők szerepe, részvétele mellett sem. Az életvégi ellátást kora- és újszülöttek esetében három fő kategóriába sorolhatjuk:

1. Extrém koraszülöttek: azok a csecsemők, akik nagyon korai születésből fakadóan különösen sérülékenyek.
2. Születési rendellenességekkel küzdők: életfontosságú funkciókat fenyegető rendellenességeik vannak.
3. Intenzív ellátásra szoruló, amely nem segít: az intenzív orvosi beavatkozás már nem hasznos, csak a szenvedésüket nyújtja meg [25].

Mindhárom esetben kardinális jelentőségű az, hogy az életminőséget helyezzük fókuszba, mely szorosan összefügg a hatékony fájdalomcsillapítással. Az ápolók szerepe ebben kulcsfontosságú, egy tanulmány vizsgálja a nővérek fájdalomkezeléssel kapcsolatos percepcióit a neonatális palliatív ellátásban [26].

A tanulmány alapja, hogy a CINAHL és a PubMed adatbázisokban szisztematikus keresést végeztek (2017-2024), melynek során 10 kvalitatív tanulmányt találtak, amelyeket megvalósított minőségi értékelés alapján elemeztek. Az áttekintés során Watson transzperszonális gondoskodás elméletét használták elméleti keretként. Két fő téma merült fel az elemzés során: egyrészt az előbb említett módon az ápolók fájdalomkezeléssel kapcsolatos percepciói, másrészt azok a befolyásoló tényezők, melyek a hatékony palliatív ellátást nehezíthetik, mint például az elégtelen képzettség miatti a tudáshiány, a túlzó munkaterhelés, a kevés dolgozó, illetve az irányelvek és protokollok hiánya vagy hiányossága [26].

A megoldás a fentiekben már többször kiemelt holisztikus, családcentrikus megközelítés a neonatális palliatív ellátásban. Az előző bekezdésben felsorolt szempontokon túl kulcsfontosságú az interprofesszionális kommunikáció tökéletesítése, hogy együttérző és hatékony fájdalomkezelést tudjanak nyújtani a haldokló újszülöttek számára [26]. Egy további tanulmány is azt igazolja, a magas színvonalú, koordinált ellátás érdekében a neonatális és palliatív ellátók teamben való együttműködésére, az erőforrások harmonizálására van szükség [27]. Elmondhatjuk tehát, hogy a palliatív ellátás fejlődésével eljutunk oda, hogy nem csupán a terminálisan beteg csecsemők gondozását végzik, hanem proaktív, holisztikus megközelítést alkalmazva segítik a csecsemők és családjaik fizikai, érzelmi, lelki és szociális szükségleteit ebben a kritikus nehéz helyzetben.

A Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikájának Neonatális Intenzív Osztályán (NIC) is jelen van a mindennapokban az életvégi ellátás. Gyermekellátásról beszélve, a szülőnek joga van a gyermeke mellett lenni. Tehát ennek a fájdalmas folyamatnak a szülő is résztvevője. Amennyiben éppen nincs jelen az osztályon, és a végleges állapotromlás folyamata elindul, akkor értesítik a szülőket, hogy legyen lehetőségük végigkísérni gyermeküket ezen a nehéz és szívszorító úton, hiszen egy intenzív osztályon sokkal gyorsabban zajlanak a visszafordíthatatlan események, mint krónikus betegségek esetén. Ezek a gyermekek az ese-

tek nagy részében valamilyen gyógyíthatatlan alapbetegség, súlyos egészségkárosító folyamat következtében jutnak el, sokszor igen rövid idő alatt, a terminális állapotig. Ilyenek lehetnek a veleszületett kardiológiai betegségek, súlyos mértékű oxigénhiányos állapot (asphyxia), az élettel össze nem egyeztethető születési fejlődési rendellenességek, idegrendszeri megbetegedések vagy genetikai kórképek, anyagcserebetegségek. Az ellátási folyamat egésze alatt lényeges eleme az alkalmazott terápiának a fájdalomcsillapítás, amelynek alkalmazása mind a beteg, mind a hozzátartozója, mind az ápolószemélyzet számára megnyugvást ad.

SZÜLŐK A GYERMEK ÉLETVÉGI ELLÁTÁSÁBAN

A szülő számára biztosítani kell a kapcsolattartást. Nemcsak a jelenlétet, hanem azt is, hogy igény szerint kézbe vehessék gyermeküket, meséljenek, énekeljenek neki. A szakemberek igyekeznek megfelelő környezetet biztosítani a lehetőségekhez mérten: csökkentett világítás, gépek jelzőhangjainak lehalkítása, illetve, ha módjukban áll, akkor külön szobába helyezik a családot. Ebben a helyzetben az egészségügyi ellátók próbálnak bensőséges, nyugodt, csendes környezetet biztosítani a család utolsó közös útján. Az elkerülhetetlen végkifejlet bekövetkezése és a halál megállapítása után a szülőknek lehetőségük van (amennyiben igénylik) a kezükben fogva búcsút venni gyermeküktől.

Emlékdoboz (Memory box)

NIC-osztályon egy emlékdobozt készítenek a szülőknek minden ilyen alkalommal. Tartalma:

- egy kártya a baba kéz- és láblenyomatával,
- egy hajtincs,
- a baba puha takarója,
- saját polipja: minden újszülött/koraszülött az osztályra érkezéskor kap egy saját kis horgolt polipot, ami az egész kezelés alatt végig vele van, majd a hazamenetelnél magával viheti az otthonába, vagy jelen esetben a szülő kapja meg.

A gyermekhospice-ellátásban részt vevők mindamellett, hogy a gyermekek végső útját szeretnék megkönnyíteni, amellet a szülőkre is igyekeznek nagy figyelmet fordítani. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a szülők tervezték, várták a gyermekük érkezését, majd végigkísérték, segítették az életének ezt a nehéz útját. Ezért fontos, hogy ameddig lehet, minél nagyobb békében együtt lehessenek. A gyermekük elvesztésének hatalmas fájdalommal kell megbirkóznuk, a gyász összes lépésén végighaladva. Nemcsak a szülőknek nagy lelki megterhelés egy terminális állapot elkísérése, de a jelenlévő dolgozókat is megviseli egy gyermek elvesztése, akiért dolgoztak, harcoltak, de a csatát elvesztették. Ezért szükség van a dolgozók lelki támogatására, megerősítésére is. Tapasztalatok, visszajelzések alapján azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a koraszülött osztályon ez az életvégi ellátás a szülőket is segíti az elengedés és a feldolgozás folyamatában is.

KÖVETKEZTETÉSEK

Gyermekekben az életvégi döntések nagy kihívás elé állítják a szülőket, mivel nem a saját életükről, hanem mint törvényes képviselő a gyermekük életéről kell sokszor fájdalmas és nehéz döntéseket meghozniuk. A történelem sorra szülte/szüli azokat az eseteket, amikor ezek a döntések néhol önhatalmúlag ugyan, de egy adott ponton megszülettek. Példa erre a Binder Györgyi-ügy, aki 1993-ban kádca fojtotta 11 éves, gyógyíthatatlan kislányát, vagy a Fekete Angyal története, aki több mint 30, idős, zömében végstádiumú rákos betegnek adott be halált okozó gyógyszert/injekciót. Az ellenkezőjének pedig tankönyvi példája akár Terri Schiavo esete, aki 15 évig feküdt éber kómában, férje hét éves jogi procedúra után érte el, hogy a mesterséges táplálását felfüggesztés, és aki rá két hétre halt meg. Itt lehet megemlíteni Diane Pretty ügyét is, aki izomsorvadásban szenvedett, eszméletlenül volt, de mozogni már nem tudott, férje közreműködésével szeretett volna meghalni, erre vonatkozó kérelmét sorra utasították el a bíróságok. Ő 43 évesen természetes halállal halt meg.

A gyermekhospice-szolgálatban dolgozók a beteg, gyógyíthatatlan gyermek, valamint a szülők, családok számára nyújtanak segítséget. A hospice-ellátásban, hospice-házakban dolgozók csapatban, nagy felkészültség mellett és mindig a gyermek érdekét nézve végzik feladatukat. A test fájdalmát, a szenvedést csökkentik, a lélek fájdalmát enyhítik.

Az elmúlt években nagy fejlődés következett be a gyermek palliatív ellátás területén. Mind a kórházi ellátórendszerben, mind a krónikus betegellátásban, illetve az otthoni ellátás-támogató rendszerben is egyre nagyobb hangsúlyt fordítanak a gyermekek hospice-, palliatív ellátására. Nagyon fontos lenne a finanszírozás bővítése és a különböző ellátási lehetőségek fejlesztése, növelése, hiszen a betegellátás kapcsán egyre nagyobb igény merül fel ezen ellátási formára. Mindemellett az orvosi és az ápolói szakképzések alaprendszerébe is beépítésre kellene hogy kerüljön, segítve ezzel az érintett gyermekek és családjuk mindennapjait ebben a nehéz és elkerülhetetlen helyzetben.

„Egy anya számára, aki elveszítette gyermekét, az első nap soha el nem múlik. Ez a fájdalom nem fonnyad el az idővel. Hiába fakul meg a gyászuha, a szív feketesége nem oszlik el soha.” (Victor Hugo)

Szerzői munkamegosztás

A publikáció alapját a SE EKK EMK egészségügyi rendszerek működése tantárgy vizsgaanyaga adta. Dr. Sinkó Eszter témavezetőként segítette munkánkat. Az életvégi döntésekkel kapcsolatos és használt fogalmak, nemzetközi kitekintés és Magyarországon az életvégi döntésekkel kapcsolatos jogi környezet témáját Dr. Tóth Ágnes Anita dolgozta fel. Az életvégi döntésekkel kapcsolatos vallási és etikai dilemmák, a jelenlegi magyarországi gyakorlat és az összefoglalás témaköre Dr. Lénárt Anett anyaga. A problémák és a megoldási javaslatok Dr. Lénárt Anett és Dr. Tóth Ágnes

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Tóth ÁA, Lénárt A, Nagy E, Sinkó E: Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon, 1. rész IME, XXIII. évf 2024/4. 6-14. old.
<http://doi.org/10.53020/IME-2024-401>
- [2] Tóth ÁA, Lénárt A, Nagy E, Sinkó E: Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon, 2. rész IME, XXIII. évf 2025/1. 6-10. old.
<http://doi.org/10.53020/IME-2025-101>
- [3] Balassa J: Az állam aktív szerepvállalása az élethez való jog tekintetében. Jog és Állam, 2023. 11-17.
- [4] BMA position on physician-assisted dying (2021). <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/end-of-life/physician-assisted-dying> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [5] Government of the Netherlands: Is euthanasia allowed in the Netherlands? <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [6] Filó M (Szerk.): Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (2002)
- [7] Kovács J: A modern orvosi etika alapjai. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. (2025).
- [8] Vatican News. 2020, <https://www.vaticannews.va/hu/vilag/news/2020-10/hollandia-egyhaz-tiltakozik-eutanazia-1-12-ev-kozotti-gyermekekr.html> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [9] Jogászvilág. 2020, <https://jogaszvilag.hu/vilagjogasz/kiskoruak-eutanaziaja/> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [10] Kussinszky A, Stáncz P: Az életvégi döntések jelentésének és jogintézményének fejlődése. Kaleidoscope Művelődés-, Tudomány- és Orvostörténeti Folyóirat, 2024, 245-261.
- [11] Politico: 2022 <https://www.politico.eu/article/italy-carries-out-its-first-assisted-suicide-euthanasia/> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [12] Ministry of Health: 2024 <https://www.health.govt.nz/regulation-legislation/assisted-dying/review-of-the-end-of-life-choice-act> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [13] Britannica: 2025, <https://www.britannica.com/procon/MAID-medical-aid-in-dying-debate> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [14] Böszörményi D: Súlyos betegen élni. Méltósággal meghalni. Hospice-kézikönyv. 1995. Budapest: Corvinus.
- [15] Clark D: Palliative care history: a ritual process. European Journal of Palliative Care, 2000, 7(2), pp. 50-55.
- [16] ICPCN: A global history of childrens palliative care: <https://icpcn.org/a-global-history-of-childrens-palliative-care/> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [17] Meng L, Xuchun W, Yonghui M, Yi L: A Review of the Current State of Hospice Care in China. Palliative Medicine, July 2020, Current Oncology Reports 22(10)
- [18] Benyó G: A gyermekhospice Magyarországon. Kharón Thanatológiai Szemle, 2014, 27-30.
- [19] Hospiceház. 2020 <https://hospicehaz.hu/gyermekehospice/> (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [20] Hegedűs K, Lukács M: Hospice betegellátás 2023 a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő és a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület adatai alapján. Kharón Thanatológiai Szemle, 2024/3
- [21] Jake T, Alice R, Isaac W et al.: Hospice care access inequalities: a systematic review and narrative synthesis. BMJ Support Palliat Care, (2022). 142-151.
- [22] Remke S, Schermer M: Team Collaboration in Pediatric Palliative Care. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care 8(4):286-96 (2012).
- [23] https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/Pediatric_Standards.pdf (Megtekintve: 2025.04.18.)
- [24] Hegedűs J. A pediátriai hospice-palliatív ellátás gyakorlata és a szülőknek nyújtott támogatás a magyarországi ellátó intézményekben, 2022. szakdolgozat. Pécs.
- [25] Carter B: Pediatric Palliative Care in Infants and Neonates. Children (Basel). 2018 Feb 7;5(2):21.
- [26] Olori C Nurses' Perception of Pain Management in Neonatal Palliative Care. Bachelor's thesis. (2024).
- [27] Bertaud S, Montgomery A.: Paediatric palliative care in the NICU: A new era of integration. Seminars in Fetal and Neonatal Medicine. (2023).

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



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 szakasszisztensként és a klinika koraszülött intenzív osztályán dolgozott szakápolóként. 2020-ban a SE Egészségtudományi Karán diplomás ápoló képzettséget szerzett, jelenleg a SE EMK Egészségügyi menedzser mesterképzésének hallgatója. 2020-tól oktatásért felelős és klinikai vezetőápoló helyettes a SE Gyermekgyógyászati Klinikán, 2023-tól a Bókay részleg részlegvezetői feladataival bővült a munkaköre.



Czira Anita 2006-ban mérnökinformatikus végzettséget szerzett, ezután a Szent Ferenc Kórházban dolgozott, majd 2017-ben ápoló BSc oklevelet vett át a Semmelweis Egyetemen. 2016-ban kezdett dolgozni a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinikáján,

2019-től klinikai vezető ápolóhelyettes, majd 2020-tól klinikai vezető ápoló. 2022-ben szerzett egészségügyi menedzser MSc diplomát a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában. 2023. január 1-je óta az összevont Bókay és Tűzoltó részleggel működő Gyermekgyógyászati Klinika vezető ápolója.



Szabó Attila 1994-ben végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen általános orvosként, PhD-fokozatot 2000-ben szerzett. 2000-ben csecsemő- és gyermekgyógyászat, 2006-ban nefrológia szakvizsgát tett, 2012-ben egészségügyi szakmenedzser oklevelet

vett át a Semmelweis Egyetemen. 2013 óta az I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika igazgatója, 2016 és 2018 között a Semmelweis Egyetem Klinikai Központ megbízott elnökhelyettese, 2018-tól a Semmelweis Egyetem klinikai rektorhelyettes, a Klinikai Központ elnöke, 2023. január 1-jétől a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika (Bókay és Tűzoltó utcai részleg) igazgatója.

Tóth Ágnes Anita, Lénárt Anett és Sinkó Eszter szerzői bemutatása az IME 2024/4. szám 13-14. oldalán jelent meg, az *Életvégi döntések lehetőségei Magyarországon 1. rész* c. cikk végén.

Urológiai nagyműtétes betegek prehabilitációja – Megvalósíthatósági vizsgálat, avagy hol van a műtéti felkészítés helye a magyar egészségügyben

Feasibility of prehabilitation before major urological surgery in the Hungarian Public Health Care System

Molnár Zoé¹ ✉, Kocsis Eszter¹, Egri Dóra², Fazekas Fruzsina Eszter³, Beöthe Tamás Zsolt^{1,3}

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Egységügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

²Eötvös Loránd Tudományegyetem Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet

³Budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Urológiai Osztály

✉ zoo.zoemolnar@gmail.com

A diagnózistól a műtétiig tartó időszak lehetőséget kínál a prehabilitációra, azaz a betegek fizikai és mentális állapotának javítására, ezáltal csökkentve a posztoperatív szövődmények kockázatát. Bár a prehabilitáció hatékonyságát számos tanulmány igazolja, hazánkban ennek alkalmazása még nem része a standard ellátásnak.

A Budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet és a Semmelweis Egyetem Menedzserképző Központja által közösen szervezett projekt nagy megterheléssel járó kismencedei műtétek előtt álló betegek multidiszciplináris támogatását és a program megvalósíthatóságának felmérését célozta. Ehhez műtéti felkészítést biztosító prehabilitációs keretrendszert dolgoztunk ki, mely – szándékunk szerint – bármely tervezett nagyműtét előtt alkalmazható, és könnyen beilleszthető az egészségügyi intézmények gyakorlatába.

A pilot program során három beteg multidiszciplináris prehabilitációs felkészítését végeztük el fizioterapeuta, dietetikus és pszichológus részvételével, melyet egy alkalommal orvosi tájékoztató előadással és konzultációval egészítettünk ki. A betegek otthon is folytatták a tanultakat a program kiadványainak segítségével. Megfigyelhető volt a funkcionális kapacitás és a tápláltsági állapot javulása, valamint a betegek motiválttá váltak, és aktívan részt vettek saját komplex kezelésükben.

A rizikócsoportba sorolás (és becsült részvételi szándék mellett) az évente 2000 műtétet végző vizsgált osztályon 60-80 beteg számára egyéni, további 500-600 beteg számára kiscsoportos felkészítés tervezhető.

A felkészítés járóbeteg-ellátás keretében elvégezhető, bár a különböző ellátási formák finanszírozása nem kiegyensúlyozott. Az irodalmi adatok alapján a prehabilitáció nemcsak csökkenti a szövődményeket és az elmaradt műtétek számát, hanem költséghatékony is. A sikeres megvalósításhoz multidiszciplináris együttműködés és a teljes ellátószemélyzet szemléletformálása szükséges.

Kulcsszavak: prehabilitáció, multidiszciplináris, megvalósíthatóság, minőségfejlesztés, cisztekтомia

The period from diagnosis to surgery offers an opportunity for prehabilitation, i.e., improving the physical and mental well-being of patients, thereby reducing the risk of postoperative complications. Although the effectiveness of prehabilitation has been demonstrated in numerous studies, its use is not yet standard care in Hungary.

The project, jointly organised by the Budapest Péterfy Sándor Street Hospital-Clinic and the Health Services Management Training Centre at Semmelweis University, aimed to provide multidisciplinary support for patients undergoing major pelvic surgery and to assess the feasibility of the programme. To this end, we have developed a prehabilitation framework providing preoperative preparation, which is intended to be applicable before any planned major surgery and can be easily integrated into the practice of healthcare institutions.

During the pilot program, we conducted multidisciplinary prehabilitation coaching of three patients with the participation of a physiotherapist, a dietician and a psychologist, complemented by a one time medical presentation and consultation with the physician. Patients continued the preparation at home using the educational booklet of the programme. Improvements in functional capacity and nutritional status were observed, and patients became motivated and actively involved in their own complex care.

Based on the risk grouping (and estimated willingness to participate), individual coaching could be planned for 60-80 patients and small group coaching for a further 500-600 patients in the studied ward, where 2000 surgeries are performed annually.

Prehabilitation can be conducted in an outpatient setting, although the funding of the different forms of care are not balanced. The literature suggests that prehabilitation not only reduces complications and cancelled operations, but is also cost-effective. Successful implementation requires multidisciplinary collaboration and the education of the entire care team.

Keywords: prehabilitation, multidisciplinary, feasibility, quality assurance, cystectomy

BEVEZETÉS

Az onkológiai nagyműtétek jelentős fizikai és pszichés megterhelést jelentenek, különösen az idősebb, számos társbetegséggel küzdő páciensek esetében. A daganatos alapbetegségen túl a műtét előtti neoadjuváns kezelések, például a kemoterápia, tovább rontják az általános állapotot, ami megnehezíti a műtét utáni felépülést.

A diagnózistól a műtétig terjedő időszak lehetőséget biztosít a betegek fizikai és mentális állapotának javítására, csökkentve ezzel a posztoperatív komplikációk kockázatát. A prehabilitáció ezt az időablakot használja ki. A koncepció a műtetre váró beteg fizikai erőnlétének, tápláltsági állapotának és mentális státuszának támogatását, javítását tűzi ki célul. A program bevezetése multidiszciplináris megközelítést igényel, amelyben orvosok, gyógytornászok, dietetikusok, pszichológusok és ápolók összehangolt együttműködése szükséges.

Nemzetközi adatok igazolják, hogy a prehabilitáció nemcsak a betegek egészségi állapotát javítja, hanem gazdasági előnyökkel is jár, mivel csökkenti a műtėti szövődményeket és lerövidíti a kórházi benttartózkodás idejét. A külföldi tapasztalatok alapján a perioperatív támogatásnak fontos helye van a hazai sebészeti ellátás gyakorlatában.

Magyarországon azonban a prehabilitáció csak szórva nyosan elérhető, és nem képezi szerves részét a standard ellátásnak. Az általunk létrehozott program célcsoportját képező hólyagrákos betegek esetében a cisztectómia (hólyagtávolítás) előtti prehabilitáció különösen fontos lehet, mivel a hosszú és megterhelő műtét magas szövődményarányjal jár.

Célunk egy olyan prehabilitációs keretrendszer kidolgozása, amely segíti a betegek hatékony műtėti felkészítését, és segíti a program beillesztését a magyar egészségügyi intézmények működésébe.

IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Kehlet 1997-ben publikálta a preoperatív felkészítés bizonyítékokon alapuló módját [1]. Ezt a megközelítést ma „ERAS” (Enhanced Recovery After Surgery – gyorsított felépülés a műtét után) protokoll néven ismerjük, melynek előnyeit az urológiai betegek esetében is igazolták [2].

Carli és munkacsoportja az ERAS-protokollt a betegek aktív részvételét támogató programokkal egészítette ki. Trimodális megközelítést javasoltak a fizikai erőnlét, a tápláltsági állapot és a mentális státusz együttes támogatására. Ezt „N.E.W. – Nutrition, Exercise, Worry” koncepciónak nevezték. A szójáték nehezen fordítható magyarra: a betűszó jelentése „ÚJ” koncepció, melynek részei az egészséges táplálkozás, a megfelelő mozgás és az aggodalommal való megküzdés [3].

A prehabilitáció hatásainak felmérését nemzetközi, multicentrikus, randomizált PREHAB vizsgálat tűzte ki célul. A nem-metasztázáló, kolorektális daganat miatt műtetre készített betegek (az ERAS-protokoll mellett) négy hetes felügyelt,

multimodális prehabilitációs programban vettek részt. A funkcionális kapacitás magasabb értékeket ért el, a csoportban kevesebb szövődmény fordult elő és a betegek felgyógyulása rövidebb időt vett igénybe, mint a csak standard perioperatív felkészülésben részesült kontrollcsoportban. Bár a vizsgálat a Covid-19 pandémia miatt megszakadt, mégis igazolta, hogy a multimodális prehabilitáció szignifikáns mértékben csökkenti a súlyos szövődmények előfordulását, és szignifikánsan gyorsabb műtét utáni felépülést eredményez [4].

Magyarországon Dr. Fülöp András és Dr. Bánky Balázs vezette be ezt a módszert a Szent Borbála Kórház Sebészeti Osztályán, Tatabányán, valamint a Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikáján, Budapesten. Eredményeik megerősítették a nemzetközi adatokat, és rámutattak arra, hogy a prehabilitáció hazai körülmények között is sikeresen alkalmazható [5,6].

Az uroonkológiai betegcsoportban a perioperatív támogatás biztonságosabbá teszi a műtétet, testileg-lelkileg segíti a teljes körű felépülést. Valószínűsíthető, hogy csökkenti a műtėti szövődményeket, valamint a kórházi benttartózkodás idejét. Számos helyen beszámolnak a módszer rutinszerű alkalmazásáról [7,8,9].

A legújabb eredmények arra engednek következtetni, hogy a prehabilitáció a műtét utáni rehabilitáció eredményességét is javítja, de önmagában is legalább 12 hónapig tart, és ezen idő alatt segíti a betegeket [10].

A PREHABILITÁCIÓ MULTIDISZCIPLINÁRIS MEGKÖZELÍTÉSE

Maga a prehabilitáció felkészíti a beteget a rá váró megmérkőzésre, ezért ezt egyfajta „tanulmányidőszaknak” is felfoghatjuk. Az ágynyugalommal és a teljes fizikai inaktivitással azonosított „betegség” helyett az életmód megváltoztatására van szükség, a gyógyulás és felépülés reményében. Erre a kiszolgáltatottság és a rossz kilátások fogékonyabbá teszik az egyént. A hatékony prehabilitáció személyközpontú, ahol az érintettek visszanyerhetik az irányítást saját életük felett. A legtöbb program személyes jelenlétet igényel, azonban egyre nagyobb hangsúly helyeződik az otthoni felkészítésre, tekintve, hogy minden harmadik sebészeti beteg előnyben részesíti az otthoni felkészülést, aminek hátterében leginkább az utazás és magánéleti kötelezettségek állnak [11]. Fontos, hogy a támogatásnak multidiszciplinárisnak kell lennie. A program csak úgy működik megfelelően, ha mindhárom szakmacsoport részt vesz benne, az egyes modalitások kölcsönösen hatnak egymásra. A dietetikai modul által biztosított állapotnak megfelelő fehérjebevitel a fizikai aktivitás (gyógytorna) segítségével képes a vázizom tömegének növelésére, mely a műtét előtt álló beteg számára kifejezetten előnyös.

DIETETIKAI MODUL

A tumoros megbetegedésben szenvedő páciensek 10-20%-ánál nem a daganat, hanem a kóros tápláltsági állapot

(malnutrició) okozza a páciens halálát [15]. Hólyagrák esetén a malnutricióval érintett betegek aránya 21-50% között mozog [16]. A dietetikai ellátás a multimodális rákgógyításban így tehát kiemelt szerepet játszik.

A dietetikai tanácsadások során a betegek tájékoztatást kaptak a rendszeres, kiegyensúlyozott étkezés és folyadékfogyasztás fontosságáról. Amennyiben a napi energiabevitel fedezésére nem voltak elegendőek a normál étkezések, úgy javaslatot tettünk tápszeres kiegészítésre, és megmutattuk azt is, hogy ezeket hogyan tudják a betegek az otthoni ételkészítés során felhasználni.

A betegek tápláltsági állapotát a hazai és európai gyakorlatban is egyaránt elfogadott, validált malnutrició rizikószűrő módszer (NRS-2002) segítségével mértük fel [17]. A szűrőmódszer kérdései az alábbi tényezőkre térnek ki: aktuális testmagasság és testtömeg, testtömegvesztés mértéke, táplálékfelvétel változása, betegség súlyossága, beteg életkora. Az NRS-2002 szűrő 0-7 pontig terjedő pontrendszert alkalmaz. A 3 vagy a feletti pontszám közepes/magas kockázati osztályt jelent, míg a három alatti pontszám esetén a beteg alacsony kockázati osztályba sorolandó.

FIZIOTERÁPIÁS MODUL

A fizikai aktivitás, illetve fizikai fittség megléte perioperatív időszakban pozitívan hat a műtétek kimenetelére, beleértve a postoperatív morbiditást és mortalitást. Ennek magyarázata, hogy egy edzett szervezet hatékonyabban képes megküzdeni a műtéti stresszrel, ami később elősegíti a gyorsabb felépülést [12].

A betegek állapotának felmérésére a klinikumban napi szinten használt 6MWT (6 perces járástesztet) és a „Stand-to-sit” állapotfelmérési eszközt [13,14] alkalmaztuk. Mindkét módszer olcsó, könnyen kivitelezhető és gyorsan megvalósítható. A felmérés során a 6MWT-t vettük alapul. A normál tartomány 400-700 m között van, a 6 perc alatt 400 méternél rövidebb megtett távot magas rizikójúnak tartottuk.

PSZICHOLÓGIA MODUL

A tumoros megbetegedés pszichológiai hatásai jelentősen befolyásolják a betegek életminőségét és a kezelés sikerességét. A stressz és distressz különösen fontos tényezők, amelyek jelentős hatással vannak a betegek érzelmi, szociális és fizikai állapotára. A distressz az onkológiai ellátásban a „hatodik életjelként” ismert, és a rákbetegek akár 25-60%-ánál jelentkezhet különböző mértékben [18]. Ez az állapot nemcsak a depresszióval és szorongással függ össze, hanem negatívan befolyásolja a kezelési protokollokhoz való alkalmazkodást és a terápiás eredményeket is [19].

A distressz mérése érdekében az NCCN (National Comprehensive Cancer Network) által ajánlott „Stresszhőmérő”-t alkalmaztuk, amely gyors és hatékony eszköz a pszichoszociális problémák felismerésére. A 0-tól 10-ig terjedő skálán a 4-es pontszám a küszöbérték, amely fölött további pszichoszociális beavatkozások javasoltak [20]. A

küszöbérték az alapbetegség stádiumától függően változhat: frissen diagnosztizált rákos betegeknél alacsonyabb (3-as), míg palliatív ellátásban magasabb (6-os) lehet [24,25]. Ezért az értékelésnél mindig figyelembe kell venni a beteg egyedi helyzetét.

ORVOSI MODUL

A betegek és hozzátartozóik számára kiemelten fontos, hogy a betegségről és a tervezett műtétről is információt kapjanak. Az 1997. CLIV törvény az egészségügyről előírja a kötelező orvosi felvilágosítást, ugyanakkor a folyamatosan növekvő onkológiai ismeretanyag komplex átadása a járóbeteg-ellátás során rendelkezésre álló rövid idő alatt közel lehetetlen. Ráadásul a daganat diagnózisát éppen csak megismerő beteg szembesül egy megterhelő kezelés lehetőségével, és ez tovább nehezíti, hogy a felvilágosítást mélységében megértse vagy kérdéseket tegyen fel.

A rehabilitáció lehetőséget ad arra, hogy a betegekkel és hozzátartozóikkal a műtéttel kapcsolatos információkat ismételtelen megbeszéljük, kérdéseikre válaszoljunk. Az orvosi modul eltér a többi modultól: csupán információátadás történik, nem otthon elvégzendő feladatok gyakorlása; valamint egy konkrét betegség és az ahhoz kapcsolódó műtét esetén azokra specifikus, más betegcsoportra nem átvihető felvilágosítás szükséges.

Az orvos ugyan nem része közvetlenül a felkészítő programnak, ugyanakkor – tapasztalatunk szerint – segítséget jelent, ha a program folyamán, akár az egyes szakterületek képviselőin keresztül elérhető. Így a betegek program közben felmerült kérdéseire válaszolni tud, ill. állapotváltozásukat is figyelemmel tudja kísérni.

A MEGVALÓSÍTHATÓSÁGI VIZSGÁLAT

A projekt a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK) egészségügyi menedzser mesterképzési programjának szakmai gyakorlata során került kidolgozásra, ill. az EMK a projekt megvalósítása során a szakmai és menedzsmentet érintő kérdésekben nyújtott támogatást.

A projektet a Budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet fogadta be, és mentorszervezetként helyszínt, tárgyi feltételeket és közvetlen hozzáférést biztosított a betegcsoporthoz. Egy projekttag a kórház munkatársaként, három fő pedig intézményen kívülről csatlakozott be a munkába.

A gyógytorna, dietetika és pszichológiai szakellátás a programot megelőzően is elérhető volt a betegek számára, azonban mindhárom modult tartalmazó, szervezett felkészítés a mentorszervezetben ezidáig nem történt. Célunk a program megvalósíthatóságának felmérése volt, azaz miként lehet kórházi körülmények között, az egyes szakterületek összefogásával a leginkább rászoruló betegek számára a trimodális felkészítést komplex, átfogó és rendszerbe szervezett módon hozzáférhetővé tenni.

MÓDSZER

A megvalósíthatósági vizsgálat során a szervezési feladatokat kívántuk modellezni kis létszámú betegcsoport bevonásával. A pácienseket kismedencei műtetre váró betegek közül választottuk ki, akik önkéntesen vállalták a programban való részvételt. Habár a szervezési feladatokat kívántuk fókuszba helyezni, a ténylegesen megtartott szakmai alkalmakkal valós betegek számára biztosítottunk hozzáférést a sebészeti ellátást kiegészítő szupportív terápiákhoz (fizioterápia, diétetika, pszichológia).

A projekttagok (gyógytornász, diétetikus, pszichológus hallgató, orvos) szakmájuknak megfelelően vettek részt a tanácsadási alkalmak megtartásában. Kifejezett figyelmet fordítottunk a szakmai előírások és módszerek helyes alkalmazására, ugyanakkor a fő feladatunk a multidiszciplináris felkészítés koordinálásának értékelése és erőforrásigényének felmérése volt.

Az irodalom alapján négyalkalmas, mindhárom (fizioterápia, diétetika és pszichológia) modulot tartalmazó „Otthoni felkészülést támogató programot” dolgoztunk ki. Négy héten át, hetente egy ilyen alkalomra került sor, biztosítva a témák alapos átbeszélését és a résztvevők számára a megfelelő támogatást. A konzultációk időtartama 2 óra volt, mindhárom témakörben egyenként 30-45 perces tanácsadási alkalommal. Figyelembe kellett venni, hogy az egyes részek között hosszabb szünet szükséges a panaszokkal, húgyúti problémákkal rendelkező betegek számára.

Fontosnak tartottuk, hogy a betegek olyan gyakorlatokat tanuljanak meg és olyan eszközöket kapjanak, amelyeket az otthoni környezetükben is tudnak használni. Az otthoni támogatás elősegítésére a személyes foglalkozások tematikája mellett olyan összefoglaló kiadványokat készítettünk, amelyek mindhárom modalitás tanácsait és gyakorlatait tartalmazzák. A nyomtatványok segítségével a páciensek otthoni környezetben is képesek folytatni a felkészülést. A programban részt vevő betegek egyéni felkészítésben részesültek. Az egyéni konzultációs alkalmak lehetőséget biztosítottak a program egy-egy betegre szabott módosítására, optimalizálására. Egy alkalommal számukra is közös, csoportos felkészítést tartottunk, melynek során egyénre szabott információk átadása nem lehetséges, de a betegek egymás kérdéseiből, tapasztalataiból is tanulni tudtak.

A betegek állapotát mindhárom szakma folyamatosan figyelemmel kísérte, és a szakma szabályai szerint dokumentálta. A projektteam a tapasztalatokat minden egyes konzultáció után megbeszélte. A betegek állapotának megismerése kölcsönösen segítette az egyes modulokat, ezért a jelen vizsgálatban különálló szakmai dokumentációk egységes rendszerbe való foglalása tervezett. Egy egyszerűsített, más szakmák által is könnyen átlátható dokumentációs rendszert a rehabilitáció rendszeres alkalmazása során tudunk kidolgozni.

A BETEGEK EREDMÉNYEI ÉS VISSZAJELZÉSEI

A projekt fókusza a megvalósíthatóság felmérése volt, ezért a részvételt olyan betegek számára ajánlottuk fel, akik

várhatóan minden felkészítési alkalmon részt tudnak venni. A válogatott betegcsoport és a tervezetten alacsony betegszám miatt a program szakmai eredményessége nem felmérhető. Ugyanakkor a program szakmai tapasztalatai érdekes tanulságokkal szolgálnak.

Az irodalmi és becslő adatokkal összhangban a felkért betegek mintegy kétharmada vállalta a programban való részvételt. Az elutasítás fő oka nem a lakóhely távolsága volt (egy résztvevő 100 km-nél messzebből érkezett), hanem a bejárás megoldhatatlansága – több esetben a családi támogatás hiánya miatt. Ez felhívta a figyelmünket arra, hogy a hozzátartozók felvilágosítása elengedhetetlen, és lehetőség szerint a hozzátartozókat is be kell vonni a programba.

Egy rendszeresen sportoló, de vese és hólyag együttes eltávolítására készített beteg kiváló állapota miatt nem kívánt a programban részt venni. A kiemelten nagy megerheléssel járó műtét miatt vállalta, hogy a dokumentációs anyag segítségével önálló felkészülést végez. Visszajelzése szerint a programban talált információk és gyakorlatok számára új ismereteket adtak, és hasznosan segítették felkészülését ill. a műtét utáni – szintén önállóan végzett – rehabilitációját. Esete megerősítette, hogy a program on-line anyaga a jó állapotú betegek számára is hasznos.

Egy további beteg gyenge általános állapota miatt az altatóorvosi vizsgálat nem javasolta a műtét elvégzését. A hetek óta immobilizált, jelentősen lefogyott beteget a megvalósíthatósági vizsgálatba nem tudtuk bevenni, azonban szakmai támogatását fontosnak tartottuk, így egyéni felkészítésben részesítettük. Bár a felmérést nem vállalta, a műtét szükségességével tisztában volt, így erős pszichés támogatás mellett a gyakorlatokat elvégezte és a megfelelő táplálkozási előírásokat betartotta. Jelentős súlygyarapodást ért el, ill. mozgásképeségét is visszanyerte, így az ismételt altatóorvosi vizsgálatot követően sikeres műtéten esett át. Ezt az esetet kiemelten fontosnak tartjuk, mert ez a betegcsoport nyer legtöbbet a programból. A betegségük miatt legyengült páciensek a megfelelő multidiszciplináris felkészítés nélkül elesnek a kuratív kezelés – és a gyógyulás – lehetőségétől.

A megvalósíthatósági tanulmányt végül három beteg részvételével készítettük el. A betegek felméréseinek értékeit a 1. táblázatban foglaltuk össze. A válogatott beteganyag ellenére két betegünk a magas kockázatú csoportba esett.

Megjegyzendő, hogy a foglalkozások során a 3. számú beteg – bár a felmérések nem mutatták magas kockázatúnak – pszichológus támogatást kért (és emiatt magas kockázatúnak kell tekintenünk). Másrészt a két, felmérés során magas kockázatú beteg a 6 perces járateszt határértéke szerint nem esett a magas kockázatú alcsoportba, ugyanakkor szakmai megítélés alapján erőnlétük gyenge volt. Felmerült a kérdés, hogy a felmérések határértékei mennyire alkalmazhatóak erre a betegcsoportra, különös tekintettel arra, hogy esetükben – felkészülés nélkül – a műtétig még további állapotromlás is várható. Az sem tisztázott, hogy mekkora értékű javulást tekinthetünk klinikai szempontból eredményesnek. Ezekre a kérdésekre több, nem válogatott beteg bevonásával elvégzett klinikai vizsgálat adhat választ.

Eredmények	1. beteg		2. beteg		3. beteg	
Életkor	54 év		77 év		49 év	
Nem	férfi		férfi		férfi	
Felmérés időpontja	Felkészülés					
	előtt	után	előtt	után (kemo- terápia mellett)	előtt	után
Testtömeg (kg)	66, 2	68,3	54,2	57,6	80,2	80,9
6 perces járásteszt – 6MWT (m)	424	459	483	495	635	650
NRS-2002 (pont)	4	3	6	5	2	2
Stressz-hőmérő (pont)	4	4	3	3,5	2,5	3

1. táblázat

Megvalósíthatósági vizsgálatban részt vevő betegek felmérésének eredményei (saját szerkesztés)

A programban részt vevő betegek funkcionális kapacitásának javulását ill. súlygyarapodását minden esetben megfigyeltük. Ennél sokkal fontosabbnak tartjuk azonban, hogy a betegeink motiváltakká és jól informáltakká váltak, a komplett onkológiai kezelésben a prehabilitáción kívül is aktívan részt vettek.

Egyikük így vélekedett: „Kell nekem ez a műtét? A felkészülés végére elkopott a kérdőjel a mondat végéről.”

A PREHABILITÁCIÓ TÁRGYI ERŐFORRÁSIGÉNYE ÉS FINANSZÍROZÁSA

A prehabilitációs foglalkozásokat forgó rendszerben végeztük. A konzultációkra két rendelői helység és egy, a gyógytor-

nászok által használt tornaterem állt rendelkezésre. A program konkrét eszközigénye a dokumentáció elkészítéséhez szükséges informatikai berendezések és a dietetikai konzultáció során használt mérleg volt. A fizioterápiás foglalkozások során a tornaterem eszközeinek használatára is lehetőség volt, de a tornagyakorlatoknak speciális eszközigénye nincsen.

A prehabilitáció bevezetésének kulcskérdése a finanszírozás megoldása. Amennyiben a program gazdaságos, úgy széles körű bevezetésére is lehetőség nyílik. Az irodalom szerint a prehabilitációs program egyes elemeinek költségét össze kell vetni az adott intézmény finanszírozási lehetőségeivel, így tudjuk megítélni és biztosítani a program hosszú távú fenntarthatóságát [21]. Ezen ellátások finanszírozása ugyanakkor csak részben megoldott (lásd 2. táblázat).

Megdöbbentő módon a „betegedukáció” egyáltalán nem finanszírozott, és a dietetikai tanácsadás is csupán az orvosi vizsgálat részeként. A „segédeszköz betanítása” (93493) annak ellenére sem számolható el, hogy minden cisztectómiás betegünk urostómát viselt. A gyakorlatok során végzett szaturációmérés az elvégzettek közül a legegyszerűbbek közé tartozik, és szintén csak az orvosi vizsgálattal végezhető el. Ezzel együtt a betegek számára 4 komplex tanácsadás 2024 szeptemberében szinte pontosan 50 000 Ft finanszírozást jelent.

Az „Otthoni felkészülést támogató program” kiadványait online is elérhetővé tettük, így ez további költséget a kórház számára nem generál.

MULTIDISZCIPLINÁRIS SZEMLÉLET A SZAKMÁK KÖZÖTTI EGYÜTTMŰKÖDÉS MEGSZERVEZÉSÉRE

A betegellátási program létrehozásakor kiemelten fontos a foglalkozásokat végző multidiszciplináris csapat, melynek tagjai az egészségügy különböző szegmenseiből érkeznek. Szervezett perioperatív betegútvonal létrehozásához a munkafolyamatok összehangolása szükséges.

A magyar tapasztalatok alapján [5,6] a szakmai compliance alacsony (50%) volt. Saját tapasztalatunk is megerősíti,

Szakma	OENO-kód	NP-érték	Összérték (NP és Ft)
Fizioterápia	94701 egyéni torna:	256 NP	1596 NP = kb. 3100 Ft
	94504 testtájankénti egyéni torna:	5x119 NP	
	94610 ellenállással szemben:	5x149 NP	
Pszichológia	96011		3840 NP = kb. 7600 Ft
	Környezettanulmány:	713 NP	
	96023		
	Alap (30 perces) ülés:	745 NP	
	96006		
	Habilitációs foglalkozás:	794 NP	
	96431		
	Kognitív tréning:	794 NP	
	96432		
	Viselkedés tréning:	794 NP	
Dietetika	-		0 NP = 0 Ft
Urológia	11301 vizsgálat:	354 NP	936 NP = kb. 1850 Ft
	89442 O ₂ szaturáció:	582 NP	

NP: német pont; Ft: 2024-es NP-értéken számolva

2. táblázat

Egy alkalom finanszírozási példája egyénileg felkészített, nagyműtetre váró beteg esetén (saját szerkesztés) [22]

hogy a multidiszciplináris munka hazánkban meglehetősen szokatlan, különböző területek képviselői nehezen dolgoznak együtt. Ezen túlmenően mind a betegek, mind a szakdolgozók az orvosra támaszkodnak, aki az egyes szakterületeket csak részlegesen ismeri, és általában nincs elegendő ideje a felkészítésre.

A különböző szakterületek részvétele miatt a szervezés bonyolult. Célszerű az új ellátási folyamat megalkotásának kezdeti szakaszban ún. perioperatív vezetői csoport („perioperatív leadership group”) megalkotása, akik elkötelezetté válnak a témával kapcsolatban és folyamatos támogatást nyújtanak a bevezetés során. A csoport egy tagja (programkoordinátor) mátrixszerűen szervezi a betegek ellátását mindhárom három szakma számára. Célszerű, ha a rehabilitációs tevékenységben részt vevő szakemberek dedikáltan felelősek a rehabilitációban részt vevő betegek ellátásáért. Előnye viszont, hogy pl. kórház-hotelként működve távolról érkező betegeknek is biztosíthatja a komplex felkészítéshez való hozzáférést.

Ajánljuk, hogy a szakmák mindegyike hozzáférjen a betegdokumentációhoz, és legyenek rendszeres multidiszciplináris konzultációk. A szakmai szempontokból „közös” felkészítés azt is jelenti, hogy az egyes szakmák együtt, egymás eredményeit figyelembe véve, azokra építve készítik fel a betegeket.

Bár szakmai képzés a program beindításához nem szükséges, de mind a felkészítést végző szakdolgozókat, mind a manuális osztályokat és azok orvosait meg kell nyerni az új felkészítési lehetőség számára. Ez részben a rehabilitációval, annak eredményességével foglalkozó előadásokat jelent; részben a koordinátornak rendszeresen jelen kell lennie az osztályokon, és szerveznie kell az előjegyzésre kerülő betegeket. Előnyt jelent, hogy az elsőként választott cisztektoniás

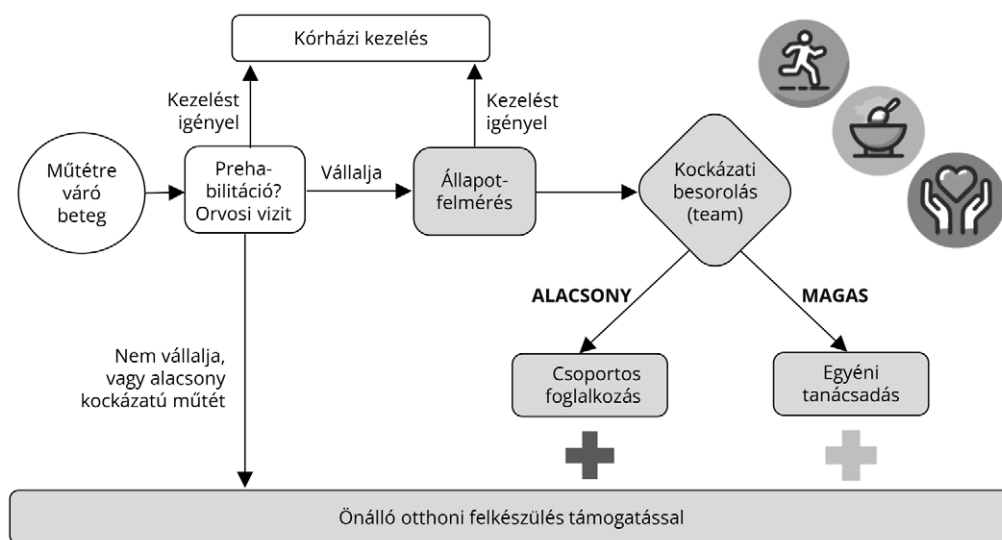
betegcsoportban az ún. sztóma-nővér jelenleg is végez hasonló szervezési feladatokat, ill. egy külön koordinátor lehet az orvosok válláról a szervezés gondjait. A felkészítést végző szakdolgozók számára kedvező, hogy a betegekkel már korán, a műtét előtt foglalkoznak – amikor a betegek még nyitottak a felkészülésre.

Összességében a mentorszervezet lehetőségei alkalmassak a program széles körű bevezetésére, melynek kulcsa a programkoordinátor, az elkötelezett, motivált szakdolgozó multidiszciplináris team és a programot elfogadó és befogadó manuális osztályok.

A BETEGÚT MEGSZERVEZÉSE

Kihívást jelent, hogy a betegek felkészítése és követése ambuláns ellátás keretében történik, miközben hazánkban a járóbeteg-ellátás, az otthonápolás és a fekvőbeteg-ellátás között hiányzik az átjárhatóság. Az egészségügyi szolgáltatások közötti koordináció hiánya miatt a betegek ellátása töredezetté válik, ami különösen hátrányos a távolabbról érkező páciensek számára. A program során tapasztaltuk, hogy a kórházhoz kötött felkészítő tanfolyamra való bejárás a betegek jelentős részének nehézséget okozott. A magunk keretei között a távol lakó betegek számára írott és online felkészítő anyagokat tudunk biztosítani.

Fontos definiálni, hogy a programmal milyen betegcsoportot szeretnénk elérni, hogy valóban azokhoz a személyekhez jut el a segítség, akiknek a legnagyobb szükségük van rá [21]. Ehhez átfogó ellátási folyamat modellt alkottunk a műtetre váró betegek számára. A betegek megfelelő kategorizálását az irodalom javaslatai alapján építettünk fel [23]. A felmérésekhez validált, bizonyítékokon alapuló eszközöket szükséges alkalmazni.



1. ábra

Ellátási folyamat modell a projekt tapasztalatai alapján. A szürke színnel jelölt elemekben mindhárom modul (prehabilitációs team) részt vesz (saját szerkesztés)

A szervezet meglévő folyamataiba egyszerűen implementálható és könnyen átlátható rendszert alakítottunk ki. A bevételezés logikai folyamatában a kiindulópont maga a nagyműtetre váró beteg. A kezelőorvos a műtési konzultáció során felméri a beteg általános állapotát, majd a beteggel közösen dönt a rehabilitációs lehetőségekről. Amennyiben a műtét nagy megterheléssel jár – minden testüregmegnyitással járó beavatkozást ebbe a csoportba soroltunk –, mindenképpen javasolja a műtét előtti felkészítésben való részvételt.

- A beteg nem vállalja a személyes részvételt, így ő csupán tájékoztató anyagokat kap, melyekkel otthonában önállóan készülhet fel.
- A beteg vállalja a részvételt a programban, ami a személyes felkészítés első lépése. A rehabilitációs team minden tagja elvégzi a szakmailag szükséges állapotfelméréseket, majd a rehabilitációs team közösen dönt a felkészítésről.

Minden nagy megterheléssel járó műtét esetén egyéni felkészítést javasolunk, melytől abban az esetben lehet eltérni, ha a beteget mindhárom szakmai felmérés jó állapotúnak ítéli. Ide várhatóan a fiatal (70 éves kor alatti), aktív életet élő, kiegyensúlyozott, jól táplált betegek tartoznak.

A jó állapotú betegek számára, (esetleg az alacsonyabb kockázatú műtétekre készülő betegek számára) csoportos foglalkozások megtartását tartjuk célszerűnek, melyek edukatív jellegűek, elsősorban nem a funkcionális tartalékok növelésére, hanem a műtét utáni tudatos életmódváltásra, a műtési sebbel történő mozgástechnikákra, ill. a betegség miatti stresszel való megküzdésre koncentrálnak. Noha ezeket az elemeket a programba beépítettük, ilyen jellegű csoportos felkészítést nem tartottunk.

A rehabilitáció a legkisebb megterheléssel járó műtét és legjobb állapotú beteg esetén is előnyös. Ezekben az esetekben a betegeknek a nyomtatott és online anyagokat tudjuk ajánlani, nekik nem szükséges a felkészítő konzultációkon részt venni.

A kórházi kezelést igénylő páciensek számára az otthoni felkészülés nem opció, de állapotuk rendezését követően kiegészítő lehetőségként alkalmazhatják.

A multidiszciplináris felkészítéshez a rendszeres rehabilitációteam-megbeszélések ugyanolyan fontosak, mint az egyéni felkészítő alkalmak. Ezek a találkozók biztosítják, hogy a különböző szakmák képviselői együtt, közösen tudják nyomon követni a betegek állapotát, és egymás eredményeire támaszkodva tudjanak optimális eredményt elérni. Ez elsősorban a magas kockázatú betegcsoportnál fontos, de a rendszeres megbeszéléseket az alacsony kockázati csoport felkészítése során is érdemes fontolóra venni.

A vizsgálatban részt vevő osztályon mintegy 2000 műtét történik évente, ennek 10%-a nagy megterheléssel járó, radi-

kális onkológiai műtét. Az irodalmi adatok alapján a betegek mintegy 60%-a magas kockázatú, azaz egyénre szabott felkészítést igényel, valamint becslésünk szerint a betegek kb. 60%-a vállalja a részvételt a kórházban történő felkészítésben. Ez összesen kb. 60-80 beteg felkészítését jelenti évente egyetlen osztályon. Számításaink szerint további 500-600 beteg számára szükséges felkészítést szervezni 4-5 fős csoportokban. Ez a három szakterületről összesen csupán 1 FTE szakdolgozót igényel, amennyiben betegenként 8 óra felkészítést végzünk.

A finanszírozás bizonyos szempontból már megoldott az elszámolható beavatkozások révén, azonban indokolt lenne további lehetőségek, kódok bevezetése a rendszerbe. Ez kifejezetten fontos a dietetikai tevékenységet érintően, melynek teljes finanszírozása a jelenlegi rendszerben csak részleges.

ÖSSZEGRZÉS

A rehabilitáció a szakmai szempontból elfogadott ellátások rendszerbe szervezését és a hozzáférés biztosítását jelenti minden magas kockázatú beteg számára. A módszer előnyeit klinikai vizsgálat, ill. irodalmi adatok igazolják. A gyorsabb felépülés és a csökkent posztoperatív kockázatok különösen hozzájárulnak a beteg életminőségének javításához. A felkészülésben a betegeket segíteni kell, mégpedig több szakma szoros együttműködésével, multidiszciplináris módon. Vizsgálatunkban fizioterápiás, dietetikai és pszichológiai szakmacsoportok működtek együtt, melyet orvosi támogatással is kiegészítettünk. A szakmák külön-külön is kiemelkedő ismeretekkel rendelkeznek, de az átfogó betegellátást gyakorlatuk összefésülése biztosítja. Nem elhanyagolható a betegoktatás és a betegek motivációjának erősítése, ezzel is biztosítva a páciens elkötelezettségét a program mellett.

A finanszírozási anomáliák az együttműködést megnehezítik, azonban a komplex betegtámogató program összességében finanszírozható, ill. a saját terápiájukba aktívan bevont betegek, a kevesebb szövödmény, a kevesebb elmaradt műtét a módszert költséghatékonyra teszik. Fontos, hogy ehhez a teljes ellátószemélyzet szemléletváltására is szükség van, mivel gördülékenyen csak úgy működhet a program, ha az ellátók között konszenzus van.

A megvalósíthatósági vizsgálat során kidolgozott „Otthoni felkészülést támogató program” jól használható keretet ad az egyéni és csoportos felkészítés megszervezésére és a magas kockázatú betegek kiválasztására, akiknek a rehabilitáció a legnagyobb segítséget jelenti.

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk megköszönni Antal Zsuzsannának (SE EMK) a projekt tutoraként nyújtott segítségét, valamint folyamatos támogatását a program megvalósítása során.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Kehlet H: Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth.* 1997; 78(5):606–17. doi: 10.1093/bja/78.5.606
- [2] Rodrigues Pessoa R, Urkmez A, Kukreja N, Baack Kukreja J: Enhanced recovery after surgery review and urology applications in 2020. *BJUI Compass.* 2020;1(1): 5–14. doi: 10.1002/bco2.9
- [3] Carli F, Scheede-Bergdahl C: Prehabilitation to enhance perioperative care. *Anesthesiol Clin.* 2015;33(1):17–33. doi: 10.1016/j.anclin.2014.11.002
- [4] Molenaar CJL, Minnella EM, Coca-Martinez M et al.: Effect of Multimodal Prehabilitation on Reducing Postoperative Complications and Enhancing Functional Capacity Following Colorectal Cancer Surgery: The PREHAB Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2023; 158(6):572–81. doi: 10.1001/jamasurg.2023.0198
- [5] Bánky B, Fülöp A, Szijártó A et al.: Prehabilitáció - új koncepció a nagy kockázatú sebészeti betegek kórházi kezelésében. *IME.* 2018;17(9):40–5.
- [6] Fulop A, Lakatos L, Susztak N et al.: The effect of trimodal prehabilitation on the physical and psychological health of patients undergoing colorectal surgery: a randomised clinical trial. *Anaesthesia.* 2021;76(1):82–90. doi: 10.1111/anae.15215
- [7] Sigg S, Zeidler K, Fankhauser CD: Is It Worth the Sweat? Prehabilitation in Uro-oncology: A Mini Review. *Eur Urol Focus.* 2024 Jan;10(1):29-31. doi: 10.1016/j.euf.2023.10.022. Epub 2023 Nov 7. PMID: 37940390.
- [8] Smelser WW, Tallman JE, Gupta VK et al.: Implementation of a comprehensive prehabilitation program for patients undergoing radical cystectomy. *Urol Oncol.* 2023 Feb;41(2):108.e19-108.e27. doi: 10.1016/j.urolonc.2022.10.017. Epub 2022 Nov 17. PMID: 36404231.
- [9] Minnella EM, Carli F, Kassouf W: Role of prehabilitation following major uro-oncologic surgery: a narrative review. *World J Urol.* 2022 Jun;40(6):1289-1298. doi: 10.1007/s00345-020-03505-4. Epub 2020 Oct 31. PMID: 33128596.
- [10] Carli F, Bousquet-Dion G, Awasthi R et al.: Effect of Multimodal Prehabilitation vs Postoperative Rehabilitation on 30-Day Postoperative Complications for Frail Patients Undergoing Resection of Colorectal Cancer. *JAMA Surg.* 2020 Mar 1;155(3):233. doi: 10.1001/jamasurg.2019.5474
- [11] Szőnyi M, Fazekas F, Bíró K, Beöthe T: Prehabilitáció és rehabilitáció hólyag daganat miatt operált betegeknél. *Magyar Urológia.* 2024;XXXVI(2):79–84. http://urolologia-hungarica.hu/wp-content/uploads/2024/07/MU_2024_02-2_szonyi.pdf
- [12] Moran J, Wilson F, Guinan E et al.: Role of cardiopulmonary exercise testing as a risk-assessment method in patients undergoing intra-abdominal surgery: A systematic review. *Br J Anaesth.* 2016;116(2):177–91. doi: 10.1093/bja/aev454
- [13] Matos Casano HA, Anjum F: Six-Minute Walk Test. In: *StatPearls [Internet].* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576420/>
- [14] Alcazar J, Losa-Reyna J, Rodriguez-Lopez C et al.: The sit-to-stand muscle power test: An easy, inexpensive and portable procedure to assess muscle power in older people. *Exp Gerontol.* 2018;112:38–43. doi: 10.1016/j.exger.2018.08.006
- [15] Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P et al.: ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition.* 2021;40(5):2898–913. doi:10.1016/j.clnu.2021.02.005
- [16] Michel C, Robertson HL, Camargo J, Hamilton-Reeves JM: Nutrition risk and assessment process in patients with bladder cancer undergoing radical cystectomy. *Urol Oncol.* 2020;38(9):719–24. doi: 10.1016/j.urolonc.2020.02.019
- [17] Weimann A, Braga M, Carli F et al.: ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition.* 2021;40(7):4745–61. doi:10.1016/j.clnu.2021.03.031
- [18] Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B et al.: The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology.* 2001;10(1):19–28. doi:10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6
- [19] Faller H, Bülzebruck H, Drings P, Lang H.: Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(8):756–62. doi:10.1001/archpsyc.56.8.756
- [20] Donovan KA, Grassi L, McGinty HL, Jacobsen PB: Validation of the Distress Thermometer worldwide: State of the science. *Psychooncology.* 2014;23(3):241–50. doi:10.1002/pon.3430
- [21] Engel D: Setting Up a Prehabilitation Unit: Successes and Challenges. *Semin Oncol Nurs.* 2022 Oct;38(5): 151334. doi:10.1016/j.soncn.2022.151334
- [22] 9/2012. (II. 28.) NEFMI rendelet az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozható járóbeteg-szakellátási tevékenységek meghatározásáról, az igénybevétel során alkalmazandó elszámolhatósági feltételekről és szabályokról, valamint a teljesítmények elszámolásáról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200009.nem>
- [23] Durrand J, Singh SJ, Danjoux G: Prehabilitation. *Clinical Medicine.* 2019 Nov;19(6):458–64. doi:10.7861/clinmed.2019-0257
- [24] Cuttillo, A., O’Hea, E., Person, S., (2017). The Distress Thermometer: Cutoff Points and Clinical Use. *Oncology Nursing Forum*, 44(3), 329–336. <https://doi.org/10.1188/17.onf.329-336>

[25] Ohnhäuser, S., Wüller, J., Foldenauer, A. C., & Pastrana, T. (2018). Changes in Distress Measured by the Distress Thermometer as Reported by Patients in Home Palliative

Care in Germany. *Journal of Palliative Care*, 33(1), 39–46. <https://doi.org/10.1177/0825859717751932>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Molnár Zoé gyógytornász végzettségét a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán 2023-ban szerezte meg. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Köz-

pont mesterképzésben folytatja tanulmányait. Számos intézményben végzett önkéntes gyakorlatot gyógytornászként, ezzel is mélyítve tapasztalatát és tudását. Fontosnak tartja a fizioterápia fontosságának kiemelését az ellátásban, ezzel is hozzájárulva a betegek életminőségének javításához.



Kocsis Eszter 2023-ban szerzett diplomát a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának dietetikus szakirányán, summa cum laude minősítéssel. Tanulmányait jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ mesterképzésén foly-

tatja. A hallgatói élet mellett különböző rendezvényeken nyújtott dietetikai tanácsadást és koordinálta a közösségi főzés eseményeit. Jelenleg egy budapesti magánegészségügyi szolgáltatónál dolgozik, ahol egészségügyi asszisztensként a labordiagnosztikához és a nefrológiai szakrendelésekhez kapcsolódóan segíti a páciensek ellátását.



Egri Dóra az Eötvös Loránd Tudományegyetem harmadéves pszichológushallgatója. Az egyetemi évek alatt bekapcsolódott a Viselkedésszerű Orvoslás és Kutatási Hitelesség Kutatócsoport munkájába, ahol a hipnózis fájda-

lomcsökkentő hatásait tanulmányozta és kutatási célokra alkalmazta. 2022 óta a Trauma és Fájdalom Pszichofiziológiája Kutatócsoport tagja, ahol elsősorban a trauma testre, egészségre és gazdasági döntéshozatalra vonatkozó hatásait kutatja. Jelenleg nyelvtanítással és mentorálással foglalkozik, többek között SNI-s gyermekeket segítve.



Fazekas Fruzsina Eszter urológus szakorvos, 2018-ban végzett a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karán. Diplomája megszerzése óta a Budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet Urológiai Osztályán dol-

gozik. A heredaganatos és a multimodális kezelésben részesülő húgyhólyagrákos betegek útját szervezi munkahelyén. Az urológiai osztály beteginformációs portáljának vizuális világáért felelős. 2024-ben abszolutóriumot szerzett a Szegei Tudományegyetem Interdiszciplináris Orvostudományok Doktori Iskolájában.



Beőthe Tamás 1997-ben Pécsen szerzett orvosi diplomát summa cum laude minősítéssel. 2003-ban urológiai, majd 2009-ben onkológiai szakképesítést szerzett „kiválóan megfelelt” minősítéssel. 2012-ben PhD-fokozatot ért el „summa cum laude” minősítéssel. A

2015-16-os tanévtől kezdve az Urológiai Klinika oktatási igazgatóhelyettese lett. 2017 óta a Budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet Urológiai Osztályán dolgozik főorvosi pozícióban. 2023-tól az intézmény orvosigazgatóhelyettese. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ hallgatója.

A szervezeti megtartást támogató mentorprogram, az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet pilot programjának bemutatása

Presentation of the mentoring programme to support organisational retention, the pilot programme of the National Institute of Pulmonology

Bogos Krisztina¹, Miklós Zsuzsanna¹, Hajós Andrea², Lengyel Livia^{3,4}, Heringh Alexandra¹ ✉

¹Országos Korányi Pulmonológiai Intézet

²Headway Consulting Kft.

³Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

⁴Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat

✉ heringh.alexandra@koranyi.hu

Bevezetés: Az egészségügyet több krízis rázza meg az elmúlt években, az egészségügyi dolgozók és az egészségügyi szervezetek számos kihívással szembesülnek, intézetvezetői szempontból kiemelt küzdelem indult a munkatársak megtartásáért. E célból intézetünkben mentoring programot indítottunk.

Módszer: 85 fő potenciális munkatársból az igazgatói tanácsi és részlegvezetői kiválasztást követően 14 fő vett részt a mentoring pilot programban, 13 fő coach társaságában. A mentorálási folyamat során egyéni egyeztetés és vezetői igények alapján alakítottuk ki a személyes fejlesztési programot. Az öt hónapos pilot végeztével kérdőíves lekérdezés során felmértük a program megítélését, hatásait.

Eredmény: A pilot program sikerrel támogatta a szervezeti kihívásokban érintett intézményt, a résztvevők összegzéséből kiderült, hogy segített számukra egyéni, vezetői, szakmai feladataikat könnyebben, hatékonyabban kezelni. A mentoráltak értékeléséből kiderült: egyöntetűen ajánlanák a mentoring folyamatát az egészségügyben dolgozóknak. A mentorok azt tapasztalták, hogy nincs szükség az üzleti életben, magánszektorban alkalmazott mentorgyakorlat szektorspecifikus módosítására, ugyanazok a fejlesztendő folyamatok azonosíthatók.

Következtetés: Az egészségügyi szervezeteket hatványozottan megviselik a külső és belső krízisek. Egy szervezet célja kell legyen, hogy munkatársait egyben tartva támogassa a lelki jóllét irányába. A pilot program eredményei alapján az intézetben megvalósított mentorálási program folytatása mellett döntöttünk.

Kulcsszavak: mentoring, HR, megtartás, emberi erőforrás, szervezetfejlesztés, lelki egészség

Introduction: In recent years, the health sector has faced several crises. Health workers and organisations are encountering numerous challenges, and from an institutional management perspective, retaining staff has become a major struggle. We have launched a mentoring program at our Institute to address this issue.

Method: Out of 85 potential staff members, 14 participated in the mentoring pilot program alongside 13 coaches. The Director's Council and the Heads of Department made this selection. We created a personal development program tailored to individual consultations and management needs throughout the mentoring process. At the end of the five-month pilot, we conducted a questionnaire survey to evaluate participants' perceptions and the program's impact.

Results: The pilot program successfully helped the institution address its organisational challenges. Participants reported that it made it easier and more effective for them to manage their individual, managerial, and professional tasks. An evaluation of the mentored participants revealed that they all strongly recommended the mentoring process to healthcare professionals. The mentors concluded that there was no need to implement sector-specific changes to the mentoring practices used in business and the private sector, as similar processes for improvement could be identified across both fields.

Conclusion: Health care organisations are particularly vulnerable to both external and internal crises. To promote the mental well-being of staff, it is essential for organisations to foster a sense of community among their employees. Based on the results of the pilot program, the decision was made to continue the mentoring program implemented at the Institute.

Keywords: mentoring, human resources, retention, organisational development, mental health

BEVEZETÉS

Az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet 1901 óta szanatóriumként, 1947 óta gyógyintézetként működik a tüdőgyógyászat területén: a legmagasabb progresszivitású pulmonológiai ellátást adja az ország egész területére fekvő-, járó- és egynapos ellátási formában, valamint feladatai közé tartozik többek között betegségregisztrerek vezetése, a tüdőgyógyászati szakmai hálózat irányítása és

az Országos Dohányzás Leszokást Támogató Módszertani Központ működtetése. Az Intézet Budapest XII. kerületének szélén helyezkedik el. Sok munkatárs lakik a közelben, azonban a fővárosból a munkahelyig tartó hosszabb utazás, így a nehezebb megközelíthetőség hátrányosan érinti a toborzást.

Az egészségügyet több krízis rázta meg az elmúlt években, az egészségügyi dolgozók és az egészségügyi szervezetek számos kihívással szembesülnek. Az egyik legnehezebb kihívás az egészségügyi humán erőforrás-hiány megoldása az ágazatban, nem csak Magyarországon, hanem egész Európában.

Sürgető problémáról beszélhetünk; ahogy az ágazat egészében, úgy intézetünkben is jellemző a humán erőforrás-deficit, a megtartás és az utánpótlás nehézségei. Kiemelt fontosságú e tekintetben a menedzsment minősége és vezetői képessége, ami alapvető fontosságú a munkaerő-megtartás szempontjából [1]. Ez a jövő egészségügyének leg súlyosabb kihívása, aminek a megoldása közös erőfeszítéseket igényel.

Az Európai Unió speciális munkaerőpiacán is felismerték az összehangolt cselekvés szükségességét. Felismerték, hogy a demográfiai trendek a munkaerőpiacra is kihatással vannak, az egészségügyi szakmák vonzereje az új generáció számára kisebb, az egészségügyi dolgozók megtartása és pótlása kihívásokkal jár. Az egészségügyi humán erőforrás tudatos tervezésére, a jövőben szükséges egészségügyi készségekre, kompetenciákra, valamint az egészségügyi dolgozók képzésére és megtartására irányuló beavatkozásokra nagyobb figyelmet kell fordítani [2].

A munkakörnyezet bizonytalansága, a túlterheltség és a megbecsülés alacsony szintje miatt a munkahelyi stressz is intenzívebben érinti az egészségügyben dolgozókat a más területen tevékenykedőkhöz képest. Az egészségügyben dolgozók 91%-a számol be magas stresszterheltségről, a kiégés előfordulási gyakorisága pedig 50% körül van [3].

Már korábban a közel-keleti légúti koronavírus (Middle East Respiratory Syndrome coronavirus MERS-CoV) kapcsán is kimutatható volt, de a Covid-19-járvány esetében még inkább igazolódott, hogy a frontvonalában dolgozók magasabb poszttraumás stressz kockázatnak vannak kitéve [4]. Az összes mentális hatást figyelembe véve a járvány kapcsán a legjelentősebb eltéréseket a depresszióskála és a kiégés dimenziójaként mért érzelmi kimerülés terén találták [5].

A jelenlegi munkaerőpiaci helyzetben a munkaerő megtartása a HR kiemelt feladatává vált. A munkaerő-megtartás nem újkeletű HR-feladat, jelentőségének felértékelődése – különösen az elmúlt években hazánkban is tapasztalható – szakképzett munkaerő hiányára vezethető vissza [6]. Szakirodalmi állásfoglalások szerint az elkötelezett munkavállalók hatékonyabban végzik el feladataikat, magasabb szinten terhelhetők, nyitottabbak a kihívásokra és a munkatársakkal való együttműködésre [7]. A tehetséges munkavállalók megtartása nemcsak a tudásmegőrzés szempontjából fontos, hanem hatékony munkaerő-megtartási stratégiával redukál-

hatók a toborzási és átképzési kiadások, így jelentős költség-megtakarítás érhető el [8,9]. A fenti tényezők eredőjeként észlelt problémák kezelése miatt küzdelem indult a munkatársak megtartásáért.

Ezt a célt a munkatársak képzésén, fejlesztésén keresztül igyekeztünk megközelíteni egy új fejlesztési módszer, az üzleti életben ismert mentoring bevezetésével. A pilot programban végzett coachok vettek részt, azonban a támogató folyamat a mentorálás szabályainak felelt meg. Mint egy tanulmányban megfogalmazzák, a mentorálás és a coaching fogalmát gyakran egymást helyettesítve használják a szakemberek, ahogyan a személyiség és egyén kapcsán hasonló jelentéssel bír a növekedés és a fejlődés [10]. Mint Clutterbuck összegzi, a mentorálás egy tapasztaltabb személy (mentor) és egy kevésbé tapasztalt egyén (mentorált) közötti fejlődési kapcsolat, amelynek során a mentor támogatást, tanácsot és iránymutatást nyújt a mentorált szakmai és személyes fejlődése érdekében [11]. Ezzel szemben a coaching egy strukturált, célorientált fejlesztési folyamat, amelyben egy képzett coach segíti az egyént saját erőforrásait mozgósítva a kitűzött célok elérésében [12]. Fontos különbség, hogy a coach nem ad direkt tanácsot, hanem kérdésekkel és egyéb módszerekkel támogatja az egyént az önálló felismerésekben és megoldások megtalálásában [12]. A mentoring programot sikerrel alkalmazzák már az egészségügyben is, szakdolgozók esetében a szakmai fejlődésen túl a módszer alkalmazásának vezető okai közé tartozik a megtartás, valamint a vezetői képességek fejlesztése [13].

A pilot program hatását, fogadtatását utánkvető méréssel vizsgáltuk. Arra voltunk kíváncsiak, hogy az intézetünk egészségügyi dolgozói esetében mennyire van létjogosultsága ennek a fejlesztési formának, támogatja-e a megtartást azzal, hogy kiemelt figyelmet és segítséget kap a munkatárs a napi problémák megoldásában, valamint azáltal, hogy növeli az elkötelezettséget, milyen területeken bizonyul hasznosnak, továbbá milyen fejlesztési igényeket jelölnek meg a résztvevők.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

A kitűzött célok elérésére az intézmény igazgatói tanácsa a programban részt vevő mentorok vezetőivel együttműködésben protokollt dolgozott ki egy pilotvizsgálat lefolytatására. A pilot projekt megvalósítása mellett célként fogalmaztuk meg, hogy az is kiderüljön, hasznosnak találják-e az egészségügyi dolgozók, vezetők a mentoring során kapott támogatást, segít-e elkötelezettségük növelésében, továbbá milyen fejlesztési igényeik vannak. Az összeállított mentorálási terv magában foglalta a vezetői készségek, kompetenciák és a személyes fejlődés területeit, melyeket előzetes, illetve korábbi vizsgálatok során feltártunk, célként állítottunk fel. A program megvalósítására 13 önkéntes, a Metropolitan Egyetem Business és Team Coaching szakán diplomát szerzett, tapasztalt szakember pro bono bevonásával került sor.

A résztvevők kiválasztása

Az intézetben 676 munkatárs dolgozik, a mentorálási program kapcsán 85 személy, 71 egészségügyi vezető és 14 kulcsmunkavállaló közül a következő szempontok alapján választottuk ki a résztvevők körét: vezető vagy kulcsterületen dolgozó kollégák, akik nehézségekkel küzdenek, vagy frissen kinevezett vezetők, olyan munkatársak, akik rendszeresen több osztállyal működnek együtt, illetve tehetséges, fiatal kollégák, akikkel hosszú távon tervezünk. Első lépésként az igazgatótanács részt vett egy, a mentoring módszertanával, várható eredményeivel és tapasztalatokkal kapcsolatos prezentáción és megbeszéléseken. Majd az igazgatótanács tagjaitól a főigazgató kért egy javaslatot, mely munkatársak esetében ajánlja fel az Intézet a mentoring lehetőségét. További kérés volt a javaslatok mellé, hogy kerüljenek megjelölésre a fejlesztendő területek is. A javaslatokat az igazgatótanács megvitatta, a megbeszélés végén kialakult egy dolgozói lista a programban részt vevő mentorok kapacitásával összeegyeztethető 15 résztvevővel. A végleges résztvevői kör kialakításánál törekedtünk arra, hogy lehetőleg több egység dolgozóit vonjuk be a programba, legyenek közöttük orvosok, szakdolgozók, egyéb, nem betegágy mellett dolgozó kollégák is. Figyelembe vettük a munkatársak jelenlegi helyzetét, problémáit, és a jövőbeli fejlesztési lehetőségeket, illetve az intézményen belüli várható karrierutat is.

14 munkatársunk fogadta el, hogy részt vegyen a programban, közülük öt fő szakdolgozó (vezetők), három főorvos, két szakorvos, egy rezidens, egy nem betegellátással foglalkozó osztály osztályvezetője, egy egészségügyi szaktanácsadó és egy igazgató volt.

A felkérés során megkérdeztük a kollégákat, egyéni szinten milyen készségek fejlesztésében várnak leginkább támogatást a mentorprogramtól. Ennek során a következő témák merültek fel:

- csapat összefogása, motiválása, vezetése
- a nemet mondás képessége
- konfliktuskezelés a kollégák között
- időmenedzsment, prioritizálás
- generációk közötti együttműködés
- vezetői készségek elsajátítása (delegálás, visszajelzés, motiválás)
- egyéni és közös célok meghatározása.

Ezek közül a mentoring program során kiemelten foglalkoztunk konfliktuskezeléssel, időmenedzsmenttel, generációk közötti együttműködéssel, vezetői készségekkel, illetve idő hiányában korlátozottan tértünk ki a folyamat során a motiválással és a nemet mondással kapcsolatos igényekre.

Ezzel párhuzamosan a mentorokról is készült egy adatlap, ahol bemutatták a szakterületüket, és azt, hogy milyen témában tudnak leginkább a mentorált segítségére lenni. Következő lépésként a megjelölt fejlesztendő területek és a programban részt vevő mentorok szakmai tapasztalatainak figyelembevételével elkészítettünk egy olyan párosítást az együtt dolgozó mentor és mentorált tekintetében, amiről azt feltételeztük, hogy jól tud működni.

A mentoring program protokollja

A pilotban részt vevő kollégák egy személyre szóló levelet kaptak, melyben elolvashatták, hogy mit jelent és miért lehet hasznos a mentoring; az Intézet ezzel a programmal is szeretné segíteni szakmai fejlődésüket, milyen területeken tudja támogatni a fejlődésüket, és a velük dolgozó mentor személyéről is kaptak bemutatkozó anyagot. Ezen ismeretek birtokában kértünk egy személyes megbeszélést a közvetlen vezető és a jelölt között, ahol a jelölt eldönthette, hogy elfogadja-e a felajánlott lehetőséget.

Pozitív válasz esetén egy nulladik konzultációra került sor, ahol első ízben találkozott a mentor és a jelölt. Ezután a programban részt vevő munkatársnak lehetősége volt ismét dönteni, együtt kíván-e dolgozni az adott mentorral. Ezen az alkalmon a munkatárs vezetője is részt vehetett, amennyiben arra vezetői igény érkezett és azt a mentorált is támogatta, annak érdekében, hogy közösen körvonalazzák a fejlesztendő területeket, illetve a mentorálási folyamathoz kapcsolódó egyéni célokat. Ezt követően minden mentorált számára egyéni fejlesztési terv készült, amely figyelembe vette az adott személy stílusát, erősségeit és fejlesztendő területeit. A terv alapja a célkitűzésekhez kapcsolódó konkrét mérföldkövek meghatározása volt, amelyek segítettek nyomon követni a fejlődést.

A mentorálási folyamatot 1,5-2 órás találkozásokra építették a szakemberek. Preferálták a személyes találkozást, de online alkalmak is lehetségesek voltak, amennyiben ez volt praktikusabb a résztvevők számára. A pilot programot eredetileg 3 alkalomban határoztuk meg, majd a kezdeti tapasztalatok alapján a találkozások számát az egyéni fejlődés tükrében minden résztvevő esetén 5 alkalomra bővítettük, melyekre 5 hónapon belül került sor.

A mentorfolyamat során a mentorok rendszeresen dokumentálták a mentorált fejlődését. Ez magában foglalta a rendszeres találkozók feljegyzéseit, a feladatok teljesítésének visszajelzéseit és a konkrét eredményeket. A dokumentáció lehetővé tette a folyamatos önreflexiót és a fejlődés nyomon követését, valamint segített az esetleges elakadások felismerésében és megoldásában. A protokoll központi eleme volt a folyamatos visszacsatolás, amely kétirányú kommunikáción alapult. A mentoráltak rendszeresen kaptak építő jellegű, konkrét visszajelzést a teljesítményükről és a fejlődésükről. A visszacsatolás segített megerősíteni a már jól működő folyamatokat, illetve azonosítani azokat a területeket, ahol további fejlődésre volt szükség. A mentorfolyamat során a mentorok kiemelt figyelmet fordítottak arra, hogy a mentoráltak gyakorlati helyzetekben alkalmazzák a tanult készségeket. Ezáltal valós döntéseken, feladatokon és kihívásokon keresztül fejlődhettek, miközben a mentor folyamatos támogatást nyújtott. Arra is nagy hangsúlyt fektettek, hogy a mentoráltak aktuális helyzetének, kihívásainak és céljainak megfelelően rugalmasan alakítsák a folyamatot. Ez segített abban, hogy a mentoráltak mindig a számukra leginkább releváns területeken fejlődjenek. A mentorálási tervben előre meghatározott mérföldkövek és célok alapján rendszeresen értékelték a mentoráltak fejlődését. A fejlődést objektív és

szubjektív tényezők alapján is mérlegelték, beleértve a vezetői és egyéni képességek fejlesztését, a célok elérését és az egyéni fejlődési tervek teljesítését. A folyamat során igény esetén a vezető kapott tájékoztatást, hogy a hozzá tartozó mentorált milyen témákon dolgozik a mentorral. A mentoráltaktól érkezett, elsősorban a szervezetet, az intézményi működést érintő visszajelzéseket a diszkréció és anonimitás megtartása mellett a mentorok eljuttatták a vezető(k)nek.

A program felénél a mentorok szupervíziós workshopon vettek részt. Ez segítette, hogy a mentor is folyamatosan fejleszteni tudja saját képességeit, reflektáljon saját módszereire, és megbizonyosodjon arról, hogy a megfelelő gyakorlatokat alkalmazza. Ezen az alkalmon a szupervízor segítségével a mentorok megtárgyalták a felmerülő kihívásokat, meghatározták a további lépéseket, és új nézőpontokat kerestek a program sikeressége érdekében.

A mentorálási folyamat végén megtartott lezáró megbeszélésen a mentorok részletesen értékelték a mentoráltak fejlődését. Áttekintették a folyamat során kitűzött célokat és az elért eredményeket, különös figyelmet fordítva a mentorált személyes és szakmai fejlődésére. A lezárást követően a mentorált résztvevők egy kérdőívet töltöttek ki, amely a mentorálási folyamat átfogó értékelését szolgálta (a kérdőív a cikk online változatában elérhető). A kérdőívben a mentorált visszajelzést adhatott a mentorálási folyamatról, az alkalmazott módszerekről, valamint a mentor támogatásáról és szakmai iránytatásáról.

EREDMÉNYEK, MEGBESZÉLÉS

A mentorálási folyamat módszertani értékelése

A mentorprogram során a mentorok a folyamat kezdetétől érdeklődő, nyitott hozzáállással találkoztak, a kezdeti visszafogottság hamar eltűnt. Sok kérdés és feldolgozandó probléma vetődött fel a beszélgetések során. A program lezárását követően a mentorok összegezték azokat a témákat, amelyek a legtöbb mentorpárosnál előfordultak, illetve amelyek további fejlesztés javasolt témái lehetnek. Ezek központi elemei a következők voltak:

Saját határok meghúzása: sokaknál jelentett problémát az, hogyan állapítsák meg és tartsák fenn személyes és szakmai határaikat, ami elengedhetetlen a hatékony munkavégzéshez, továbbá a kiegészítés megelőzéséhez és a munkamagánélet egyensúlyának fenntartásához.

Konfliktuskezelés, kommunikáció: a program során a mentoráltak olyan készségeiket fejlesztették, amelyek segítségével hatékonyan kezelhetik a munkahelyi konfliktusokat, elősegítve ezzel a harmonikusabb munkakörnyezet kialakítását. Kiemelt figyelmet fordítottak a kollégákkal és vezetőikkel folytatott mindennapi kommunikáció hatékonyságának növelésére.

Erőforrás-beosztás és prioritizálás: a résztvevők elsajátították, hogyan osszák be hatékonyan saját erőforrásaikat és állítsanak fel prioritásokat, ami növeli a munkavégzés hatékonyságát és csökkenti a túlterheltséget.

Több olyan téma is szerepelt az előzetesen tervezett tematikában – például üzleti tervezés, közvetlen csapatmótválása –, amelyeket az időkorlátok miatt csak érintőlegesen tárgyaltak. A résztvevők visszajelzései alapján egyértelművé vált, hogy szinte mindenki igényelte a kommunikációs készségek további fejlesztését.

Fontos visszajelzés volt a mentorok oldaláról, hogy a helyzetek, problémák sok szemszögből történő megközelítését a résztvevők kiemelkedően hasznosnak találták. A résztvevők nagyra értékelték azt is, hogy valaki meghallgatja a dolgozót, van lehetőség átbeszélni egy szituációt egy külső személlyel, aki nincs benne az adott helyzetben (harmadik szem).

Visszatérő dilemma – és nem csak ennek az intézetnek a vonatkozásában –, hogy kívülről válasszon tapasztalt, már vezetői gyakorlattal is rendelkező szakembert, vagy a szervezeten belül nevezzen ki vezetőt. Utóbbiak esetében gyakori nehézség, hogy nem rendelkeznek vezetői tapasztalatokkal, a kompetenciák fejlesztésére éppúgy szükség van, mint a közvetlen vezető ezirányú támogatására. Ugyanakkor általános tapasztalatunk az intézetben, hogy ha szervezeten belülről választunk vezetőt, a kompetenciák fejlesztése a napi folyamatokban gyakran hátrébb szorul. A vezetőfejlesztés egyik hatékony eszköze, a mentoring [14] ebben az esetben is jól alkalmazható. Az egészségügyben gyakori az egy intézményen belüli karrierút, így ennek a módszernek az alkalmazása hatékonyan támogathatja a vezetői attitűdök kialakítását ebben a szektorban is.

A mentorok számára is új volt az egészségügyben végzett ilyen típusú munka. Alapvetően nagy tisztelettel álltak az egészségügyi dolgozókhoz, hiszen „itt emberéletekről van szó, a döntéseknek komoly súlya van”. Az egészségügyi dolgozók magas képzettsége miatt kezdetben felmerült a kérdés, hogy mit lehet itt egyáltalán hozzátenni, hogyan lehet segíteni. A fentiek miatt igyekeztek a mentorok rugalmasabban lenni, tekintetbe vették a beosztásokat, ügyleteket, nehezebb helyzetek miatti kéréseket. Azonban azt tapasztalták, hogy ezeken túlmenően nincs szükség az üzleti életben, magánszektorban alkalmazott mentorgyakorlat szektorspecifikus módosítására, ugyanazok a fejlesztendő területek azonosíthatók a szervezetfejlesztés és vezetői fejlesztés szempontjából (delegálás, prioritizálás, átadás, átvétel, beilleszkedés, mit tegyék, ha a kollégának fel kell mondani). Körvonalazható volt az is, hogy a mentorok szupervíziós workshopjain összegzett tapasztalatok alapján a szervezet egészére vonatkozóan is megfogalmazhatók ajánlások az intézményvezetés részére a szervezeti működés hatékonyságának optimalizálására.

A mentorprogram értékelése a résztvevők által kitöltött kérdőívek alapján

A program lezárását követően 14-ből 13 értékelő kérdőívet kaptunk a mentoráltaktól. A programot a 13 válaszadóból heten értékelték maximálisan hasznosnak (10 pont az 1-10 skálán), ketten 9 pontot, hárman 8 pontot adtak arra a kérdésre, hogy mennyire volt számukra hasznos a program egy

1-10 skálán (átlagpontoszám 9,3). Fontos megjegyezni, hogy az orvosok és a szakdolgozók is egyformán pozitívan értékelték a programot. Hat fő nagyon hatékonynak tartotta, és úgy értékelte, hogy elérte a folyamat elején kitűzött célt, heten úgy érezték, hogy a mentoring segítségével elindultak a cél felé vezető úton. A kitűzött célok iránti elkötelezettséget a válaszadók közül nyolc kolléga esetében a program nagy mértékben növelte. Négy visszajelzés szerint növelte a mentoring az elkötelezettséget, de lehetett volna még hatékonyabb. Egy válaszadó erre a kérdésre nem válaszolt. A problémák megoldásában és az akadályok leküzdésében minden válaszadó hatékonyan ítélte meg a mentoring folyamatát, 6 válaszadó szerint segített, hogy át tudták beszélni a problémákat, helyzeteket, 6 fő szerint átfogóan nagyon sokat segített, 1 kolléga pedig hasznosnak találta, hogy más szempontok alapján is meg tudták vizsgálni a problémákat. Minden válaszadó egyöntetűen ajánlaná a mentoring folyamatát az egészségügyben dolgozóknak. Arra a kérdésre, hogy milyen területeken lehet hasznos a mentorprogram, a legtöbben (11 fő) a konfliktuskezelést és a problémamegoldást jelölték meg, 10 fő a kommunikációt, 7 fő az együttműködést, hatan a vezetői készségek fejlesztését, az önismeretet pedig 4 fő emelte ki. Az ülések ideális számát illetően a megkérdezettek több mint fele (7 fő) 8-10 alkalmat, 4 munkatárs 4-5 alkalmat, két fő 5-8 alkalmat tartana megfelelőnek a mentoring folyamat során.

A további fejlesztési irányokra vonatkozó kérdésben legtöbben (8 fő) a csoportdinamika megértésében, heten az együttműködés, a motiválás, motiváció és az egyéni megküzdési modellek területén szeretnének támogatást kapni, a kommunikációt és a prezentációs technikákat 6 válaszadó említette, 5 válaszban jelölték meg a kiégésprevenziót, míg a generációk együttműködését négyen tartották fontosnak.

A szöveges értékelések során leírták a válaszadók, hogy segítséget kaptak a hosszú távú célok megfogalmazásában, hatékony módszereket tanultak meg az időgazdálkodással, delegálással, csapatépítéssel kapcsolatban, továbbá a pozitív visszajelzés szükségességéről és módszereiről, az érzelmek kezeléséről. Többen említették, hogy a problémák átbeszélését egy külső szereplővel több nézőpontból rendkívül hasznosnak élték meg. A résztvevők többsége leírta, hogy egy kiterjedt mentoring program, a kollégák bevonása a fejlesztésbe, a mindennapos gyakorlattá alakítás véleményük szerint kívánatos lenne az Intézetben.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az elvégzett program megerősítette, hogy az egészségügyi szektor (mind az orvosok, mind a szakdolgozók esetében) igényli a mentoring támogatást, az üzleti életben tapasztaltakhoz képest nem mutatott eltérést a szervezeti és vezetői

fejlesztések szükségessége. Azt is láttuk a folyamat végén alkalmazott kérdőívre adott válaszok alapján, hogy a mentoring folyamat képes volt növelni a cél iránt észlelt elkötelezettséget. A fentiek pedig szakirodalmi adatok alapján segíthetik a megtartást [15].

Véleményünk szerint a széles körben biztosított mentoring program hasznos lenne az egészségügyben is. Intézetünkben tervezzük hasonló mentoringlehetőség biztosítását dolgozóink számára. Itt fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy mentoring tekintetében ezen a területen 3 féléves, államilag elismert szakirányú képzésen végzett coach-okkal, mentorokkal történő együttműködésről tudunk pozitív tapasztalatokról beszámolni.

A programban részt vevő dolgozók által felvetett fejlesztési igényként megjelenik az együttműködés hatékonyságának fejlesztése (ideérthető a kommunikáció fejlesztése is), illetve az egyéni fejlődéshez és karrierhez szükséges készségek (prezentációs technikák, egyéni megküzdési modellek) fejlesztésének igénye is. Következő lépésként az együttműködés és a kommunikáció javítása érdekében a vezetőség egy program keretében tervezi jobban megérteni, hogy hogyan definiáljuk pontosan a jó együttműködést, hogyan lehet ezt a célt elérni, valamint megvizsgálja azt a kérdést, hogy az egyéni fejlesztésekhez milyen lehetőségeket tudunk felajánlani a kollégáknak. Emellett indítunk egy kommunikációs workshopot, amely mélyebben foglalkozik ezzel a területtel.

Az egészségügyi munkaerőhiány globális probléma, a versenyképesség megőrzése érdekében a kulcsmunkavállalók megtartása továbbra is kiemelt feladat ágazati és szervezeti szinten egyaránt [15,16]. Ahhoz, hogy ne keressenek más munkalehetőséget és szaktudásukat ne értékesítsék más munkáltatók számára, már nem elég csupán a munkabérről történő versengés. Az egészségügyben a magánszektor masszív jelenléte, elszívó hatása még hangsúlyosabbá teszi annak szükségességét, hogy megtaláljuk azokat az eszközöket, lehetőségeket, amelyek segítik a munkavállalók megtartását [16]. Intézetünk a mentorprogramjának tapasztalatai alapján keresi a lehetőségeket, hogyan tudná a mentorálást a továbbiakban is biztosítani a dolgozók számára, illetve további belső kutatásokat folytat annak érdekében, hogy a munkavállalók nehézségeit feltárja, valamint azok megoldására a mentoráláson keresztül megoldásokat nyújtson.

Szerzői munkamegosztás

B.K.: vizsgálat megtervezése, lebonyolítása, felügyelete, a kézirat szakmai véleményezése; He.A.: vizsgálat megtervezése, lebonyolítása, kézirat összeállítása; Ha.A.: vizsgálat megtervezése, lebonyolítása, kézirat összeállítása; M. Zs.: kézirat összeállítása; L.L.: kézirat szerkezetének összeállítása, irodalomkutatás, a kézirat véglegesítése.

- [1] Boruzs K, Bányai G, Bíró K: New Challenges for Health Systems of the European Union. [Új kihívások az Európai Unió egészségügyi rendszerében.] *Int J Engineering and Management Sciences*. 2016; 1(1):1–11. <https://doi.org/10.21791/IJEMS.2016.1.6>.
- [2] Cserhádi Z: Egészségügyi szakemberek Magyarországról külföldre irányuló mobilitásának monitorozása. (Doktori értekezés) Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2023. <https://doi.org/10.14753/SE.2023.2826>
- [3] Mészáros V, Cserhádi Z, Oláh A et al.: Coping with work-related stress in health care professionals – strategies for prevention of burnout and depression. [A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában.] *Orv Hetil.* 2013; 154(12):449–454 <https://doi.org/10.1556/oh.2013.29572>
- [4] Lee SM, Kang, WS, Cho AR et al.: Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018; 87:123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>
- [5] Spányik A, Simon D, Rigó A, Demetrovics Zs: A COVID–19-járvány mentális hatásai az egészségügyben 2021-12-20 14:51:00 *Orvosok Lapja* <https://mok.hu/orvosok-lapja/aktualis/a-covid19-jarvany-mentalis-hatasai-az-egeszsegugyben> (Megtekintve 2025.04.08.)
- [6] Kozák A: The HR approach to retention. [A munkaerő-megtartás HR szempontú megközelítése.] *Marketing & Menedzsment*. 2023; 56(4):5–14. <https://doi.org/10.15170/MM.2022.56.04.01>
- [7] Boehm JK, Lyubomirsky S: Does Happiness Promote Career Success? *J Career Assessment*. 2008; 16(1):101–116. <https://doi.org/10.1177/1069072707308140>
- [8] Pradhan RK, Hati L. The Measurement of Employee Well-being: Development and Validation of a Scale. *Global Business Review*. 2019; 23(2):385–407. <https://doi.org/10.1177/0972150919859101>
- [9] Gelencsér M, Végvári B, Szabó-Szentgróti G: Analysis of the relationship between workforce retention and well-being in international research – a systematic literature review. [A munkaerő megtartás és a well-being kapcsolatának elemzése nemzetközi kutatásokban – szisztematikus irodalmi áttekintés.] *Vezetéstudomány Budapest Management Review*. 2022; 53(6):40–51. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2022.06.04>
- [10] Hussey L, Campbell-Meier J: Are you mentoring or coaching? Definitions matter. *J Librarianship and Information Science*. 2021; 53(3):510–521. <https://doi.org/10.1177/0961000620966651>
- [11] Jenkins S: David Clutterbuck, Mentoring and Coaching. *Int J Sports Science Coaching*. 2013; 8(1):139–254. <https://doi.org/10.1260/1747-9541.8.1.139>
- [12] Whitmore J, Performance Consultants International: Coaching for Performance Fifth Edition: The Principles and Practice of Coaching and Leadership UPDATED (2010). 25TH ANNIVERSARY EDITION, Quercus.
- [13] Hoover J, Koon AD, Rosser EN, Rao KD: Mentoring the working nurse: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2020; 18(1):52. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00491-x>
- [14] Grocutt A, Gulseren D, Weatherhead JG, Turner N: Can mentoring programmes develop leadership? *Human Resource Development International*. 2020; 25(4):404–414. <https://doi.org/10.1080/13678868.2020.1850090>
- [15] Aeschbacher R, Addor V: Competitive employer positioning through career path analysis: the case of the Swiss nursing sector. *Hum Resour Health*. 2021; 19(1):47. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00586-z>
- [16] Buchelt B, Ziębicki B, Jończyk J et al.: The enhancement of the employer branding strategies of Polish hospitals through the detection of features which determine employer attractiveness: a multidimensional perspective. *Hum Resour Health*. 2021; 19(1):77. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00620-0>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Bogos Krisztina 1992-ben diplomázott a Pécsi Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. 1996-ban tüdőgyógyászat, 2005-ben általános belgyógyászati, 2007-ben klinikai onkológiai, 2012 HERMES európai felnőtt tüdőgyógyászati szakvizsgát szerzett. 2009-ben PhD tudományos fokozatot, 2016-ban a Semmelweis Egyetemen egészségügyi szakmenedzser MSc-diplomát, 2023-ban a Pécsi Tudomány-

egyetemen habilitációs fokozatot szerzett. 1992 óta dolgozik az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben, 2012 óta osztályvezető főorvos, 2018-tól orvosigazgató, 2020-tól megbízott, majd 2021-től főigazgató főorvosként. 2013–2021 között pulmonológiai regionális szakfelügyelő szakfőorvos, 2021-től a Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászat Tagozat elnöke. Tagja az Európai Tüdőgyógyászati Társaságnak, a Magyar Onkológiai Társaságnak és az International Association for the Study of Lung Cancernek.



Miklós Zsuzsanna az Országos Korányi Pulmonológiai Intézetben dolgozik 2022 óta, jelenleg az intézmény Transzlációs Medicina Osztályának osztályvezetője. Orvosi diplomát 1999-ben, PhD-fokozatot 2005-ben szerzett a Semmelweis Egyetemen. 1999-2022 között a Semmelweis Egyetem Klinikai Kísér-

leti Kutató és Humán Élettani Intézetében oktatott és kutatott több projekt vezető és társkutatójaként, 2015-től a Szív-Élettani kutatólabor vezetőjeként, 2020-tól egyetemi docensi minőségben. 2018-ban elvégezte a Harvard Medical School Global Clinical Scholars Research Training Programját, azóta kardiovaszkuláris alapkutatások mellett transzlációs és klinikai irányultságú kutatásokat is végez.



Hajós Andrea 2008-ban Szent István Egyetem Gazdaságtudományi Karán közgazdász (MSc) diplomát, 2009-ben Szent István Egyetemen mérlegképes könyvelő oklevelet, 2023-ban a Metropolitan Egyetemen Business és Team Coach szakon szerzett diplomát. 2022-ben a PWC Academy M&A Szakértői, 2018-ban IFRS Mérlegképes könyvelői,

2017 a Demmler Vezetőképző képzését végezte el. 15 éves, több szakmai területen szerzett felsővezetői tapasztalattal rendelkezik. Erős pénzügyi háttérrel és üzleti látásmódjával

számos vállalatnál koordinálta vállalatirányítási és számviteli-kontrolling rendszerek bevezetését, biztosítva a cég pénzügyi stabilitását és növekedését. Stratégiai szinten részt vett cégátvitelvitásokban és azt követően vállalati döntéshozatalban, szervezeti struktúra átalakításában, valamint cégcsoportok hatékony működtetésében. Az üzleti és team coaching végzettsége és tapasztalata hasznosnak bizonyult a vezetői munkában is. Fontosnak tartja a társadalmi felelősségvállalást, és több éve mentorál fiatal vezetőket a Menedzser-szövetség illetve a Hungarian Business Leaders Forum tagjaként.



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

ző Központ egészségügyi menedzser mesterképzésén. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Doktori Iskola doktorjelöltje. Közel két évtizede tevékenykedik a hazai privát egészségügyben, emellett részt vesz az SE EMK és a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság szakmai munkájában.



Heringh Alexandra 1993-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetem Általános Orvosi Karán. 1997-ben a Külkereskedelmi Főiskolán marketingkommunikációs szakközgazdász oklevelet szerzett. 1995-2021-ig a gyógyszeriparban dolgozott marketing, orvosi információs, gyógyszerértékesítési

ügyek és üzletfejlesztés területén, közép-kelet-európai regionális termékfelelősként, valamint 9 évig ügyvezetőként. 2022-től az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet stratégiai igazgatója. Kiemelt feladatai közé tartozik a kórházi finanszírozás és kontrolling, pályázati és projektmenedzsment, valamint a szakmai módszertan. Érdeklődési területei a szervezeti kultúra és a menedzsmentfolyamatok fejlesztése.

Az orvoshiány kihívásai Közép és Kelet Európában – körkép a kirendelés és vezénylés vonatkozásában

The challenges of the shortage of physicians in Central and Eastern Europe – a snapshot of secondment and deployment

Stubnya Bence Gusztáv^{1,2,3} ✉, Kozák Anna^{1,4}, Ádám Szilvia¹, Cserhádi Zoltán¹, Vámosi Péter^{3,5}, Kovács Eszter¹

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

²Semmelweis Egyetem Ortopédiai Klinika, Budapest

³Magyar Rezidens Szövetség, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat

⁵Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika, Budapest

✉ stubnya.bence@semmelweis.hu

Az orvoshiány súlyosbodó kihívást jelent az európai egészségügyi rendszerek számára, különösen a vidéki és hátrányos helyzetű térségekben. A probléma kezelésére a közép-kelet-európai országok eltérő stratégiákat alkalmaznak, például telemedicinát, külföldi szakemberek toborzását és az orvosok ideiglenes kirendelését. Jelen tanulmány a kirendelési gyakorlatokat vizsgálja Magyarországon, Szlovákiában, Ausztriában, Szlovéniában, Horvátországban, Romániában, Ukrajnában és Szerbiában példákra keresztesül, valamint bemutatja az „Emberierőforrás-kutatás az egészségügyben 2024” vonatkozó, előzetes eredményeit. Magyarországon az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény szabályozza az orvosok kirendelését, amely a munkáltatók számára széles lehetőségeket biztosít, azonban az egyéni szempontok figyelembevétele jelenleg korlátozott. A szomszédos országokban az áthelyezési rendszerek jogszabályi keretei változatosak, de nagyobb hangsúlyt fektetnek az anyagi és szakmai ösztönzők meglétére, valamint a munkavállalók döntéshozásba való aktív bevonására. Az „Emberierőforrás-kutatás az egészségügyben 2024” előzetes eredményei szerint a válaszadók (n=308) 29%-a tapasztalt szakképzési tervét érintő változást a kirendelések miatt, míg 68%-uk nyitott lenne más városban végzett szakmai gyakorlatra, ha az fejlődési lehetőséget biztosítana. Emellett 55,5%-uk az egyéni preferenciáknak megfelelő munkalehetőség esetén vállalná az ingázást is. Az eredmények arra utalnak, hogy a rezidensek számára a tervezett és célzott gyakorlati programok hatékonyabb alternatívát jelenthetnek az ad-hoc kirendelések helyett. A tapasztalataik beépítése kulcsfontosságú lehet a jövőbeli egészségügyi humánerőforrás-tervezés és szakpolitikai döntések sikerességéhez.

Kulcsszavak: orvoshiány, kirendelés, vezénylés, egészségügyi rendszerek, rezidensek, stratégiai munkaerő-tervezés

The shortage of physicians presents a significant and escalating challenge for healthcare systems across

Europe, particularly in rural and disadvantaged regions. To address this issue, countries in Central and Eastern Europe have implemented a range of strategies, including the utilisation of telemedicine, the recruitment of foreign healthcare professionals, and the temporary reassignment of physicians. This study explores the practices of physician reassignment in Hungary, Slovakia, Austria, Slovenia, Croatia, Romania, Ukraine, and Serbia while disseminating preliminary findings from the “Human Resources for Health Research 2024”. In neighbouring countries, variations in the legal frameworks governing physician reassignment are observed; these frameworks also tend to emphasise the financial and professional incentives and foster the active involvement of healthcare professionals in the decision-making process. In Hungary, the reassignment of physicians is governed by Act C of 2020 on the Legal Status of Healthcare Service Personnel, which endows employers with considerable authority to make deployment decisions. However, the current legislative framework does not address healthcare workers' preferences. Preliminary results from the “Human Resources for Health Research 2024” indicate that 29% of resident respondents experienced alterations to their training plans due to reassignments. Furthermore, 68% expressed a willingness to pursue professional rotations in other cities, provided such opportunities were associated with career development. Additionally, 55.5% of respondents indicated an openness to commuting for work if appropriate job opportunities were available. These findings suggest that residents demonstrate receptiveness to mobility within the healthcare system, contingent upon the availability of clear professional benefits and incentives. The approaches adopted across Central and Eastern Europe highlight the need for more structured, staff-centred frameworks that align institutional demands with individual career aspirations. Future research should also investigate additional demographic, personal, and institutional factors that may influence

the efficacy and perceptions of reassignments. Moreover, policy considerations should emphasise financial and professional incentives, transparent decision-making processes, and the active participation of health-care professionals in career planning.

Keywords: physician shortage, reassignment, deployment, healthcare systems, medical residents, strategic workforce planning

BEVEZETÉS

Az orvoshiány egyre nagyobb kihívás elé állítja az európai egészségügyi rendszereket, különösen a vidéki és elmaradott régiókban, ahol az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés gyakran jelentősen korlátozott [1,2,3]. A demográfiai változások, az egészségügyi munkaerő elöregedése, valamint a szakemberek nagyvárosokba vagy külföldre történő vándorlása súlyosbítja a helyzetet [4–6]. Az orvosi munkaerő gyorsan öregszik: 12 uniós tagállam arról számolt be, hogy az 55 éves vagy annál idősebb orvosok aránya 2022-ben meghaladja a 40,0%-ot. Németországban volt a legmagasabb az 55-64 éves orvosok aránya, 36,1%, ezt követte Bulgária (33,9%) és Lettország (27,4%), míg Olaszországban volt a legmagasabb a 65 éves vagy annál idősebb orvosok aránya, 26,7%. Ebben a korosztályban Olaszországot Magyarország (22,4%) és Észtország (22,3%) követte [5]. E tényezők együttes hatása jelentős terhet ró az egészségügyi infrastruktúrára, tovább növelve a regionális egyenlőtlenségeket és a lakosság ellátatlanságát [7]. Az orvoshiány csökkentésére különböző tagállami szintű intézkedések kerültek bevezetésre, például Portugáliában és Spanyolországban ösztönzőprogramok indultak, melyek célja, hogy vonzóbbá tegyék a vidéki régiókat az orvosok számára, különböző adókedvezmények és lakhatási támogatások révén [8,9]. Azonban az eddigi tapasztalatok szerint ezen intézkedések hatékonysága korlátozott, mivel a vidéki térségek alacsonyabb szintű infrastruktúrája és kevésbé vonzó életminősége továbbra is a nagyobb városok választására ösztönzi a szakembereket [8]. A skandináv országokban a telemedicina alkalmazása pozitív eredményeket hozott, e technológiai megoldások segítenek áthidalni a földrajzi távolságokat, javítva a szolgáltatások elérhetőségét és minőségét [10]. Egyes országok, mint Németország és Franciaország, ideiglenes áthelyezésekkel és külföldi orvosok toborzásával próbálják kezelni a problémát [11,12].

CÉLKITŰZÉS

Jelen közlemény elsődleges célja, hogy bemutassa Magyarországon és a környező országokban az orvosi kirendelések és vezénylések gyakorlati megoldásait és eredményeit. Emellett a kutatás második célkitűzése, hogy prezentálja a magyar rezidensek körében zajló „Emberierőforrás-kutatás az egészségügyben 2024” eddigi releváns megállapításait, amelyek hozzájárulhatnak a jövőbeli intézkedések és javas-

latok kidolgozásához. A Covid-19 világjárvány újabb globális egészségügyi kihívások elé állította a már amúgy is túlterhelt rendszereket, fokozva a betegellátásban jelentkező feszültségeket. A tagállamok gyors válaszlépésekre kényszerültek, és bár az egyes országok eltérő megoldásokat alkalmaztak, az önkéntes alapon bevont orvostanhallgatók szerepe kiemelkedő jelentőségű volt [9,13,14]. A kötelező kiküldetés gyakorlata számos országban elterjedt, különböző formákban és különböző célokkal. Magyarországon a 2020. évi C. törvény az „egészségügyi szolgálati jogviszonyról” jelentős változásokat hozott az orvosi foglalkoztatásban [15]. A törvény célja többek között az orvoshiány csökkentése és az egészségügyi szolgáltatások minőségének javítása [16]. Magyarországon az orvosok száma az EU átlagához képest alacsonyabb, és a demográfiai elöregedés, valamint az orvosok egyenlőtlen területi eloszlása tovább súlyosbítja a problémát [17–19].

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

A környező országok kirendeléssel kapcsolatos jogszabályainak áttekintése

Elemzésünk során a hazai és hazánkkal szomszédos országok jogszabályait elemeztük szisztematikusan, előre meghatározott szempontok szerint. Elemzésünk során az alábbi kérdésekre kerestünk választ:

1. Van-e jogszabályi lehetőség arra, hogy egy orvost áthelyezzenek, kirendeljenek vagy vezényeljenek egy másik egészségügyi intézménybe?
2. Ha igen, szükséges-e az orvos beleegyezése az áthelyezéshez?
3. Ha igen, bármelyik orvos áthelyezhető, vagy vannak kivételek?
4. Ha igen, kap-e bármilyen kompenzációt (pénzbeli, szabaddíj stb.) az áthelyezés során?
5. Ha igen, mennyi ideig tarthat egy áthelyezés, kirendelés vagy vezénylés?
6. Ha igen, van-e kötelező gyakorlat a szakorvosképzés során az orvoshiányos régiókban?

Magyarországi helyzet a kirendelés lehetőségéről

Magyarországon az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 11. §-a részletes szabályokat határoz meg az egészségügyi munkavállalók kirendelésére vonatkozóan. A jogszabály értelmében az egészségügyi szolgáltató fenntartója az érintett intézmény vezetője véleményének kikérése után dönthet arról, hogy az adott munkavállalót határozott időre kirendeli egy másik, azonos fenntartású egészségügyi szolgáltatóhoz. E kirendelés kizárólag az egészségügyi közfeladat ellátásának biztosítása érdekében rendelhető el. A kirendelés időtartama egy éves perióduson belül összesen legfeljebb 44 munkanapra vagy 352 órára terjedhet ki, amely szükség esetén egy alkalommal, legfeljebb egy évvel meghosszabbítható. A kirendelési időszak lejártát követően a munkavállalót vissza kell helyezni az eredeti mun-

kakörébe. A kirendelés időtartamára vonatkozóan a munkavállaló a kirendelés helyén kapja meg az illetményét, amely kizárólag az ő javára módosítható. A jogszabály továbbá kimondja, hogy a kirendelés nem járhat aránytalan sérelemmel a munkavállalóra nézve, különös tekintettel az életkorára, egészségi állapotára vagy más egyedi körülményeire. Továbbá a kirendelés kizárólag olyan feladatokra terjedhet ki, amelyek megfelelnek a munkavállaló iskolai végzettségének, szakképesítésének vagy szakmai képesítésének. A munkavállalót a kirendelés elrendeléséről és annak várható időtartamáról a hatályos jogszabályok szerint legalább tíz munkanappal korábban írásban értesíteni kell [15].

A kutatás elsődleges célja a környező országok orvosi kirendelési és vezénylési gyakorlataira vonatkozó elemzés volt. Emellett a másodlagos célkitűzésként jelent meg a magyar rezidensképzéshez kapcsolódó átfogó humán erőforrás-kutatás előzetes eredményeinek feltárása is az orvosi kirendelések és vezénylések hatásainak vizsgálatára vonatkozóan. Az „Emberierőforrás-kutatás az egészségügyben 2024” adatgyűjtés a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában immár húsz éves múltra tekint vissza. A soron következő adatfelvétel 2024. szeptember és 2025. január között zajlott, keresztmetszeti, online kérdőíves kutatás keretében (Etikai engedély száma: BM/15057-1/2024). A kérdőívet az ország négy orvosegyetemének küldtük el, a válaszadás teljes mértékben önkéntes és anonim volt. A kutatás célja az volt, hogy részletes információkat gyűjtsön a rezidensek tapasztalatairól, szakmai előmenetelükről, valamint a jelen kutatásba újonnan beemelt kérdésblokk mentén a kirendelésekkel kapcsolatos véleményeikről. Jelen kutatásban arra kerestük a választ, hogy miként befolyásolják a kirendelések a képzési terveiket, valamint a munkavégzéssel és karrierépítéssel összefüggő egyéb tényezőket.

EREDMÉNYEK

Környező országok gyakorlata

A vizsgált országok többségében az áthelyezéssel kapcsolatos szabályozás célja az egészségügyi ellátás folyamatosságának biztosítása, különösen válsághelyzetekben, ugyanakkor eltérő mechanizmusokat alkalmaznak az orvosi munkaerő átcsoportosítására és az ezzel járó költségek kompenzációjára, lásd 1. táblázat.

Szlovákia, Ausztria, Szlovénia, Horvátország, Szerbia, Románia és Ukrajna jogszabályai lehetővé teszik az orvosok ideiglenes áthelyezését más egészségügyi intézményekbe, különösen válsághelyzetekben [24,26,29,30,32,34,35–37]. Az orvosok személyes körülményeit több országban figyelembe veszik, és az áthelyezéshez jellemzően az érintett beleegyezése szükséges. Kivételt képeznek a rendkívüli állapotok, mint Szlovákiában vagy Szerbiában a válsághelyzetek [20–23, 36], illetve Ukrajnában, ahol háborús körülmények között az orvosokat beleegyezésük nélkül is kirendelhetik [33,34].

Az egyes országok közötti eltérések főként az áthelyezés időtartamában és feltételeiben figyelhetők meg. Szlovéniá-

ban az orvosok ideiglenes áthelyezése maximum három hónapig tarthat a munkavállaló hozzájárulása nélkül, ezt követően pedig csak beleegyezésükkel hosszabbítható meg [29]. Szerbiában ez az időszak nem haladhatja meg a 45 munkanapot egy naptári évben [35]. Horvátországban és Romániában az áthelyezések feltételeit a munkaszerződés vagy kollektív szerződés szabályozza, és általában az orvos beleegyezését igényli [30,32]. Ausztriában a közszolgálatban dolgozó orvosok áthelyezése szigorúan szabályozott, de a döntés előtt konzultálni kell az érintettekkel, akiknek joguk van véleményt nyilvánítani [26–28]. Szlovákiában a válsághelyzetekben alkalmazandó jogszabályok egyértelműen meghatározzák az eljárásokat, így például az orvosok felmondását ilyen esetekben nem fogadják el [20–23]. Ukrajnában az orvosok áthelyezését alapvetően a Munka Törvénykönyve szabályozza, amely szerint a kirendeléshez az orvos beleegyezése szükséges, kivéve háborús helyzetben, amikor a munkaerő előzetes jóváhagyása nélkül mozgósítható [33,34]. Az áthelyezett orvosok kompenzációra jogosultak, beleértve az utazási költségeket és veszélyességi pótlékokat.

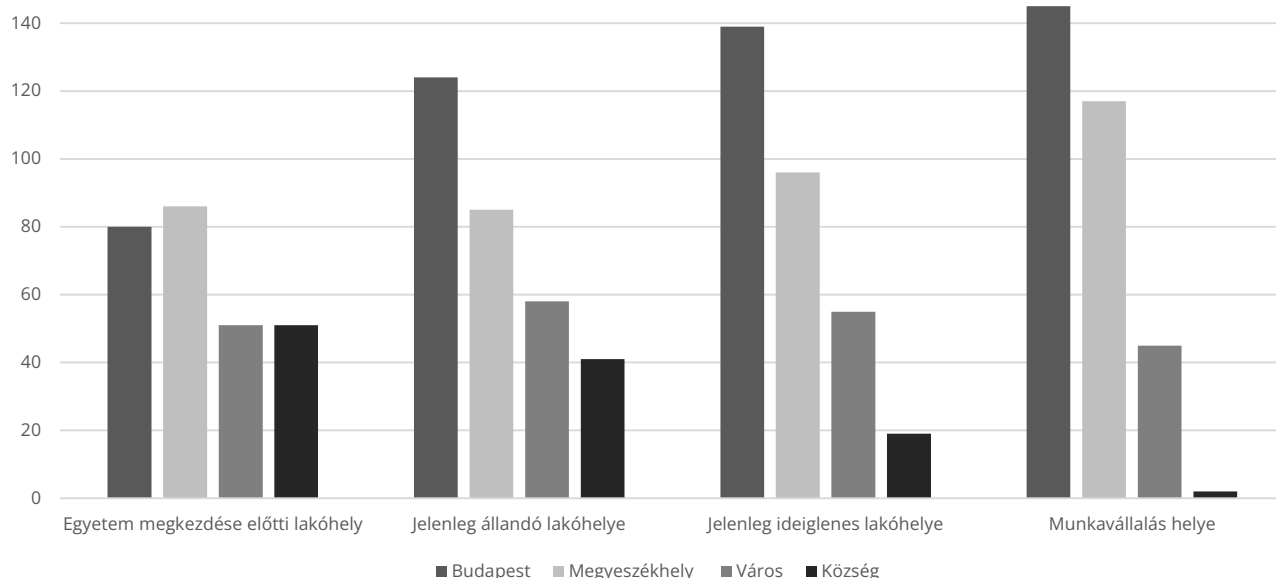
Emberierőforrás-kutatás az egészségügyben 2024 – előzetes eredmények

Az „Emberierőforrás-kutatás az egészségügyben 2024” előzetes eredményei 308 válaszadó adataira épülnek, akik közül 189 fő nő (61%) és 119 fő férfi (39%). Az átlagéletkor 30,4 év (minimum = 24 év, maximum = 59 év, SD = 5,07 év). A résztvevők túlnyomó többsége, 304 fő (98,7%), általános orvosi szakon végzett, míg 4 fő (1,3%) fogorvosi végzettséggel rendelkezik. Ez a megoszlás nem teszi lehetővé a végzettség szerinti véleménykülönbségek feltárását, így a kérdésekre adott válaszokat a teljes elemszámról vonatkoztatva mutatjuk be. Az 1. ábra szemlélteti a rezidensek lakóhely és munkavégzés helye szerinti megoszlását, jól látható a tendencia, hogy a városi és községi származású rezidensek a megyeszékhelyekre, illetve a fővárosba migrálnak.

Az adatok alapján a válaszadók 29%-a jelezte, hogy a szakképzése során kénytelen volt eltérni az eredeti szakképzési tervétől a 2020. évi C. törvény 11. §-ban meghatározott kirendelés miatt. A házasság és családos rezidensek 33,5%-ának kellett eltérnie a szakképzési tervétől, míg az egyedülálló rezidensek csupán 19%-a érintett, lásd 2. ábra. A kirendelések arányában a 4 szakképzési központ között nem mutatkozott különbség. Ugyanakkor a válaszadók 68%-a pozitívan nyilatkozott arról, hogy szívesen vállalna szakmai gyakorlatot más városokban található egészségügyi intézményekben, feltéve, hogy az adott intézmény kiemelkedő szakmai fejlődési lehetőségeket biztosít. Meglepő eredményt mutatott, hogy a kirendelések a legnagyobb arányban a házasság és családos rezidenseket érintették, míg az egyedülálló kollégák érintettek a legkevesebbet. További eredmények szerint a válaszadók 55,5%-a vállalná az ingázást egy másik településre megfelelő munkalehetőségért.

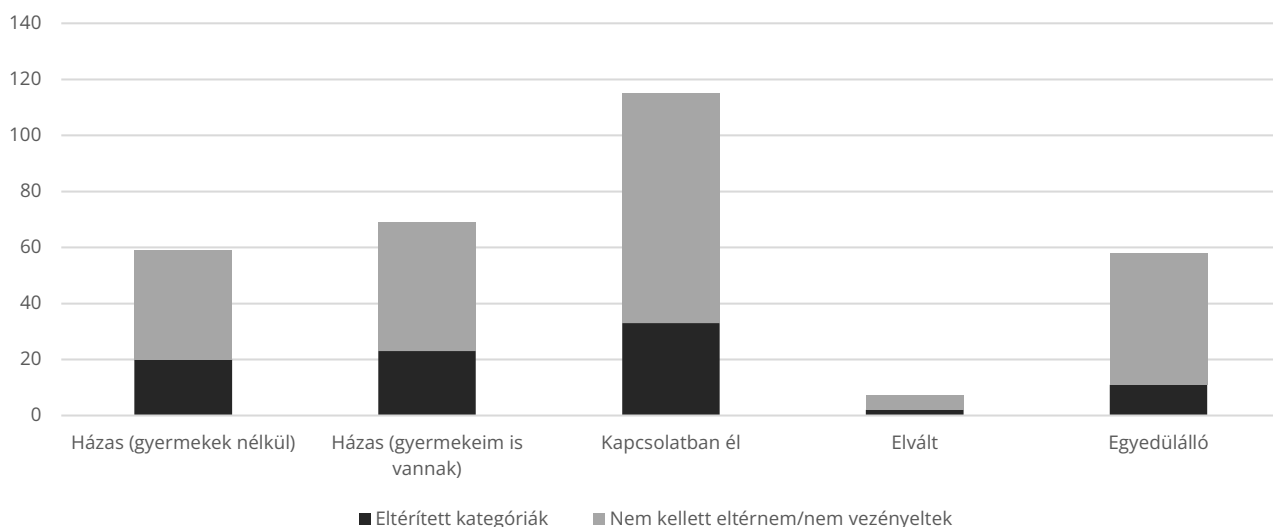
Ország	Magyarország	Ausztria	Szlovénia	Horvátország	Szerbia	Románia	Ukrajna
Van-e jogszabályi lehetőség arra, hogy egy orvost áthelyezzenek, kirendeljenek vagy átvezényeljenek egy másik egészségügyi intézménybe?	Igen, az áthelyezhetőség jogszabályi feltételei adottak, különös tekintettel az egészségügyi vagy egyéb válsághelyzetekre.						
Ha igen, szükséges-e az orvos beleegyezése az áthelyezéshez?	Nem szükséges	Igen	Nem szükséges 3 hónapig	Szerződés szerint változhat	Szükséghelyzetben nem szükséges	Szerződés szerint változhat	Szükséghelyzetben nem
Ha igen, bármilyen orvos áthelyezhető, vagy vannak kivételek?	Nem, vannak védett csoportok	Nem, vannak védett csoportok	Nem, vannak védett csoportok	Nem, vannak védett csoportok	Nem, vannak védett csoportok	Nem, vannak védett csoportok	Nem, vannak védett csoportok
Ha igen, kap-e bármilyen kompenzációt (pénzbeli, szabaddíó stb.) az áthelyezés során?	Nem csökkenhet a bére	Többletköltségek megtérítése	Többletköltségek megtérítése	Többletköltségek megtérítése	Nincs adat	Többletköltségek megtérítése	Többletköltségek megtérítése, veszélyességi pótlék
Ha igen, mennyi ideig tarthat egy áthelyezés, kirendelés vagy vezénylés?	Max. 44 munkanap vagy 352 óra egy éven belül	Nincs adat, megegyezés szerint	Beleegyezés nélkül max. 3 hónap	Nincs adat, megegyezés szerint	Max. 45 nap egy naptári évben	Nincs adat, megegyezés szerint	Nincs adat

1. táblázat
A vizsgált országok összehasonlítása a megadott szempontok szerint (saját szerkesztés)



1. ábra

A rezidensek egyetemi tanulmányaik előtti, jelenlegi állandó, jelenlegi ideiglenes (tartalmazza az állandó lakóhelyet is) lakóhelyét és munkavállalásának helyszínét mutatja. (saját szerkesztés)



2. ábra

A kirendelés vonatkozásában érintett rezidensek megoszlása családi állapotuk tükrében. (saját szerkesztés)

MEGBESZÉLÉS

A kirendelés vonatkozásában érintett rezidensek aránya erősítheti a vidéki orvoshiányt Európa más országaihoz hasonlóan Magyarországon is, amely megoldásra váró, komplex problémát jelent. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 11. §-a által szabályozott kirendelési gyakorlat Magyarországon jelentős hatást gyakorol a rezidensek szakmai életére és képzési terveire, különösen a vidéki orvoshiány kezelésére irányuló

intézkedések részeként. Bár a kirendelések lehetősége jogszabályi szinten adott, az adatok arra utalnak, hogy a rezidensek körében nyitottság figyelhető meg az olyan alternatív megoldásokra, amelyek tervezhetőségük mellett célzott szakmai fejlődést kínálnak. Különösen érdekes, hogy a jogszabályban megfogalmazott szempont, mely szerint „a kirendelés nem járhat aránytalan sérelemmel a munkavállalóra nézve” kitétel ellenére a kirendelések vonatkozásában leginkább a házasság és családos rezidensek voltak érintettek, lásd 2. ábra.

A válaszadók többsége szívesen vállalna szakmai gyakorlatot más városokban található intézményekben, amennyiben azok kiemelkedő szakmai lehetőségeket biztosítanak. Ez arra enged következtetni, hogy a kirendelési gyakorlat helyett a szakmai fejlődést támogató, akár pályázati alapú programok hatékonyabb és eredményesebb eszközök lehetnek meghatározott orvoshiányos esetekben. Az eredmények rávilágítanak a rezidensek mobilitásával és szakmai preferenciáival kapcsolatos kulcsfontosságú tényezőkre, amelyek az egészségügyi humán erőforrás-tervezés szempontjából jelentőséggel bírnak. Például a migrációs potenciál egy fontos kiáramlási tényező a munkaerő-állomány kapcsán, az esetleges elvándorlás tovább súlyosbíthatja a már meglévő orvoshiányt. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a migrációs potenciál, vagyis a külföldi munkavállalás fontolgatásának aránya nem feltétlenül áll arányban a tényleges kivándorlás mértékével. Míg a szándék sokszor magas, a valós elvándorlás az elmúlt években 5-15% között mozgott, amely jelentősen alacsonyabb, mint amit a migrációs szándék alapján feltételezni lehetne [38]. Ez az adat alátámasztja, hogy bár a külföldi munkavállalás lehetősége vonzó alternatívaként jelenik meg, a tényleges döntés mögött számos egyéni, családi és szakmai tényező áll, amelyek mérsékelhetik a valós elvándorlás mértékét.

Fontos megemlíteni, hogy a nagyvárosok irányába mutató migrációt befolyásolja a rezidens állások eloszlása is, ezért a későbbiekben javasolt a szakvizsga megszerzését követően frissen szakvizsgát szerzett szakorvosok körében megvizsgálni a tendenciát.

Fontos hangsúlyozni, hogy a vidéki orvoshiány nem kizárólag magyarországi jelenség. Az európai országok számos régiójában tapasztalható, hogy a vidéki területek kevésbé vonzóak a fiatal orvosok számára. Számos országban már aktív lépések történtek a probléma kezelésére, például célzott ösztöndíjprogramok, kedvezőbb munkafeltételek vagy infrastrukturális fejlesztések formájában [12,39-41]. Ezek a tapasztalatok Magyarország számára is tanulságosak lehetnek, és hosszú távon hozzájárulhatnak egy fenntarthatóbb, méltányosabb egészségügyi ellátórendszer kialakításához.

Limitációk

A kutatás során generatív AI-modellt alkalmaztunk a nemzeti nyelvű jogszabályok felkutatására és fordítására, amely jelentős segítséget nyújtott az egyes országok szabályozási kereteinek feltérképezésében. Ugyanakkor a nyelvi akadályok korlátozták a jogszabályok mélyreható elemzésének lehetőségét, mivel a fordítások nem mindig tudják pontosan visszaadni az adott ország jogi terminológiájának és kontextusának sajátosságait.

Továbbá a vizsgált országokban eltérő módon hozzáférhetőek a releváns jogi források, ami szintén befolyásolhatta az összehasonlítás mélységét. Az adott országok jogrend-

szerének és egészségügyi szabályozásának teljes körű feltérképezéséhez helyi szakértők bevonása is szükséges lenne, amely túlmutatott a jelen kutatás keretein.

Ezeket a korlátokat figyelembe véve eredményeink elsősorban tájékoztató pontként szolgálnak a magyarországi gyakorlat értékeléséhez, de nem helyettesítik a jogrendszerek részletes és teljes körű elemzését. A jövőben ugyancsak célunk, hogy a rezidenseket érintő emberierőforrás-kutatás többi változójával együtt összevetve egyéb összefüggéseket is feldolgozzunk (pl. migrációs trendek, elvándorlási szándék, jövőbeli munkahelyi tervek), ezáltal átfogóbb és mélyrehatóbb képet nyújtsunk a vizsgált jelenségről, hozzájárulva a téma tudományos diskurzusának bővítéséhez és a gyakorlati alkalmazhatóság elősegítéséhez.

KÖVETKEZTETÉSEK

Összességében a kutatás eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a jogi eszközök önmagukban nem elegendőek az országos orvoshiány kezelésére. Ahhoz, hogy Magyarországon az orvosutánpótlás hosszú távon és folyamatosan biztosítottá váljon, szükség van hosszú távú, motivációra építő stratégiák kidolgozására, amelyek figyelembe veszik a munkavállalók szakmai igényeit, élethelyzetét és mobilitási hajlandóságát. A kutatás eredményei alapján a rezidensek körében jelentős mobilitási hajlandóság figyelhető meg – ugyanakkor ennek kiaknázása elsősorban nem a jelenlegi ad-hoc jellegű kirendelési gyakorlaton keresztül, hanem jól tervezett, szakmai fejlődést támogató, akár pályázati alapú programok keretein belül lehetne hatékonyabb és eredményesebb. Csak ilyen átfogó megközelítéssel biztosítható az egészségügyi humán erőforrás hatékony elosztása és a fenntartható egészségügyi ellátás vidéken és országos szinten egyaránt.

Érdekltség

A kutatás során nem merült fel összeférhetetlenség, és a kutatók nem kaptak semmilyen anyagi támogatást a kutatás lebonyolításához. Az eredmények kizárólag a kutatócsoport független munkáján alapulnak, és nem befolyásolták semmilyen külső érdekek vagy anyagi juttatások.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetet mondani a kutatócsoport minden tagjának, akik szakmai hozzájárulásukkal biztosították a kutatás sikeres lebonyolítását. Külön köszönet illeti a Magyar Rezidens Szövetséget, akik támogatták a kérdőív disztribúcióját a rezidens közösség számára. Továbbá hálásak vagyunk a részt vevő rezidenseknek, akik őszinte válaszaikkal értékes adatokat szolgáltattak, hozzájárulva a kutatás eredményeihez és a témával kapcsolatos további megértéshez.

- [1] Beduchaud L, Celingant E, Faure C et al.: Do international medical graduates' recruitment policies help to overcome healthcare shortage areas in developed countries? A systematic review. *Health Policy*. 2024 Dec;150: 105190.
- [2] Groenewegen PP, Bosmans MWG, Boerma WGW et al.: The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011. *Eur J Public Health*. 2020 Sep 1;30(Suppl_4):iv12–7.
- [3] European Union: Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28 Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021 ISBN: 978-92-9478-686-9. <https://archive.healthworkforce.eu/countrysheets/> [Megtekintve: 2025. 02. 07].
- [4] Elmer D: Emberi erőforrás kutatás az egészségügyben Pécsi Tudományegyetem; 2023 <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/39526/elmer-diana-phd-2023.pdf?sequence=1&utm> [Megtekintve: 2025. 02. 07].
- [5] Eurostat: Addressing healthcare workforce challenges in the EU [Internet]. 2025 <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20250116-2?utm> [Megtekintve: 2025. 01. 31].
- [6] HealthManagement.org: Addressing healthcare workforce challenges in the EU <https://healthmanagement.org/c/hospital/News/addressing-healthcare-workforce-challenges-in-the-eu> [Megtekintve: 2025. 01. 31].
- [7] OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2024 <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en> [Megtekintve: 2025. 01. 31].
- [8] Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M et al.: Spain: Health system review. *Health Syst Transit*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024; 26(3):i-187. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [9] European Health Workforce Observatory: Final study report 2021 https://archive.healthworkforce.eu/wp-content/uploads/2021/02/D4_Final-study-report_EB-02-20-972-2A-N.pdf [Megtekintve: 2025. 01. 31].
- [10] Ärlebrant L, Dubois H, Creutzfeldt J, Edin-Liljegren A. Emergency care via video consultation: interviews on patient experiences from rural community hospitals in northern Sweden. *Int J Emerg Med*. 2024 Sep 3;17(1): 109.
- [11] Blank WA: Gute Ärzte braucht das Land – eine erfolgreiche Strategie wider den drohenden Landärztemangel [A Successful Strategy against the Expected Shortage of Physicians in Rural Areas]. *Gesundheitswesen*. 2021 Feb;83(2):86-94. German. Epub 2019 Dec 6. PMID: 31810108.
- [12] Mandate to Motivation: Transforming Junior Doctors' Retention Strategies in Europe, European Junior Doctors License: CC BY-NC-ND 4.0., 2024 https://www.junior-doctors.eu/sites/default/files/2024-07/FMM_FINAL.pdf [Megtekintve 2025 Feb 24]
- [13] Bartal AM, Lukács JÁ. „Kirendelődtem”: Az orvos- és egészségügyi hallgatók részvétele a Covid-19-járvány elleni küzdelemben. *Önkéntes Szemle*. 2022;2(2): 44–69.
- [14] European Observatory on Health Systems and Policies: Health System Response Monitor [Internet]. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hshr/> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [15] Magyar jogszabályok. Egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a2000100.tv> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [16] Rezidens.hu: Összefoglaló az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló új törvényről [Internet]. Available from: <https://rezidens.hu/hirek/osszefoglalo-az-egeszse-gugyi-szolgalati-jogviszonyrol-szolo-uj-torvenyrol-2/> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [17] World Health Organization. WHO health indicators <https://data.who.int/indicators/i/CCCEBB2/217795A> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [18] Központi Statisztikai Hivatal. Egészségügyi adatok – STADAT https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0005.html [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [19] Központi Statisztikai Hivatal. Egészségügyi adatok – STADAT [Internet]. [cited 2025 Jan 31]. Available from: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0006.html
- [20] Euronews. Slovakia passes law that could ban doctors from quitting, imprison violators [Internet]. 2024 Dec 12 [cited 2025 Jan 31]. Available from: <https://www.euronews.com/health/2024/12/12/slovakia-passes-law-that-could-ban-doctors-from-quitting-imprison-violators>
- [21] HVG: Orvosok Szlovákia: Fico felmondás, börtön 2024 Dec 12 Available from: https://hvg.hu/vilag/20241212_Orvosok-Szlovakia-Fico-felmondas-borton [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [22] Slovak Ministry of Health. Health system regulations [Internet]. www.health.gov.sk [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [23] Slovak legislation. Law 2024/360 <https://www.epi.sk/zz/2024-360?utm> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [24] Slovak legislation. Labour Code [Internet]. <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2001-311> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [25] Zdravie.sk. Rezidentské štúdium prinesie lekárov do regiónov, kde ich je nedostatok <https://www.zdravie.sk/clanok/57445/rezidentske-studium-prinesie-lekarov-do-regionov-kde-ich-je-nedostatok?utm> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [26] Austrian legislation. Bundesnormen <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40242600/NOR40242600.pdf> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [27] Austrian legislation. Health law <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40179619/NOR40179619.pdf> [Megtekintve 2025 Jan 31].

- [28] Austrian legislation. Current legal framework <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008470> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [29] Slovenian legislation. Zakon o zdravstveni dejavnosti Available from: <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO5944> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [30] Croatian legislation. Narodne Novine https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_07_93_1872.html [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [31] Romanian legislation. Public health law [Internet] <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocumentAfis/290668> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [32] Romanian legislation. Healthcare workforce regulation <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/71139> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [33] Ukrainian legislation. Health protection law <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [34] Ukrainian legislation. Medical law <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [35] Serbian legislation. Healthcare law. https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti.html?utm_source=chatgpt.com [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [36] Serbian legislation. Labor law. https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_radu.html?utm_source=chatgpt.com [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [37] Serbian legislation. Law on the chambers of health-care workers. https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_komorama_zdravstvenih_radnika.html?utm_source=chatgpt.com [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [38] Prezi presentation. Health workforce analysis <https://prezi.com/view/TpjExFs0dAQcgB1P8yCt/> [Megtekintve 2025 Jan 31].
- [39] Bärnighausen, T., Bloom, D.E. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. BMC Health Serv Res 9, 86 (2009). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-86>
- [40] Russell D, Mathew S, Fitts M et al. Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. Hum Resour Health 19, 103 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00643-7>
- [41] Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe https://health.ec.europa.eu/system/files/2016-11/2015_healthworkforce_recruitment_retention_frep_en_0.pdf?utm_source=chatgpt.com [Megtekintve 2025 Jan 31].

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Stubnya Bence 2020-ban szerezte diplomáját a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán, Pro Juventate Universitatis kitüntetéssel.



Kozák Anna a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen szerzett szociológia BA diplomát, majd az Eötvös Loránd Tudományegyetemen folytatta tanulmányait, ahol egészségpolitika-tervezés és finanszírozás (egészség-gazdaságtan szakirány) MSc végzettséget szerzett.



Ádám Szilvia szociológus, közgazdász, PhD-címét klinikai orvostudományokból szerezte. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ Szociális Vezetőképző

MD-PhD tanulmányai mellett ortopéd-traumatológiai szakképzést folytat. A Magyar Rezidens Szövetség Budapest régiójának elnöke.

Ezt követően a University of St Andrews (Egyesült Királyság) hallgatójaként MSc diplomát kapott Conversion to Psychology szakon. Jelenleg a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának munkatársa, valamint a Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozatának hallgatója.

Tudásközpontjának egyetemi adjunktusa, valamint a Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozatának témavezetője. Előtte a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében oktatott orvosi szociológiát.



Cserhádi Zoltán adjunktus, az egészségügyi menedzser mesterképzés operatív programvezetője. Végzettségét tekintve általános orvos, háziorvos szakorvos és közgazdász. Korábban dolgozott az Emberi Erőforrások Minisztériumában az Egészségügyi Ágazati Humánerőforrás-stratégiai Főosztá-

lyának főosztályvezetőjeként, valamint 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 embererőforrás-tervezés, a mentális egészség, valamint az egészségügyi alapellátás fejlesztése területén.



Vámosi Péter kardiológus szakorvos, orvosi diplomáját 2015-ben szerezte a Semmelweis Egyetemen, summa cum laude minősítéssel. 2015-ben a Corvinus Egyetemen is diplomát szerzett közgazdász – alkalmazott közgazda-

ságtan szakirányon. Hallgatója volt a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának. Jelenleg PhD-hallgató szintén a Semmelweis Egyetemen, ahol a Doktorandusz Önkormányzat elnöke is. Országos elnöke továbbá a Magyar Rezidens Szövetségnek és a Magyar Kardiológusok Társasága Ifjúsági Bizottságának titkára.



Kovács Eszter 2007-ben szerzett szociológus diplomát a Szegedi Tudományegyetemen. Ezt követően az egyetem Általános Orvosi Karán a Magatartástudományi Intézetben, valamint a Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályon dolgozott oktatóként, kutatóként és statisztikusként. 2008-ban kezdte

meg doktori tanulmányait a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében, ahol 2013-ban doktori címet szerzett. 2009-től dolgozik a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában, ahol 2015 óta az Egészségügyi Humánerőforrás-fejlesztési Tudásközpontot vezeti. Több nemzetközi szakmai társaság tisztviselője és nemzetközi folyóirat szerkesztőbizottsági tagja.

Digitális megoldások a betegellátás szolgálatában

Beszámoló a 2025. május 8-ai Adatvezérelt egészségügy és kiberbiztonság konferenciáról

A kiberbiztonságról, a határokon átívelő betegadat-megosztásról és a hazai ellátórendszer digitális átállításának aktuális helyzetéről is szó volt a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MENT) által szervezett XXIII. Adatvezérelt egészségügy és kiberbiztonság konferencián, ahol az is kiderült, hogy a jövő kőolaja az egészségügyi adat.

Csak viszonyossági alapon, a kiberbiztonság maximális szem előtt tartásával működhet az Európai Egészségügyi Adattér (European Health Data Space, EHDS), amelynek keretrendszerét 2026-ra fel kell állítani, 2029-től pedig már működnie kell a tagállamok közötti adatcserének – mondta a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság (MENT) rendezvényén **dr. Kontor Csaba**. – Az EHDS-re vonatkozó uniós szabályozás 28 végrehajtási rendeletet tartalmaz, amelyeknek nemcsak alkalmazása, hanem tesztelése is nehéz feladatot ró majd az egyes tagállamokra, így hazánkra is – figyelmeztetett az Európai Bizottság egészségügyért és az állatjóléért felelős biztosi kabinetjének szakdiplomátája, aki ugyanakkor úgy vélte, hogy az elsődleges adatfelhasználás követelményeinek az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) már most megfelel a betekintési és az adatkezelési jogosultságok tekintetében.

A tagállamok külön szabályokat is felállíthatnak az adatok másodlagos felhasználhatóságára vonatkozóan, az adatbirtokosok pedig költségalapú díjat is felszámolhatnak a kutatóknak az adathasználatért. Utóbbiaknak egyébként nemcsak arról kell számot adniuk, mire használták fel az adatokat, hanem kutatásaik eredményeiről is.

A világ adatállományának mintegy 30 százalékát az egészségügy szolgáltatja, amely 36 százalékkal gyarapodik évente, ám 97 százalékuk kihasználatlan marad – erről már **Láng Róbert**, a Nemzetgazdasági Minisztérium egészségiparért és egészségturizmusért felelős miniszteri biztosa beszélt, megemlítve azt is, hogy az EHDS-be kerülő adatok csak akkor válnak értékké, ha összekapcsolják azokat. Úgy vélte, az adatok jobb kihasználhatósága, a nemzeti programok és stratégiák összehangolása és megvalósíthatósága érdekében fontos lenne egy digitális központ létrehozása.

HAZAI DIGITÁLIS MEGOLDÁSOK

A hazai, már működő, illetve pilotprogramban elindított digitális megoldások jelentősen hozzájárulnak az ellátásszervezés, a betegbiztonság és a páciensek hozzáféréseinek javításához – emelte ki előadásában **dr. Szondi Zita**, az Országos Kórházi Főigazgatóság ellátórendszerért felelős főigazgató-helyettese.

A kórházak kétharmada és 6100 járóbeteg-szakrendelés összesen 14 millió időpontot publikált eddig a Járóbeteg Irányítási Rendszerben (JIR), amely az ellátórendszer digitális kapuja. Az OKFŐ célja, hogy a szolgáltatók az elérhető időpontjaik 60 százalékát kiejánlják a betegeknek, ám ez az arány egyelőre mindössze 26 százalék. Az időpontfoglalást nemcsak az EgészségAblakban, hanem a call-centerekben és az intézményekben is biztosítani kell a páciensek számára.

Az ápolási tevékenységek papíralapú adminisztrációját váltja ki az Ápolástámogató Rendszer (ÁTR), ami a strukturált és feldolgozható adatbázis mellett növeli a betegbiztonságot, és lehetővé teszi az ápolási feladatok nyomon követését is; eddig 26 millió ápolási tevékenységet rögzítettek benne. Az ÁTR-hez kapcsolódik az e-Lázlap, amelyet pilotformában 4 intézmény több osztályán alkalmaznak. A digitális megoldással nemcsak a beteg paraméterei és gyógyszerelési adatai rögzíthetők, hanem a labor- és képalkotó vizsgálatok eredményei is elérhetővé válnak egy helyen.

Tavaly novemberől idén áprilisig valamennyi védőnői szolgálat bekapcsolódott a Védőnői Országos Informatikai Rendszerbe (VOIR), az egységes, homogén informatikai szolgáltatás a védőnői tevékenység követésére is alkalmas lesz – mondta a főigazgató-helyettes, aki végül megemlítette még a PharMagic június 30-ig történő bevezetését, ami egységes gyógyszerrendelési és raktározási rendszert biztosít majd a kórházaknak.

MÁR HASZNÁLJÁK AZ EESZT ADATVAGYONÁT

Már nincs szükség hosszú, kimerítő elemzésekre; kompakt, naprakész adatokat tartalmazó statisztikákat várnak a Központi Statisztikai Hivaltól (KSH), amely ennek tükrében alakítja át egészségügyi adatgyűjtési stratégiáját – számolt be a konferencián **Janák Katalin**, a közösségi szolgáltatások statisztikai főosztályának vezetője. Az integrált smart adatbázis létrehozása során négy adatkört építenek be három fejlesztési modulba, nagymértékben támaszkodva az EESZT anonimizált adatvagyonára.

Nehezen strukturálható, nem tisztított, pdf-alapú adathalmaz található jelenleg az EESZT-ben, amely azonban a mesterséges intelligencia (MI) segítségével strukturált adatvagyonná alakítható. Ezen dolgozik az Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium Adatvezérelt Egészség Divízió egyik munkacsoportja, amelynek vezetője, **dr. Miklós Dezső** azt mondta, a fejlesztések nyomán elkészülhetnek azok a kórtörténeti összefoglalók, amelyek segíthetik a betegágy melletti döntéshozatalt.

KIBERVÉDELEM ÚJ ALAPOKON

Felpezsdült a kibervédelemmel kapcsolatos jogalkotás, új törvény és rendelet szabályozza a területet – ezekről számolt be **Selyem Zsuzsanna**, a Nemzetbiztonsági Szakszolgálat Nemzeti Kibervédelmi Intézet megbízott osztályvezetője. Az Európai Unió 100 napos kibervédelmi akciótérve nyomán az egészségügyi intézményekben magas biztonsági osztályba sorolt védelmi intézkedéseket kell bevezetni, amelyek előkészítése nagy erőforrást igényel. Jelezte azt is, hogy a jövőben az NSZNKI szigorúban felügyeli majd az informatikai fejlesztéseket.

A betegbiztonság feltétele a kiberbiztonság – fogalmazott előadásában **Németh Szabolcs**, a Roche szolgáltatási üzletág vezetője, aki a kibervédelmi auditra való felkészülésről szólva arra figyelmeztetett, a szervezeteknek – partneri együttműködésben a hatóságokkal – sok időt és energiát kell fordítaniuk arra, hogy ténylegesen biztosítani tudják a rendszerek védelmét.

Tavaly óta javult az egészségügyi szolgáltatók kibervédelmi felkészültsége – derült ki a konferencia kibervédelmi szekcióját záró kerekasztal-beszélgetésből, amelynek a két előadó mellett résztvevője volt még **Csanádi Norbert** az OKFŐ, és **Tarcsi Ádám**, a Neumann Nonprofit Kh. Kft. képviselőjében, a beszélgetést **dr. Palicz Tamás** vezette. Szóba került az is, hogy a kisebb városi kórházak felzárkóztatása során problémát okozhatnak az elavult informatikai rendszerek és eszközök, de elhangzott az is, hogy a NIS2 elvárásainak való megfelelés kialakításában segít az intézményeknek egy munkacsoport, amelyet az OKFŐ égisze alatt hoztak létre.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ADAT AZ ÚJ OLAJ

Nem nyersolajjal kell kereskednünk, hanem olyan benzinkúthálózatot létrehozunk, ahol feldolgozott és hozzáadott értékkel is bíró terméket kínálunk a piacon – ezzel a hasonlattal nyitotta a konferencia harmadik, az egészségügyi adatok másodlagos felhasználását górcső alá vevő szekcióját **dr. Szócska Miklós**. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszerológiai Kar dékánja ugyanakkor arra is figyelmeztetett, bár Magyarország egyelőre az elsők között van az egészségügyi adatokért folyó globális versenyben, de adatgyarmattá válhatunk, ha az egységes adatvagyonunkat nem tesszük használhatóvá és alkalmazhatóvá. Hogy milyen irányba halad „az ország adatvagyonának hajója”, azt a következő hetekben megjelenő kormányhatározatok döntenek majd el.

Az EESZT-ben gyűjtött adatoknak a közfinanszírozott ellátás szintjén kell hasznosulniuk, az egészségügyi digitális innovációk nem kerülhetnek szűk üzleti körök kezébe – hangsúlyozta a jelenleg a Harvard Egyetem tudományos munkatársaként is dolgozó dékán, hozzátéve, az adatvezérelt világban mindenki azt próbálja megszerezni, amije nincs: adatot vagy technológiát. Figyelmeztetett arra is, ha az adatok rossz szándékú hackerek kezébe kerülnek, azokat akár biológiai fegyverek fejlesztéséhez is felhasználhatják.

Az elektronikus térbe kerülő adatoknak azonban nemcsak a kutatásokat, hanem a mindennapi betegellátást is

szolgáltatniuk kell, előre jelezve egy-egy betegség megjelenésének kockázatát, egyúttal ajánlást téve, hogyan kerülhető az el – zárta előadását dr. Szócska Miklós.

MIT REMÉL A GYÓGYSZERIPAR AZ EGYSÉGES EURÓPAI ADATKEZELÉSTŐL?

A piacra jutás, a farmakovigilancia, a tudományos kommunikáció és betegedukáció, valamint a klinikai vizsgálatok – sorolta **dr. Misek János**, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat Naszlady Attila Egészségfejlesztési Program munkatársa azokat a gyógyszeripar számára legfontosabb területeket, amelyeken az EHDS bevezetését követően a mostaninál jobb elektronikus adatfelhasználást remélnék. Beszámolt azoknak a fókuszcsoportos gyógyszeripari interjúknak az eredményeiről is, amelyekből kiderült, hogy az elektronikus egészségügyi adatok másodlagos felhasználására nagy igény fog mutatkozni az ágazati szereplők részéről. A válaszadók az EHDS-sel kapcsolatos nemzetközi és hazai folyamatokat pedig egyelőre pozitívan ítélik meg, ugyanakkor megjegyezték, hogy az EESZT-től remélt lehetőségeket eddig még nem sikerült kiaknázni. Javaslatot tettek egy olyan szakértői csoport létrehozására is, amelyben a gyógyszeripari szektor értékes kutatási eredményei és tapasztalatai becsatornázhatóak az állami rendszerekbe.

Az anonimizált betegadatokból kiolvasható trendek a legfontosabbak a gyógyszergyártók számára, mert ezek iránymutatóak a gyógyszerfejlesztésben – hangzott el a szekció kerekasztala mellett, ahol **dr. Szalóki Katalin** (AIPM) moderálása mellett **dr. Kádár Magdolna** (Belügyminisztérium), **Galambos Vanda** (Roche), **dr. Molnár Viktor** (SE), **dr. Irás Béla** (AstraZeneca), **Szőllőssy Gyula** (ESZFK) és **dr. Egyed Bálint** (SE) beszélgettek. Szó került az ESZFK akkreditációs tevékenységének szigorításáról, ahogyan arról is, hogy a jogalkotóra is sok feladat vár az EHDS keretrendszerének kialakítása során. Elhangzott ugyanakkor, hogy változtatni kell a klinikum és az informatika közötti kommunikáción, mert ha a nagyon eltérő nyelvezet miatt nem értik meg egymást, az a digitális rendszerek rossz alkalmazásához és felhasználásához vezet.

Magyarország 2040-re kerüljön a világ legjobb 10 innovátor országa közé – ismertette a konferenciát záró előadásában a hazai innovációs stratégia célkitűzését **Bódis László**, a Kulturális és Innovációs Minisztérium innovációért felelős helyettes államtitkára. A Neumann János Program végrehajtásához több kutatóra, több innovátor vállalkozásra, és a szellemi szabadalmak számának növelésére van szükség, amiben nem állunk rosszul, hiszen az élettudományok területe kiemelkedik a kutatásban és innovációban: a magasan idézett, szabadalommal rendelkező kutatók esetében a TOP5 terület mindegyike ide tartozik. A hazai innovációs források átcsoportosítását az egészséges élet, a digitalizáció, a zöld átállás, valamint a kiberbiztonság és védelem fókuszba állításával határozta meg a stratégia – mondta a helyettes államtitkár.

Tarcza Orsolya