

IME

INNOVÁCIÓ MENEDZSMENT EGÉSZSÉGÜGY

Egészségügyi
vezetők szaklapja,
tudományos folyóirat



BUDAPESTI EGYSÉGES ALAPELLÁTÁSI ÜGYELET

Az OMSZ által működtett rendszer
első 21 hónapjának tapasztalatai
és fejlesztési lehetőségei

7. oldal

A HÓLYAGKATÉTER- ALKALMAZÁS GYAKORLATÁNAK VIZSGÁLATA

Klinikai audit a problémák feltárására
és a katéterezéssel kapcsolatos
fertőzések megelőzésére

14. oldal

INTELLEKTUÁLIS FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSA

Az ellátásba történő
belépési pontok nemzetközi
és hazai összehasonlító elemzése

34. oldal

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

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

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
 Nyomdai előkészítés Harasztiné R. Zsuzsanna
 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

Lám Judit
Beköszöntő 5

In memoriam Puskás Zsolt Péter 6

Xantus Gábor, Ádám Kornél,
 Constantinovits Miklós, Rékassy Balázs
**A budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer
 első 21 hónapjának működési tapasztalatai
 és fejlesztési lehetőségei** 7

Pintér Katalin, Safadi Heléna, Lám Judit
**A hólyagkatéter-alkalmazás gyakorlatának
 vizsgálata klinikai audittal** 14

Leitert-Eichardt Eszter, Lengyel Livia
**Termékenységgel összefüggő életminőség-vizsgálat
 a meddősegi ellátásban részt vevő nők körében** 25

Kovács Bernadett
**Speciális kommunikációs és támogatási szükségletű személyek
 hozzáférése az egészségügyi ellátáshoz – a belépési pontok
 nemzetközi és hazai összehasonlító elemzése** 34

Gyenis-Kátay Noémi, Szauer András,
 Pongrácz Kornélia, Topolánszky Zsindely Katalin
**Medikális családterápia az egészségügyi ellátásban:
 egy hazai integrált program bemeneti eredményei II. rész** 41

Tarcza Orsolya
**Új lapot nyitnak az egészségügyben –
 reformok, partnerség, digitalizáció** 51



A biztonságos ellátás építőkövei

Örömmel köszöntjük az IME Egészségügyi Vezetők Szaklapja betegbiztonsági tematikus lapszámának Olvasóit!

A biztonságos ellátást nem egyetlen jó döntés vagy sikeres beavatkozás teremti meg, hanem a betegekért együttműködő egészségügyi szolgáltatók és az őket összekapcsoló rendszer megbízható működése. A biztonság a hozzáférésekből, a szakmai folyamatokból, a folyamatos tanulásból és az együttműködésből épül fel, azért, hogy minden beteg a megfelelő időben a számára megfelelő ellátást a lehető legnagyobb biztonságban kapja meg.

A biztonság már az ellátással való első találkozásnál elkezdődik, hiszen azon múlik, hogy a beteg valóban hozzáfér-e a szolgáltatáshoz, és figyelembe veszik-e egyéni szükségleteit, megérti-e a számára fontos információkat. Ugyanilyen meghatározó a szakmai folyamatok szabályozottsága és következetes végrehajtása, amelyet a standardizáció, a képzés és a rendszeres visszacsatolás tesz megbízhatóvá. A fejlődéshez elengedhetetlen a megfelelő mérés, hiszen csak azok az indikátorok képesek valódi minőségjavulást elősegíteni, amelyek szakmailag megalapozottak és a betegellátás eredményességét szolgálják. Mindez megbízható adatokra, korszerű informatikai megoldásokra és olyan szervezeti kultúrára épül, amely az értékelést nem ellenőrzésként, hanem a tanulás és a fejlesztés eszközeként értelmezi. A biztonságos ellátás ugyanakkor csak akkor lehet teljes, ha a beteg, a családja és az ellátásban részt vevő szakemberek szempontjai egyaránt érvényesülnek.

A jelen lapszám tanulmányai e rendszer különböző építőköveit állítják a középpontba. Közös üzenetük, hogy a biztonságos ellátás az egymásra épülő szakmai megoldások következetes alkalmazásából születik.

Nem véletlen, hogy ugyanez az átfogó szemlélet jelenik meg a WHO idei Betegbiztonsági Világnapjának üzenetében is. A „Biztonságos ellátás egy életen át!” mottó a nem fertőző betegségek biztonságos ellátását állítja középpontba, ráirányítva a figyelmet arra, hogy a betegbiztonság nem csak az egyes ellátási eseményekhez kapcsolódik, hanem az egész életutat végigkísérő, összehangolt és folyamatosan fejlesztett ellátási folyamatokban valósul meg. A krónikus betegségek növekvő terhe, az egyre összetettebb betegutak és az ellátási szintek közötti együttműködés szükségessége egyaránt ezt a rendszerszemléletet teszik szükségessé.

Ez a megközelítés jól illeszkedik azokhoz a hazai egészségpolitikai törekvésekhez is, amelyek az ellátási folyamatok minőségének fejlesztésére, az adatalapú működésre, az eredményesség mérésére és a szervezeti tanulásra helyezik a hangsúlyt. A jelen lapszám közleményeinek egyik legfontosabb üzenete ugyanakkor az, hogy a betegbiztonság fejlesztéséhez szükséges eszközök jelentős része már ma is rendelkezésünkre áll. A standardizált szakmai folyamatok, a klinikai auditok, a jól kialakított indikátorok, a korszerű adatplatformok, a beteg- és családközpontú ellátási modellek nem csupán elméleti lehetőségek, hanem a hazai egészségügyben már bizonyított, eredményes gyakorlatok. A közlemények azt üzenik, hogy a biztonságosabb ellátás nem távoli cél, hanem a magyar egészségügy mindennapjaiban is megvalósítható feladat. A következő lépés a rendelkezésünkre álló tudás, eszközök és jó gyakorlatok következetes alkalmazása, összekapcsolása és szélesebb körű elterjesztése.

Bízunk benne, hogy a jelen lapszám tanulmányai nemcsak szakmai ismereteket adnak át, hanem megerősítik azt a közös felelősségünket is, hogy a betegbiztonságot a mindennapi működés természetes részévé tegyük. A biztonságos ellátás építőkövei ma már rendelkezésünkre állnak. Rajtunk múlik, hogy ezekre építve milyen egészségügyi rendszert alakítunk ki.

Dr. Lám Judit
Sommelweis Egyetem EKK EMK
Betegbiztonsági Tanszék
NEVES Egyesület

In memoriam Puskás Zsolt Péter



Az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja megrendüléssel és fájdalommal búcsúzik Puskás Zsolt Pétertől, szerkesztőségünk tagjától, az Adatvezérelt egészségügy rovatunk szakértőjétől.

Bár Budapesten született és egész életét itt élte, erősen kötődött Pinkamindszenthez, édesapja szülőfalujához. Élete központja a családja volt, ahol szeretetben és mély hitben nőtt fel szülei, testvérei és nagymamája körében. Középiskolásként a piarista közösséghez kapcsolódva mélyítette el tudását és hitét. Egyházzenei szolgálata egész életét végigkísérte, legyen szó budapesti plébániájáról vagy a pinkamindszenti templomról.

1993-ban szerzett villamosmérnöki diplomát a Budapesti Műszaki Egyetemen, majd 2004-ben MBA-fokozatot. Szakmai pályafutását az informatika, az információs rendszerek, az információvédelem és az IT-biztonság iránti elkötelezettség jellemezte. Már korán az egészségügy felé fordult, talán mert édesanyja révén ez a terep ismerős volt számára. A magyar digitális egészségügy meghatározó alakjaként, formálójaként annak szinte minden szereplője ismerte és szerette őt. 1997-től informatikai projektek tanácsadójaként és vezetőjeként dolgozott, munkájával számos meghatározó fejlesztés megvalósításához járult hozzá. Már 1997-től részt vett a Fővárosi Szent János Kórház Világbanki Kórházvezetést Támogató Információs Rendszerének projektjében. 2004-ben közreműködött a magyar egészségügyi informatikai szabvány kidolgozásában, az MSZ 22800:2008 szabvány egyik megalkotójaként maradandó szakmai értéket teremtett.

2011-től meghatározó szerepet vállalt az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) tervezésében, megvalósításában és bevezetésében. Szakértelme különösen az egészségügyi ágazati folyamatok digitalizálásában és az egységes hazai egészségügyi szemantikai rendszer fejlesztésében volt meghatározó.

Munkáját igényesség, szerénység, alázat és végtelen tudás jellemezte. Csendes jelenlétét egyik munkatársa így írta le: „Már a pusztta jelenléte és kisugárzása olyan hatással volt, hogy szebben viselkedtek az emberek egymással!” Egyik legkiemelkedőbb tulajdonságaként mindenki a konszenzusra való törekvését, a csendes megbékélést, az eredményekre és a konfliktusok elsimítására való igyekezetét emelte ki. Tudásának átadását, a tanítást fő feladatának tekintette, nála nem volt rossz kérdés, igyekezett mindenkinek segíteni. Előadásaiban is az érthetőségre törekedett, nem a külsín, hanem a belbecs volt a fontos számára. Soha nem szidott, nem kritizált, nem volt benne irigység mások eredményei láttán; jobban tudott örülni mások sikerének, mint a sajátjának.

Szakmai tudása és tapasztalata hosszú éveken keresztül szolgálta a szakmai közösséget. Tagja volt az Egészségügyi Informatikai Szakmai Kollégiumnak, majd Tanácsadó Testületének, 2022-től pedig az e-Egészségügyi Szakértői Testület munkájában is részt vett. Tudásából Szerkesztőségünk is sokat meríthetett: közreműködött az évente megrendezett Infokommunikációs Konferencia tematikájának összeállításában, figyelte a magyar egészségügyi informatikai közéletet, beszámolt a fejlesztésekről, szerzőket ajánlott és lektorált, igyekezett az újdonságokat közvetíteni. Szerzői munkásságát lapunk hasábjain 5 cikk fémjelzi.

Kollégái nagy tudású, elkötelezett és segítőkész szakemberként ismerték, akinek gondolkodása és szakmai meglátásai mindig az egészségügy digitalizációjának fejlődését, a betegeket, az egészségügyi dolgozókat és az intézmények támogatását szolgálták.

Puskás Zsolt Péter szakmai öröksége messze túlmutat az általa betöltött pozíciókon és az általa vezetett vagy támogatott projekteken. Gondolkodásmódja, tudása és az egészségügy digitalizációja iránti elkötelezettsége beépült a magyar egészségügyi informatika fejlődésébe, munkájának eredményei pedig nap mint nap tovább élnek azokban a rendszerekben és szolgáltatásokban, amelyek az egészségügyi ellátás digitális hátterét biztosítják.

Emlékét őrizzük meg azzal, hogy nem csak a szakmai tudását, hanem az emberekhez való hozzáállását is továbbvisszük a mindennapokban.

Az IME szerkesztősége

A budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának működési tapasztalatai és fejlesztési lehetőségei

Operational experience and development opportunities of the unified out-of-hours primary care system in Budapest during its first 21 months

Xantus Gábor¹, Ádám Kornél² ✉, Constantinovits Miklós³, Rékassy Balázs^{4,5}

¹Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék

²Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Sürgősségi Orvostani Klinika

³Országos Mentőszolgálat

⁴Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház

⁵Budapest Főváros Önkormányzata

Megosztott első szerzők: Xantus Gábor és Ádám Kornél.

Megosztott utolsó szerzők: Constantinovits Miklós és Rékassy Balázs

✉ kornel.adam@gmail.com

Az alapellátási ügyeleti rendszer a magyar egészségügyi ellátórendszer része. Egységesítése és az Országos Mentőszolgálat általi működtetése egységesebb szervezési és adatgyűjtési keretet teremtett. Korábban a területileg eltérő ellátásszervezés korlátozta az összehasonlítható működési adatok elemzését.

Célunk a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának (2024. október 1.–2026. június 30.) leíró elemzése volt. Az elemzés az Országos Mentőszolgálat által rendelkezésre bocsátott aggregált budapesti forgalmi (21 hónap) és súlyossági (2026. január 1.–június 30., n=51 495), Pest vármegyei és országos forgalmi (29 hónap), valamint országos finanszírozási adatokon alapult.

A vizsgált időszakban 177 906 ellátási esemény történt, ami évesítve mintegy 101 700 eseménynek, a fővárosi lakónépességre vetítve évi 60,7 ellátási eseménynek felelt meg 1000 lakosra. Ez alacsonyabb az azonos módon évesített, de eltérő hosszúságú időszakot lefedő Pest vármegyei (72,8) és országos (97,1) értéknél. Az érték igénybevételt és nem ellátási szükségletet mér. Az események 22,4%-a a három gyermekügyeleti ellátóhelyhez kapcsolódott, a felnőttek személyes ügyeleti ellátását 15 ellátóhely végezte, ebből kettő kizárólag hét-köznappal működött. A gyermekügyeleti ellátásban az események 87%-ában, a felnőttellátásban 64%-ában ügyeleti ponton végzett ellátás történt. A felnőttellátásban a telefonos tanácsadás aránya 15%, a kivonul ellátásé 21% volt. Az ügyelet évente mintegy 5000 halottvizsgálatot végzett, a kivonulások 30%-ában.

A külön, 2025. évi budapesti összesítő adatsorban a hétköznapi események mintegy 61%-a 16–22 óra közé esett. Az összes működő budapesti ellátóhely együttes forgalmára számított legmagasabb óránkénti átlag hétköznapi mintegy 25 ellátási esemény/óra (hétköznapi összesen 18 ellátóhely), hétvégén és ünnepnapokon pedig közel 39 ellátási esemény/óra (16 ellátóhely) volt. Ezek az értékek a teljes budapesti rendszer együttes

forgalmát, nem egy-egy ellátóhely terhelését jelzik. Az óránkénti esetszám önmagában nem méri a kapacitáskihasználtságot vagy a hatékonyságot. Az országos finanszírozási adatok eltérő lefedettségű időszakokra vonatkoztak és nem tartalmazták teljes körűen a korábbi fenntartói, köztük önkormányzati hozzájárulások, ezért közvetlenül nem hasonlíthatók össze és költség-hatékonysági következtetést nem alapoznak meg.

Az adatok az igénybevétel időbeli egyenetlenségét és az ellátóhelyek közötti szóródást mutatják, a vizsgált időszak utolsó hat hónapjában rögzített súlyossági besorolások pedig túlnyomórészt a 0–2-es kategóriákba estek. A kapacitáskihasználtság és a hatékonyság megítéléséhez az ellátási időt, az esetösszetételt, a személyi és készenléti kapacitást, a hozzáférést, a betegkimeneteket és a minőségi mutatókat is tartalmazó részletesebb adatok szükségesek. A jelen leíró elemzésből konkrét kapacitás-, helyszín- vagy finanszírozási döntés nem vezethető le. A további kutatás a helyi keresleti mintázatokat, a munkaszervezést és az ellátási szintek közötti koordinációt vizsgálhatja.

Kulcsszavak: rendelési időn kívüli ellátás, sürgősségi egészségügyi szolgáltatások, egészségügyi finanszírozás, egészségügyi szolgáltatások igazgatása, minőségfejlesztés

The out-of-hours primary care system is part of the Hungarian healthcare system. Its standardization and operation by the National Ambulance Service established a more consistent framework for organization and data collection. Previously, variation in local organization limited the analysis of comparable operational data.

The aim was to describe utilization and operational data from the first 21 months (1 October 2024 to 30 June 2026) of the unified system in Budapest. The analysis used aggregated Budapest utilization data (21 months) and severity data (1 January to 30 June 2026, n=51,495),

Pest County and national utilization data (29 months), and national financing data provided by the National Ambulance Service.

During the study period, 177,906 care encounters were recorded, corresponding to an annualized average of approximately 101,700 encounters, or 60.7 encounters per 1,000 residents per year, below the values for Pest County (72.8) and Hungary as a whole (97.1), annualized using the same method but covering a different observation period. This measure reflects utilization, not care needs. Encounters associated with the three paediatric out-of-hours sites accounted for 22.4% of the total, while in-person adult out-of-hours care was provided at 15 sites, two of which operated on weekdays during daytime hours only. In-person care at an out-of-hours site accounted for 87% of paediatric care encounters and 64% of adult care encounters. Among adult encounters, telephone consultation accounted for 15% and mobile-unit care for 21%. Approximately 5,000 examinations of deceased persons were performed annually, representing 30% of mobile-unit care encounters.

In the separate 2025 Budapest aggregate dataset, approximately 61% of weekday encounters occurred between 16:00 and 22:00. The highest hourly average for the combined volume of all operating Budapest care sites was approximately 25 encounters/hour on weekdays (18 sites operating at different times on weekdays) and approximately 39 encounters/hour on weekends and public holidays (16 sites). These values represent the entire Budapest system, not a single care site. Hourly encounter counts alone do not measure capacity utilization or efficiency. National financing aggregates related to periods with different coverage of the system operated by the National Ambulance Service and did not fully include contributions from previous operators, including local authorities. They were therefore not directly comparable and did not support a conclusion on cost-effectiveness.

The data show temporal variation in utilization and variation between care sites. Severity classifications recorded in the last six months of the study period were predominantly in categories 0–2. More detailed data on care duration, case mix, staffing and standby capacity, access, patient outcomes, and quality indicators are required to assess capacity utilization and efficiency. This descriptive analysis does not support a specific decision on capacity, care-site configuration, or financing. Further research may assess local demand patterns, work organization, and coordination between levels of care.

Keywords: out-of-hours care, emergency medical services, healthcare financing, health services administration, quality improvement

BEVEZETÉS

Az egységes alapellátási ügyeleti rendszer a háziorvosi rendelési időn kívül jelentkező, akut, közvetlenül nem életveszélyes, a következő háziorvosi rendelésig nem halasztható panaszok ellátását szolgálja [1]. Az Országos Mentőszolgálat által működtetett rendszer 2023. február 1-jén indult, és Budapest 2024. október 1-jei csatlakozásával vált országosan egységessé [1].

Az alapellátási ügyelet szervezeti modelljei nemzetközileg jelentősen különböznek [2]. A megfelelő ellátási hely kijelölése összetett ellátásszervezési feladat, amelyben az állapot időkritikussága, az alapellátási hozzáférés, az ellátási szintek közötti koordináció és a helyi ellátórendszer sajátosságai egyaránt szerepet játszanak. A hazai rendszerben az 1830-as hívásfogadás állapotfelmérés alapján irányítja a beteget a megfelelő ellátási formához [1].

A fővárosban az ügyeleti ellátás korábban területileg eltérő szervezeti keretek között működött. Az elemzéshez a korábbi időszakból nem állt rendelkezésünkre a finanszírozás és a betegforgalom közvetlen összehasonlítását lehetővé tevő, egységes szerkezetű adatkör. Az átalakítás hivatalosan között céljai között szerepelt az ellátás egységesítése, valamint a betegbiztonság és a szolgáltatás minőségének fejlesztése. Az egységes hívószám és működési rend az egységes hozzáférés és tájékoztatás elősegítését célozta [1].

CÉLKITŰZÉS

Célunk a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának működési jellemzőinek leíró elemzése volt, különös tekintettel az ellátási eseményszámra, annak időbeli megoszlására és a finanszírozási adatok értelmezési korlátaira. A munka leíró jellegű, ok-okozati következtetés levonására nem alkalmas.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Retrospektív, leíró elemzést végeztünk az Országos Mentőszolgálat által rendelkezésre bocsátott aggregált adatokon. A betegforgalmi elemzés a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjára (2024. október 1. – 2026. június 30.), a súlyossági elemzés a vizsgált időszak utolsó hat hónapjára (2026. január 1. – június 30.) vonatkozott. A hívásforgalmi adatokat ugyanerre a hat hónapra, összehasonlításként pedig az előző év azonos időszakára kaptuk meg. Önálló finanszírozási elemzést nem végeztünk, az országos finanszírozási adatokat kizárólag az értelmezési korlátok bemutatására használtuk. Az elemzési egység az ellátási esemény volt. A vizsgált időszakban Budapesten 15 felnőtt és 3 gyermekügyeleti ellátóhely működött. A 15 felnőtt ellátóhely közül 13 az ügyeleti időben, 2 pedig kizárólag hétköznappal tartott nyitva, ezért hétköznapi összesen 18, hétvégén és ünnepnapon 16 ellátóhely működött. Ezek a számok az adott naptípuson működő ellátóhelyek teljes körét jelölik, nem az egy időben nyitva tartó helyszínek számát. Az

esetek súlyosságának csoportszintű, leíró jellemzésére a prehospitalis ellátásban nemzetközileg alkalmazott National Advisory Committee for Aeronautics (NACA) állapotsúlyossági skálát használtuk [3]. A NACA-besorolás értékelőközi megbízhatóságát és a budapesti ügyeleti környezetben való validitását nem elemeztük. Az összehasonlításhoz felhasznált Pest vármegyei és országos betegforgalmi adatok eltérő, 2024. február 1-jétől 2026. június 30-ig tartó időszakot fedtek le, ezért kizárólag évesített, lakosságárányos formában szerepelnek. A nevezőként használt lakónépességi adatok forrása a Központi Statisztikai Hivatal 2026. január 1-jei állapotról vonatkozó adatközlése [4]. Az adatbázis tartalmazta az ellátási események aggregált számát, az ellátási formát, a NACA-besorolást, valamint a finanszírozási adatokat. Az ellátásban részt vevő szakemberek száma csak összesített formában, műszak- és óraszintű bontás nélkül állt rendelkezésre, ezért a személyi kapacitást nem elemeztük, és ezt az adatot nem közöljük. Az ellátóhelyenkénti óránkénti átlagok nevezője az adatszolgáltatásban megadott működési idő volt. Az 1. ábra alapjául szolgáló, külön kapott 2025. évi adatsor a működő budapesti ellátóhelyek együttes forgalmát tartalmazta, ellátási formánkénti bontás nélkül. Kizárólag aggregált adatokhoz jutottunk hozzá, egyéni szintű egészségügyi adathoz nem, ezért az egyedi betegek, az ismételt igénybevételek, az egyedi ellátási idő, az esetszintű erőforrás-felhasználás és a betegkimenet nem volt elkülöníthető, illetve meghatározható. Az adatok egyénileg nem azonosíthatók, ezért kutatásetikai engedélyezés nem volt szükséges. A feldolgozás leíró statisztikai módszerekkel történt (abszolút szám, százalékos megoszlás, számtani átlag, terjedelem), hipotézisvizsgálatot nem végeztünk.

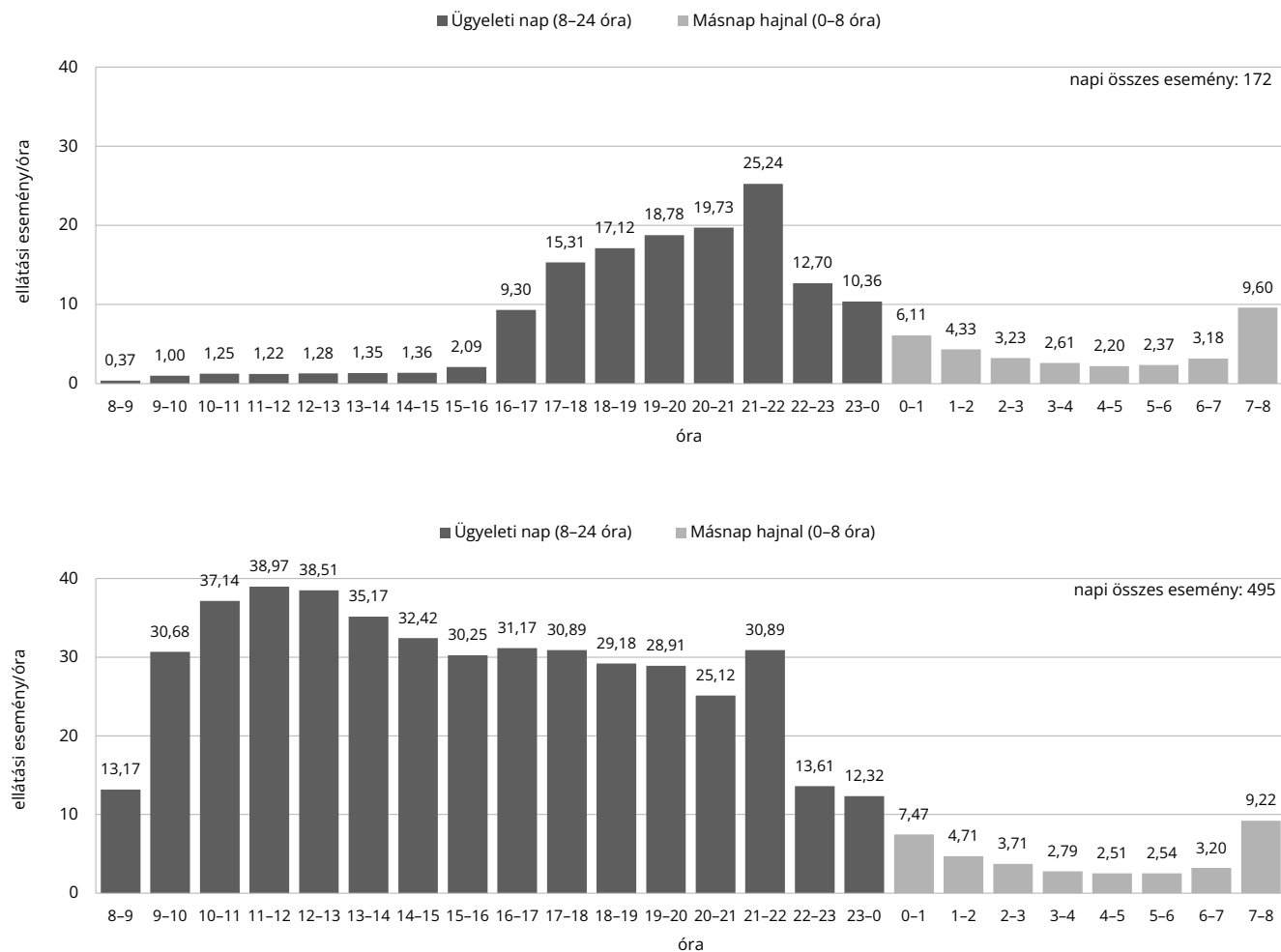
EREDMÉNYEK

A budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszerben a vizsgált 21 hónap alatt összesen 177 906 ellátási esemény történt. A 21 hónapos összesítés 12 hónapra vetítve mintegy 101 700 ellátási esemény/év, ami a Központi Statisztikai Hivatal 2026. január 1-jei budapesti lakónépességi adatával számolva [4] évi 60,7 esemény/1000 lakos igénybevételnek felel meg. Azonos módon évesítve Pest vármegyében 72,8, országosan 97,1 esemény jutott évente 1000 lakosra. Az összevetés korlátja, hogy a Pest vármegyei és az országos adat a budapestitől eltérő, 29 hónapos időszakot fed le. Az országos adatsor egy részében – a rendszer fokozatos kiterjesztése miatt – a számláló nem a teljes lakosságot ellátó rendszer forgalmát tartalmazza. Az országos érték emellett a budapesti és a Pest vármegyei eseményeket is magában foglalja, így az összehasonlított területi egységek átfedik egymást. A közölt mutatókban a budapesti érték alacsonyabb, de az eltérő megfigyelési időszakok és lefedettség együttes hatása nem számszerűsíthető, az adatokból azonos időszakra és teljes lefedettségre vonatkozó területi különbség nem becsülhető pontosan. Az ellátási formák megoszlása a következő volt: az események 69,4%-ában ügyeleti ponton végzett ellátás, 14,2%-ában telefonos tanácsadás, 16,4%-

ában kivonuló ellátás történt. A kivonuló ellátások 29,9%-át halottvizsgálatok tették ki, ami az összes esemény 4,9%-ának, 12 hónapra vetítve mintegy 4960 halottvizsgálatnak felelt meg. A két, kizárólag hétköznap nappal működő ellátóhelyen ez az arány kiemelkedő volt, összes eseményük 46,4%-a, illetve 35,5%-a halottvizsgálat volt. Az események 22,4%-a a három gyermekügyeleti ellátóhelyhez kapcsolódott. A felnőttellátásban az események 64,3%-a ügyeleti ponton, 15,1%-a telefonos tanácsadás formájában, 20,6%-a kivonuló ellátásként valósult meg, a gyermekügyeleti ellátóhelyeken ugyanezek az arányok 87,2%, 11,1% és 1,7% voltak.

A 21 hónapos összesítésben a felnőttellátásban az események 9,1%-ában mentő nélküli kórházi beutalás, további 4,8%-ában mentővel történő kórházi szállítás történt, a kettő együtt az események 13,9%-a. Az ellátóhelyenkénti együttes arány 9,7% és 24,4% között változott. A gyermekügyeleti ellátóhelyeken a mentő nélküli beutalás aránya 5,3%, a mentővel történő szállításé 0,4%, a kettő együtt 5,8% volt, ellátóhelyenként 3,7% és 8,9% között. Az ellátóhelyek közötti eltérések értelmezéséhez a helyi esetösszetétel, a hozzáférési viszonyok és az ellátási környezet részletesebb elemzése szükséges. A NACA-besorolás megoszlása a vizsgált időszak utolsó hat hónapjára (2026. január 1. – június 30., n=51 495) állt rendelkezésre: a 0–2 kategóriák együttes aránya 89,0%, a 3-as kategóriáé 5,8%, a 4–6 kategóriáké együttesen 0,3% volt, a halál megállapítását jelentő 7-es kategória pedig az események 4,9%-át tette ki. A közölt adatsorban a 7-es kategóriába sorolt események száma (2512) megegyezik az ugyanezen időszakban rögzített halottvizsgálatokéval. Ez az összesített számazonosság önmagában nem igazolja az események egyedi megfelelését vagy a halál bekövetkezésének időpontját, a 7-es kategória aránya nem értelmezhető az ügyeleti ellátás során bekövetkezett halálozás mutatójaként. Besorolás valamennyi eseményhez rendelkezésre állt. A NACA-megoszlás az ellátások indokoltságáról, időigényéről és erőforrásigényéről nem ad felvilágosítást. Mivel a besorolás csak a vizsgált időszak utolsó hat hónapját fedi le, a teljes 21 hónapra nem általánosítható.

A 2025. évi budapesti összesítő adatsorban a hétköznapi események mintegy 61%-a a 16–22 óra közötti időszakra esett. A működő budapesti ellátóhelyek összesített forgalmára számított óránkénti átlag csúcsértéke hétköznap 25,24 ellátási esemény/óra volt (a hétköznap működő 18 ellátóhely összesített adata), hétvégén és ünnepnapokon pedig 38,97 esemény/óra (16 ellátóhely együttesen), lásd 1. ábra. Ezek az értékek a teljes budapesti rendszer együttes forgalmát, nem egy-egy ellátóhely terhelését jelzik. A 21 hónapos összesítésben a felnőtt ellátóhelyek nyitvatartási időre vetített átlagos forgalma hétköznap 0,63 (terjedelem 0,43–0,81, n=15), hétvégén és ünnepnapokon 1,20 (terjedelem 0,98–1,62, n=13, mivel a két, kizárólag hétköznap nappal működő ellátóhely ilyenkor zárva tart) esemény/óra volt, a három gyermekügyeleti ellátóhelyen hétköznap 1,68 (0,89–2,16), hétvégén és ünnepnapokon 3,15 (1,77–3,87) esemény/óra. A nevezőként használt működési idő ellátóhelyenként eltért,



1. ábra

A budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer ellátási eseményeinek 2025. évi összesített forgalma (felső grafikon: hétköznap, alsó grafikon: hétvége és ünnepnap). Az ábra a működő budapesti ellátóhelyek együttes, ellátási formánként nem bontott, az ügyeleti nap logikája szerint 8 órától a másnap reggeli 8 óráig ábrázolt óránkénti átlagos eseményszámát mutatja (hétköznap 18, hétvégén és ünnepnapokon 16 ellátóhely), az értékek nem ellátóhelyenként értendők. Az ellátóhelyszámok nem egyidejű nyitvatartást jelentenek. A „napi összes esemény” feliratok az adott naptípusra számított átlagos napi eseményszámot jelölik. A 2025. naptári év a vizsgált 21 hónapos időszak teljes egészében lefedett részeit jelöli. Hétköznap: 2025. január 2.–december 31., hétvége és ünnepnap: 2025. január 1.–december 28. (forrás: Országos Mentőszolgálat egyedi adatszolgáltatása, 2026)

ezért ezek az értékek az ellátóhelyek közvetlen összehasonlítására korlátozottan alkalmasak. A vizsgált időszak utolsó hat hónapjában Budapesten 319 474 hívás érkezett az 1830 hívószámra, a hívások 54,8%-a hétvégére és ünnepnapra esett, a napi eloszlásban a 16–20 óra közötti időszáv volt a legterheltebb. A hívások száma az azonos időszakban rögzített ellátási események többszöröse volt. A két szám egymásnak nem feleltethető meg, mert egy ellátási eseményhez több hívás is tartozhat, a hívások egy része pedig nem eredményez ellátási eseményt. Az ismételt és a megszakadt hívások az aggregált adatból nem különíthetők el. Az előző év azonos időszakában 177 519 hívást rögzítettek. A különbség háttérben álló tényezők az aggregált adatokból nem azonosíthatók, ezért belőle az ellátási szükséglet változására nem következtethetünk. Az óránkénti esetszámok nem tartalmazzák az egyes ellátások és a betegkontaktuson kívüli feladatok időigényét, az esetösszetételt vagy a szükséges személyi és

készenléti kapacitást, ezért önmagukban nem tekinthetők a kapacitáskihasználtság vagy a hatékonyság közvetlen mérőszámának.

A 2023. és 2025. évi országos finanszírozási adatok az egységes rendszer fokozatos országos kiterjesztése miatt eltérő lefedettségű időszakokra vonatkoztak. Az adatok nem tartalmazták teljes körűen a korábbi fenntartói – köztük önkormányzati – hozzájárulásokat és a teljes ráfordításokat, ezért közvetlen idősoros összevetés, eseményenkénti ellátási költség vagy költséghatékonyság nem volt meghatározható.

MEGBESZÉLÉS

Az egységes alapellátási ügyeleti rendszer bevezetése szervezeti változást eredményezett a hazai alapellátásban. Az országos szakmai koordináció és az egységes működési rend közös szervezési keretet hozott létre. Elemzésünk a

budapesti ellátási eseményszám időbeli megoszlását mutatta be: a 2025. évi összesítő adatsorban a forgalom a hétköznap esti, valamint a hétvégi és ünnepnap i időszakokra koncentráldott. E mintázatok leíró jellegűek, a működési modell és az ellátás minőségének értékelésére nem alkalmasak.

Az óránkénti eseményszám erősen időfüggő: a hétköznap nappali időszakban, amikor a fővárosban csak a két, kiemelkedően magas halottvizsgálati arányú nappali ügyeleti pont működik, alacsony. Az ellátóhelyenkénti óránkénti átlag hétvégén és ünnepnapon közel kétszerese volt a hétköznapinak. Az alacsonyabb nappali eseményszám önmagában nem kérdőjelezi meg az ügyelet szükségességét. A fővárosi lakosságarányos igénybevétel a fent ismertetett korlátokkal együtt értelmezve alacsonyabb a Pest vármegyei és az országos értéknél. Ez igénybevételi és nem szükségleti mutató, a különbség hátterében a fővárosban elérhető ellátási formák eltérő köre is állhat, ezek hatása az adatokból nem különíthető el. Az igénybevételi mutatók az ellátás időigényéről sem adnak felvilágosítást: az ügyeleti ellátások időigénye – különösen sürgető tünetekkel jelentkező, az ellátó számára nem ismert betegek esetén – eltérhet a tervezett háziiorvosi vizitétől.

Az anyagi ráfordítások megítéléséhez az esetszámokon túl a megbízhatóságot, az ellátás minőségét, a hozzáférést, a rendelkezésre állást és a humánerőforrás megtartását is vizsgálni kell. A jelen adatok nem elegendők a működési modell költséghatékonyságának megítéléséhez. Az eseményszám időbeli egyenetlensége önmagában nem indokol kapacitás- vagy helyszínváltozást, ilyen következtetés a jelen adatokból nem vonható le. A mintázat inkább azt jelöli ki, milyen további adatok ismeretében válik megítélhetővé, hogy a jelenlegi helyszín- és időablak-struktúra mennyiben illeszkedik az igénybevételi mintázathoz: az óránkénti és csúcsidei esetszámok mellett az ellátóhelyenkénti és időablakonkénti tényleges terhelés, az ellátási idő, az esetösszetétel, a személyi és készenléti kapacitás, a betegkimenetek, a dolgozói terhelés, valamint a lakossági hozzáférés és a betegek utazási terhének együttes ismerete szükséges hozzá. Az érintett ellátók és fenntartók bevonásával végzett helyi pilóták ezek mentén értékelhetnek szervezési alternatívákat.

További elemzés vizsgálhatja – az érintett háziiorvosok bevonásával – a praxisok együttműködését és a praxisközösségi működés lehetséges szerepét [5]. Vizsgálhatók továbbá a sürgősségi osztályokon belül vagy azok mellett működő alapellátási modellek egyes elemei [6,7]. A hivatkozott nemzetközi összefoglalók heterogén szervezési hatásokat és jelentős bizonytalanságot jeleznek, nem alapoznak meg általános következtetést e modellek fölényéről, biztonságosságról, tehermentesítő hatásáról vagy költséghatékonyságról. A hazai alkalmazhatóság és hatás prospektív pilótavizsgálatokban értékelhető.

ságosságról, tehermentesítő hatásáról vagy költséghatékonyságról. A hazai alkalmazhatóság és hatás prospektív pilótavizsgálatokban értékelhető.

KÖVETKEZTETÉSEK

Elemzésünk a budapesti egységes alapellátási ügyeleti rendszer első 21 hónapjának működési adatait írta le. Az ügyeleti forgalom időben egyenetlen és összetételében sem egynemű: az események egy része telefonos tanácsadás, kisebb hányada halottvizsgálat volt, a rögzített súlyossági besorolások pedig a vizsgált félévben túlnyomórészt a 0–2-es kategóriákba estek. Az ellátási esemény mint elemzési egység ezért csak korlátozottan jellemzi az ügyeleti tevékenységet. Az ellátóhelyek közötti szóródás önmagában nem értelmezhető teljesítménykülönbséggént, értelmezéséhez az esetösszetétel és az erőforrás-felhasználás részletesebb vizsgálata szükséges.

Az ellátási időre, a személyi és készenléti kapacitásra, valamint a betegkimenetekre vonatkozó adatok hiányában a kapacitáskihasználtságról, a hatékonyságról és a költséghatékonyságról következtetés nem vonható le. Az egységes szervezeti elemek, a közös hívószám, a működési rend és az adatgyűjtés hatását szintén nem értékeltük. A jelen leíró elemzésből konkrét kapacitás-, helyszín- vagy finanszírozási döntés nem vezethető le. A rendszer egységes adatgyűjtési kerete ugyanakkor lehetővé teszi, hogy a működést előre rögzített hozzáférési, megbízhatósági, minőségi és erőforrás-mutatók mentén rendszeresen kövessék, a szervezési alternatívákat pedig a lakossági hozzáférhetőség romlásának elkerülése mellett értékeljék.

Anyagi támogatás: a közlemény megírása, illetve az alapját képező és a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: X. G.: ötlet- és projektgazda, a koncepció kidolgozása, a kézirat szakmai lektorálása és jóváhagyása. R. B.: ötletgazda, projektfelelős, stratégiai elemzés, irodalomkutatás, a kidolgozás részleteinek megvalósítása. Á. K.: az adatok feldolgozása és leíró elemzése, az 1. ábra elkészítése, a kézirat szövegezése és a végső szöveg kialakítása, a klinikai szempontok szakmai felügyelete. C. M.: intézményi adatkoordináció, a kézirat szakmai felülvizsgálata és szerzői jóváhagyása. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: a feltüntetett intézményi affiliációkon túl a szerzőknek a közlemény tárgyával összefüggő pénzügyi vagy egyéb érdekelttségük nincs.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

[1] Országos Mentőszolgálat. Egységes alapellátási ügyelet. <https://www.mentok.hu/ugyelet/> (elérés: 2026. augusztus 26.) [Hungarian]

[2] Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Serv Res. 2009; 9: 105. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-105>

- [3] Raatiniemi L, Mikkelsen K, Fredriksen K, Wisborg T. Do pre-hospital anaesthesiologists reliably predict mortality using the NACA severity score? A retrospective cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013, 57: 1253–1259. <https://doi.org/10.1111/aas.12208>
- [4] Központi Statisztikai Hivatal. A lakónépesség nem, vármegye és régió szerint, január 1. STADAT 22.1.2.1. https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0034.html (elérés: 2026. szeptember 10.) [Hungarian]
- [5] Dózsa KM, Mezei F, Kalmár I et al. Structural change supporting primary care service improvement programs based on the outcomes of primary care practice cluster model programs (2013–2020). [Egészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013–2020) működésének tapasztalatai alapján.] *IME*. 2022, 21(3): 3–15. <https://doi.org/10.53020/IME-2022-301> [Hungarian]
- [6] Cooper A, Davies F, Edwards M et al. The impact of general practitioners working in or alongside emergency departments: a rapid realist review. *BMJ Open*. 2019, 9: e024501. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024501>
- [7] Gonçalves-Bradley DC, Khangura JK, Flodgren G et al. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018, (2): CD002097. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002097.pub4>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Xantus Gábor a Semmelweis Orvostudományi Egyetem elvégzését követően három szakvizsgát tett. Tíz éves külföldi sürgősségi műszakvezetői gyakorlattal, nemzetközi egyetemi oktatói tapasztalattal, valamint a köz- és versenyszférában megszerzett 17 éves ve-

zetői gyakorlattal rendelkezik. Master of Science tudományos fokozatát az Egyesült Királyságban a Cardiff University-n vehette át. A Pécsi Tudományegyetem PhD-hallgatója, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Karán az Egészségügyi Menedzserképző Központ egészségügyi menedzser mesterképzésén vesz részt.



Ádám Kornél mentőtiszt és kiterjesztett hatáskörű ápoló (APN). Ápolás mester szakon, sürgősségi szakirányon szerzett diplomát, évek óta dolgozik a pre-hospitális és a hospitális sürgősségi ellátásban egyaránt. Operatív igazgatóhelyettesként a sürgősségi osztály mun-

kaerő-tervezéséért, a betegáramlás és a kapacitások menedzsmentjéért, valamint a minőségfejlesztési programokért felel. Ápoló- és orvostanhallgatókat oktat, ápolói szakképzésben vizsgáztat. Kutatási területe a sürgősségi ellátás kimeneteit meghatározó környezeti és szervezeti tényezők, ezen belül a triázs- és döntéstámogató modellek fejlesztése és validálása.



Constantinovits Miklós sürgősségi és mentőorvos, az Országos Mentőszolgálat főigazgatója. Több mint 15 éve dolgozik a prehospitális sürgősségi ellátásban, pályáját mentőápolóként kezdte, majd mentőtisztként és orvosként folytatta. Vezetői és szakmai munkájá-

nak fókuszában az innováció, a digitalizáció, az adatvezérelt működés és minőségbiztosítás, valamint a szervezeti kultúra fejlesztése áll. Kiemelt célja a modern technológiák és új ellátási modellek gyakorlati integrációja, valamint egy transzparens, tanuló és folyamatos megújulásra képes mentőszolgálat fejlesztése. Több hazai és nemzetközi szakmai, kutatási és innovációs program résztvevője és vezetője.



Rékassy Balázs orvos, egészségügyi szakmenedzser, egészség-szakpolitikai 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 Társada-

lomtudományi Kar Egészség-gazdaságtani Munkacsoport Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányán is kiváló hazai tanároktól tanult. Munkatapasztalata az egészségügy széles spektrumát felöleli: dolgozott az alapellátásban, Egészségügyi Minisztériumban, a Világbank Népegész-

ségügyi Programjában, a gyógyszeriparban, hazai egészség-biztosító vezetésében és egészségpénztár létrehozásában, alapításában. Nevéhez fűződik az első szolgáltatást finanszírozó Vitalitás kiegészítő magán-egészségbiztosítás-, Millenium 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 Kőr 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.

A hólyagkatéter-alkalmazás gyakorlatának vizsgálata klinikai audittal

Clinical audit of Urinary Catheter Use

Pintér Katalin¹ ✉, Safadi Heléna^{2,3}, Lám Judit^{2,3}

¹Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház

²Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

³NEVES Egyesület a Betegbiztonságért

✉ pinterk@petz.gyor.hu

Bevezetés: Napjainkban a betegellátás minőségének és biztonságának fejlesztése kiemelt fókusz terület az egészségügyi szolgáltatók körében. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések továbbra is az egyik leggyakoribb betegbiztonsági problémát jelentik, annak ellenére, hogy a helyes gyakorlat alkalmazásával jelentős részük megelőzhető. Az infekciók megelőzéséhez, a megfelelő gyakorlat kialakításához szükség van a tevékenységek eredményes és megbízható végzésére vonatkozó szabályok bevezetésére, a dolgozók szabálykövető szemléletére és hozzáállására, továbbá a szakmai gyakorlat minőségének értékelésére. Jelen tanulmány célja a Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórházban alkalmazott hólyagkatéterezési gyakorlat szakmai minőségértékelési folyamatának bemutatása a hasonló auditok jövőbeli megtervezésének és lebonyolításának megkönnyítése, esetleges standardizálása érdekében.

Módszer: Az intézményi gyakorlat vizsgálatát az országos tisztifőorvos által 2019-ben kiadott, a hólyagkatéterrel összefüggő húgyúti fertőzés megelőzéséről szóló módszertani levele alapján végeztük, a klinikai audit módszertanának intézményi szintű adaptálásával és kidolgozásával. A tanulmányban ismertetjük a vizsgálat tervezéséhez és végrehajtásához alkalmazott minőségfejlesztési módszertan lépéseit, a hólyagkatéterezési gyakorlat megfelelőségének vizsgálatára, a felmérés adatgyűjtésére és a szakmai munka értékelésére kidolgozott módszertan háttérét. Utalunk a gyakorlat gyengeségeinek háttérében meghúzódó okok felderítésére készített oki kutatásra, és a gyakorlat minőségének fejlesztését támogató prioritási mátrix készítésére.

Eredmények: Adaptáltuk a klinikai audit folyamatát, folyamatábrán kijelöltük az intézmény hólyagkatéterezési gyakorlatának kritikus pontjait, melyek vizsgálatához kritériumokat és folyamatindikátorokat foglalmaztunk meg. Kialakítottuk az adatgyűjtés eszközeit, a dolgozók témával kapcsolatos ismereteinek felméréséhez szükséges kérdőívet. A vizsgálattal rámutattunk a gyakorlat gyengeségeinek háttérében meghúzódó gyökérokokra, továbbá az okok megoldására fejlesztési javaslatokat dolgoztunk ki.

Következtetések: A betegbiztonság fejlesztéséhez és a betegellátás minőségének javításához elengedhetetlen a szakmai folyamatok értékelése. A bemutatott módszertan alkalmas a hólyagkatéterrel kapcsolatos szakmai folyamatok megfelelőségének vizsgálatára, a rendszeres értékelés pedig támogatja és hosszú távú hatással lehet a szabályozott folyamatok megfelelő, egységes végrehajtására.

Kulcsszavak: klinikai audit, betegbiztonság, húgyúti katéterrel kapcsolatos fertőzés, húgyúti katéter

Introduction: Nowadays, the improvement of the quality and safety of patient care is a priority focus area among healthcare providers. Healthcare-related infections remain one of the most common patient safety problems, despite the fact that a significant number of them can be prevented by applying good practice. In order to prevent infections and develop appropriate practice, it is necessary to introduce rules for the effective and reliable performance of activities, the rule-following attitude of employees, and the evaluation of the quality of professional practice. The purpose of this study is to present the professional quality assessment process of the bladder catheterization practice used at the Petz Aladár University Teaching Hospital in Győr-Moson-Sopron County in order to facilitate and possibly standardize the future planning and conduct of similar audits.

Methods: The study of institutional practice was carried out on the basis of the methodological letter on the prevention of bladder catheter-related urinary tract infection issued by the National Chief Medical Officer in 2019, with the adaptation and development of the clinical audit methodology at the institutional level. In the study, we describe the steps of the quality improvement methodology used for the design and implementation of the study, background of the methodology developed to examine the adequacy of bladder catheterization practice, to collect survey data and to evaluate professional work. We refer to the causal research prepared to detect the reasons behind the weaknesses of the practice and to the preparation of a priority matrix supporting the development of the quality of the practice.

Results: We adapted the clinical audit process, we selected the critical points of the institution's bladder catheterization practice in a flowchart, for the examination of which we formulated criteria and process indicators. We have designed the tools for data collection and the questionnaire needed to assess the employees' knowledge about the topic. With the investigation, we pointed out the roots behind the weaknesses of the practice, and we also developed proposals to solve the causes.

Conclusions: To improve patient safety and improve the quality of patient care, it is essential to evaluate professional process. The presented methodology is suitable for examining the adequacy of professional processes related to the bladder catheter, and regular evaluation supports and can have a long-term impact on the proper, uniform implementation of regulated processes.

Keywords: clinical audit, patient safety, catheter-related infection, urinary catheter

BEVEZETÉS

Hazai és nemzetközi viszonylatban a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóknál a hólyagkatéter-behelyezés az egyik leggyakoribb invazív beavatkozás [1,2]. A hólyagkatéter nem megfelelő alkalmazása nemkívánatos eseményekhez vezethet, mely események közül kiemelkedő a húgyúti fertőzés. A húgyúti fertőzések további jelentős egészségügyi komplikációt okozva véráramfertőzések kialakulásához vezethetnek, illetve a gyógykezelésükre használt antibiotikumok emelik az antibiotikum-rezisztencia kockázatát [3–5].

A hólyagkatéter alkalmazásával kapcsolatosan kialakuló húgyúti fertőzések kockázati tényezői közé tartozik a kórokozók biofilmképző képessége a hólyagkatéteren és a vizeletgyűjtő zsákon, az indokolatlan katéterhasználat, valamint a nem megfelelő behelyezési és gondozási technika [6–8].

A fertőzések megelőzhetők megfelelő infekciókontroll-gyakorlatok alkalmazásával, az előírt szabályok betartásával. A megelőzéshez kapcsolódó tevékenységek szabályozását hazánkban az országos tisztifőorvos által kiadott módszertani ajánlás biztosítja [2]. Szakirodalmi adatok alapján a hólyagkatéter alkalmazásával összefüggő nemkívánatos eseményeket a szükségtelen katéterhasználat csökkentésével, a behelyezett katéter mielőbbi eltávolításával és a behelyezett katéter gondozásával előzhetjük meg [9]. Az egészségügyi dolgozók oktatása és a napi szinten alkalmazott ellenőrző lista bevezetése bizonyítottan hatékony prevenció stratégia az indokolatlan katéterhasználat csökkentésére [10,11]. Az ápolói kompetencia megfelelő kiterjesztésével a behelyezett katéterek mielőbbi eltávolítása, a katéterhasználat arányának mérséklése érhető el [12–14]. A behelyezett katéter helyes kezelése, napi ápolása és megfelelő rögzítésének jó gyakorlatai tovább segítik a katéter okozta fertőzések megelőzését [15,16,2].

Mindemellett a megelőzésben fontos szerepet játszik az intézményi szinten jól működő infekciókontroll-tevékenység, azon belül is a surveillance rendszer, amely alkalmas a behelyezett invazív eszközök és az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések monitorozására, és jelezheti, hogy hol tapasztalható a helytelen ellátási gyakorlat [17,18].

Az invazív tevékenységek, így a hólyagkatéter behelyezése és a behelyezett eszközzel kapcsolatos teendők követéséhez elengedhetetlen a fegyelmezett, pontos dokumentálás, amelynek elvárásai hazánkban rögzítettek [19,20,2]. A nemzetközi tanulmányok a dokumentációs gyakorlat javítására a dolgozók oktatását, az elektronikus dokumentáció kialakítását, katétergondozási terv bevezetését, intézményi dokumentációs protokollok kidolgozását, multidiszciplináris munkacsoport létrehozását és a gyakorlat szisztematikus értékelését ajánlják [21–24].

A betegellátás szakmai folyamatainak fejlesztése lehetetlen azok megfelelő értékelése nélkül. A szakmai szempontoknak való megfelelést a klinikai audittal mint minőségfejlesztési eszközzel tudjuk mérni, értékelni és fejleszteni. „A klinikai audit ciklikusan ismétlődő folyamat, amelynek során orvosok, ápolók, szakdolgozók szisztematikusán áttekintik a betegellátó tevékenységük eredményességét, és ha szükséges, változtatnak a betegek kezelésével és ellátásával kapcsolatos gyakorlatukon” [25]. Tehát a klinikai audit célja a betegellátás minőségének folyamatos javítása a szakmailag nem megfelelő tevékenységek kiküszöbölése révén [25,26]. A klinikai audit ebben az értelmezésben nem pusztán ellenőrzési eszköz, hanem olyan szervezeti tanulási folyamat, amely támogatja a szabályozott gyakorlat egységes értelmezését, az együttműködést és a betegbiztonságot erősítő szemlélet kialakulását. Kiemelve a tudományos bizonyítékok auditbeli jelentőségét, a jól megtervezett és végrehajtott klinikai auditok jelentős javulást eredményezhetnek a kórházak klinikai gyakorlatában [27].

Intézményünkben az infekciókontroll-tevékenység során végzett surveillance a gyakorlatban észlelhető hiányosságokra, és a húgyúti fertőzések előfordulásának növekvő tendenciájára hívta fel a figyelmet. A betegbiztonság javítása és a hólyagkatéter-alkalmazás minőségfejlesztésének érdekében mindezek hátterének szisztematikus feltárása és releváns fejlesztési javaslatok megfogalmazása ösztönözte jelen minőségértékelési módszer megtervezését és végrehajtását. A vizsgálat elsődleges célja a hólyagkatéter alkalmazásával kapcsolatos betegdokumentáció-vezetés gyakorlatának és a behelyezett hólyagkatéter ápolásával összefüggő tevékenység megfelelőségének növelése érdekében klinikai audit végzése, valamint fejlesztési javaslatok megfogalmazása 2023. április 24. – 2023. október 08. között.

CÉLKITŰZÉS

Jelen közleményünk célkitűzése, egy intézmény hólyagkatéterezési gyakorlatának vizsgálatára az országos tisztifőorvos által 2019-ben kiadott, a hólyagkatéterrel összefüggő húgyúti fertőzés megelőzéséről szóló módszertani levele

alapján kidolgozott és végrehajtott szakmai minőségértékelési folyamat bemutatása. Célunk a teljes minőségértékelési és problémafeltérési keretrendszer gyakorlati alkalmazhatóságának ismertetése, valamint módszertani segítség nyújtása a hasonló jövőbeli auditok megtervezésének és lebonyolításának megkönnyítése, esetleges standardizálása érdekében.

A tanulmány ezért a minőségértékelési folyamat módszertanának bemutatására fókuszál, az eredmények részletes ismertetése nélkül, ennek megfelelően nem számszerű eredményeken alapuló benchmarking célú elemzést mutat be, hanem a módszertant helyezi előtérbe.

MÓDSZER

Vizsgálatunkban a hólyagkatéterezési gyakorlat minőségértékelésére a klinikai audit módszerét alkalmaztuk, melynek első lépéseként a témával kapcsolatos szakirodalom áttekintését végeztük el hazai és nemzetközi adatbázisok felhasználásával. Ennek eredményeként került kiválasztásra a módszertani levél, mint szakmai szabály, tekintettel arra, hogy összhangban van a nemzetközi ajánlásokkal, és a hazai intézményeknek ezen iránymutatás alapján kell kialakítaniuk saját eljárásukat az egészségügyi ellátással összefüggő húgyúti fertőzések megelőzésére.

A klinikai audit belső intézményi projektként valósult meg, amelyre stakeholder-elemzésen alapuló munkacsoport került kialakításra. Az elemzés során az érintettek feltérképezése a témához való hozzáállásuk, motivációjuk és befolyásuk vizsgálatával történt. A csoport a hólyagkatéterezésben gyakorlott, infekciókontroll-tevékenységgel foglalkozó, betegbiztonsági és minőségfejlesztési ismeretekkel rendelkező szakemberekből állt. A projekt kivitelezéséhez szükséges egyes feladatok, módszerek és elérendő eredmények átlátható meghatározásához táblázat készült. A projekt indítását követően a vizsgálat jelentős részét a júniustól szeptemberig zajlott adatgyűjtés-előkészítés, adatkinyerés és adataelemzés tette ki. A tervezett feladatok ütemezését, a határidők betartását és az audit haladását Gantt-diagram támogatta. A klinikai audit helyszínének olyan osztályokat kerestünk, ahol van akut ellátás, de nincs műtéti tevékenység, így esett a választás az intézmény két belgyógyászati profilú osztályára.

Az intézmény jelenlegi hólyagkatéter alkalmazásával kapcsolatos gyakorlatát folyamatábrában jelenítettük meg. A folyamatábra egymásra épülő lépéseiből a projekt elsődleges céljának figyelembevételével kerültek azonosításra azok a kritikus pontok, amelyeket ténylegesen vizsgáltunk.

Az azonosított kritikus pontokhoz a módszertani levél alapján kritériumok megfogalmazása történt. A kritériumok azt írják le, hogy az ellátás egyes lépései mikor valósulnak meg a szakma szabályainak megfelelően [25], így a klinikai audit lebonyolítása során a jelenlegi gyakorlatot a megfogalmazott kritériumokhoz viszonyítottuk. A kritériumok gyakorlatban való megvalósulásának mérésére, értékelésére folyamatindikátorokat definiáltunk.

A gyakorlat vizsgálatához szükséges adatokat retrospektív betegdokumentáció- és prospektív dokumentációelemzéssel, prospektív megfigyeléses vizsgálattal és a dolgozói ismeretek kérdőíves felmérésének módszerével gyűjtöttük.

A retrospektív betegdokumentáció-vizsgálatba minden olyan 18 év feletti beteget bevontunk, aki a kórházi felvételt követően, az ellátás során a húgycsőnyíláson keresztül hólyagkatétert kapott. Azokat a hólyagkatétert viselő betegeket is bevontuk, akik a kórházon belül kerültek áthelyezésre, vagy akiket a kórházból másik intézménybe helyeztek át. A vizsgálatból kizártuk azon betegeket, akiknél a kórházi kezelés alatt nem történt hólyagkatéter-behelyezés, vagy intermitáló módon katéterezték meg, továbbá akik egyéb felső húgyúti vagy alternatív eszközt viseltek (kettős-J húgyvezeték katéter, TRD, epicisztóma, nefrosztóma). Kizártuk továbbá a másik intézményből hólyagkatéterrel áthelyezett betegeket, vagy akik otthonukban eleve hólyagkatétert viseltek. Szintén kizártuk a folyamatban levő, még le nem zárt betegdokumentációkat és a kórházi ellátás során elhunyt betegeket.

A retrospektív betegdokumentáció-elemzés célja a hólyagkatéterrel kapcsolatos dokumentációvezetés gyakorlatának vizsgálata volt. A dokumentációkból a hólyagkatéter-alkalmazás elrendelésére, az elrendelő orvos azonosítására, a behelyezés helyszínére, a behelyezett eszköz méretére, a ballon feltöltésére, a behelyezés időpontjára, a behelyező személy azonosítására, a katéter napi fenntartására, a katéter napjának jelölésére, a hólyagkatéter-cserére, a vizeletgyűjtőzsák-cserére, a hólyagkatéter eltávolítására, a hólyagkatéteres napok és ápolási napok számára vonatkozó adatokat gyűjtöttük. A megfelelő esetszám elérése céljából a vizsgálat alá kijelölt osztályokról 2023. február 1. – 2023. május 31. közötti időszakban ápolat és kiírt betegek lezárt dokumentációját elemeztük. Adatforrásként az osztályok helyszínén papíralapon elért lázlap, ápolási lap, kórlap, napi lap, ambuláns lap, és az elektronikus úton rögzített dokumentáció együttese szolgált. Az egyedi, betegszintű adatokat strukturált adatgyűjtőlapon rögzítettük, amelyhez a kitöltés segítése érdekében útmutató készült.

A prospektíven végzett megfigyelés célja a behelyezett hólyagkatéter megfelelő rögzítésére és a vizeletgyűjtő és elvezető rendszer elhelyezésére vonatkozó kritériumok megfigyelésének vizsgálata volt. A vizsgálat napján az osztályon tartózkodó összes betegre, az összes hólyagkatétert viselő betegre, a hólyagkatéter állapotára és elhelyezésére vonatkozó adatokat gyűjtöttük. Az adatok torzításának elkerülése érdekében a fekvőbetegeket vontuk megfigyelésbe, a járóképes betegeket kizártuk. Az adatgyűjtést a vizsgált időszakban közvetlenül a betegágy mellett 15 egymást követő hétköznapon minden délelőtt egy alkalommal végeztük. A prospektív megfigyeléshez a módszertani levél ajánlása alapján készített ellenőrző listát alkalmaztuk. A betegdokumentáció-elemzéssel és a megfigyeléssel összegyűjtött adatok rögzítésére és összesítésére táblázat készült.

A prospektív dokumentáció elemzésének célja annak vizsgálata volt, hogy a módszertani levél ajánlásai teljesülnek-e az intézmény hólyagkatéterezési eljárásrendjében, a

surveillance tevékenységben és a dolgozók oktatására vonatkozó anyagokban. Ennek keretében az elemzés során az intézményben elért dokumentációk tartalmát összevetettük a módszertani levél ajánlásaival.

A klinikai auditba bevont belgyógyászati osztályokon dolgozó szakorvosok, rezidensek, szakápolók hólyagkatéter alkalmazásával kapcsolatos ismereteinek felmérésére, az osztályos gyakorlat egységességének feltérképezésére saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztunk. A kérdőívet úgy állítottuk össze, hogy 10-15 perc alatt kitölthető legyen. A kitöltés anonim módon, papíralapon, az osztályokra kihelyezett kérdőívekkel történt. A kitöltésre – tekintettel a nyári időszakra, a dolgozók munkaterhelésére és időhiányára – kéthetes időszakt határoztunk meg. A kérdőívek eredményeit online statisztikai módszer felhasználásával dolgoztuk fel.

Az intézményi gyakorlat vizsgálatának eredményei alapján feltárt gyengeségek okainak részletes elemzésére és a gyökérokok meghatározására ok-hatás diagram készült. Az intézményre jellemző gyökérokok azonosítását követően fejlesztési javaslatokat dolgoztunk ki prioritási mátrix alkalmazásával a fontosság, megvalósíthatóság, várható hatás döntési szempontok használatával.

Az általunk végzett klinikai audit folyamatát az 1. táblázat foglalja össze, amely az audit szerveződésétől az értékelésig

mutatja be az egymásra épülő lépéseket és az egyes lépések módszertani hátterét.

EREDMÉNYEK

Cikkünk célkitűzésével összhangban ez a fejezet az indikátorértékek részletes ismertetése helyett a leírt módszertan alkalmazása során levonható tanulságokra és a fejlesztési lehetőségeket feltáró elemekre fókuszál. A klinikai audit tervezését és előkészítését követően a gyakorlat vizsgálatához először az intézmény hólyagkatéter alkalmazásával kapcsolatos folyamatát azonosítottuk, amely az 1. ábrán látható.

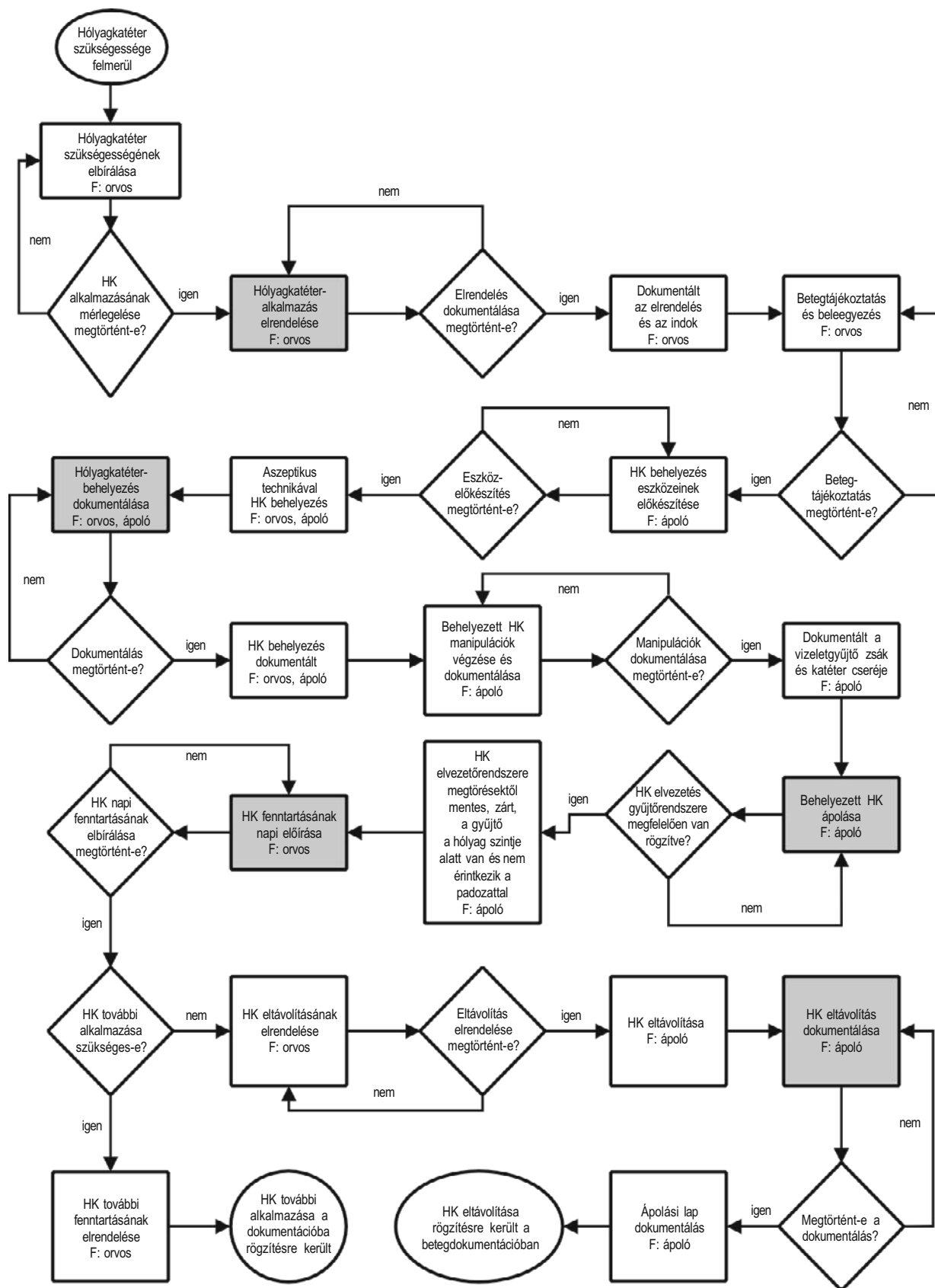
Az infekciókontroll-tevékenység rávilágított az intézmény hólyagkatéterezési gyakorlatának hiányosságaira. Mivel a projekt időkerete nem tette lehetővé a teljes gyakorlat átfogó elemzését, a gyors fejlődés érdekében az értékelés során a betegdokumentáció-vezetés hiányossága (a behelyezett hólyagkatéter-azonosítás és a behelyezés utáni követés), és a behelyezett hólyagkatéter megfelelő rögzítésének, elhelyezésének elmaradása került fókuszba. Ennek megfelelően az alábbi, a folyamatábrán kiemelt kritikus lépések kerültek meghatározásra:

1. A hólyagkatéter-alkalmazás elrendelése
2. A hólyagkatéter-behelyezés dokumentálása

Lépés száma	Audit lépés megnevezése	Alkalmazott módszertan
1.	Téma szakirodalmi kutatása	Hazai és nemzetközi adatbázis áttekintése
2.	Munkacsoport kialakítása	Érdekeltek térképezése stakeholder elemzéssel
3.	Célmeghatározás	Brainstorming, SMART alkalmazása
4.	Audit feladatok, felelősök megnevezése	Cél-feladat-módszer-eredmény mátrix készítés
5.	Audit ütemezésének felállítása	Gantt-diagram készítés
6.	A katéterezéssel kapcsolatos tevékenységek lépéseinek áttekintése	Folyamatábra készítése
7.	A vizsgálatra kerülő kritikus lépések megnevezése	Folyamatelemzés
8.	Kritériumok meghatározása a vizsgálandó kritikus lépésekhez	Módszertani levélben megfogalmazott szakmai megfelelőség rögzítése
9.	Indikátorok képzése a kritériumokhoz	Indikátor sablon használata
10.	Konkrét adatforrások és adatok megnevezése	Képzett indikátorok elemzése
11.	Adatgyűjtés módszerének meghatározása és eszközeinek létrehozása	Dokumentáció feltérképezése, gyakorlat végiggondolása
12.	Adatgyűjtés végrehajtása	Dokumentációelemzés, megfigyelés, kérdőíves felmérés
13.	Kapott adatok elemzése	Adatbázis készítés, statisztikai elemzés, indikátor értékek összevetése, tartalomelemzés
14.	Gyengeségek okainak felderítése, gyökérokok meghatározása	Ok-hatás diagram készítése
15.	Fejlesztendő területek és javaslatok megfogalmazása	Prioritási mátrix készítése
16.	Összefoglaló jelentés elkészítése, audit lezárása	Eredmények szintézise

1. táblázat

A hólyagkatéterezési gyakorlat klinikai audit folyamatának lépései (saját szerkesztés a Betegbiztonság a gyakorlatban, 2021 alapján)



1. ábra

Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház hólyagkatéter alkalmazási gyakorlatának folyamatábrája Jelmagyarázat: HK - hólyagkatéter, F - felelős. (saját szerkesztés az Egészségügyi Jógyakorlatok Online Katalógusa, húgyúti katéterrel összefüggő fertőzések megelőzése, folyamatábra alapján)

3. A behelyezett hólyagkatéter ápolása
4. A hólyagkatéter fenntartásának napi elbírálása
5. A behelyezett hólyagkatéter eltávolításának dokumentálása

A meghatározott kritikus lépések vizsgálatához a 2. táblázatban látható kritériumokat, részindikátorokat és adatforrásokat határoztuk meg. A gyakorlat értékelésére az alábbi öt fő indikátort képeztük:

1. Hólyagkatéter-behelyezés indokoltsága és elrendelés dokumentáltságának megfelelése
2. A hólyagkatéter-behelyezés dokumentáltságának megfelelése
3. A behelyezett hólyagkatéter elhelyezésének, rögzítésének megfelelése
4. A behelyezett hólyagkatéter fenntartás napi dokumentáltságának megfelelése
5. A hólyagkatéter-eltávolítás dokumentáltságának megfelelése

Minden fő indikátort az értékelhetőség és pontosság érdekében a táblázatban megjelenített részindikátorokra bontottunk szét.

A kritériumok teljesülésének mérésére megoszlási vizsonyszám jellegű indikátorokat képeztünk. Az elméleti (optimális) célérték minden indikátor esetében 100% volt. Mivel a korábbi évekből mérési eredmények nem álltak rendelkezésünkre, a gyakorlati (elérendő) célértékeket a jelenleg tapasztalt gyakorlat és az előzetes várakozások alapján határoztuk meg, így minden részindikátorhoz külön célértéket rendeltünk.

A retrospektív betegdokumentáció-elemzéshez az adatgyűjtést a 3. táblázatban bemutatott adatlap segítségével végeztük (a 3-as táblázatot a cikk online változatában mellékletben közöljük). Az adatlap használhatósága érdekében a csoporttagok együtt tesztelték az eszközt, közösen átnézve a betegdokumentációt és kitöltve az adatlapot. A tesztelés után értékeltük az adatlap tartalmát és a kitöltés tapasztalatait. A próbatöltés során derült ki, hogy a vizsgált betegek esetében az első hólyagkatéterezés a Sürgősségi Betegellátó Osztályon (továbbiakban: SBO) történt. Mivel a klinikai audittal intézményi szinten szeretnénk volna felmérni a gyakorlatot, módosítottunk az adatlapon, és az auditot kiterjesztettük az SBO-ra. Adatforrásokhoz helyben, az SBO-n jutottunk, ahol a betegdokumentációkból a katéter alkalmazásának indokoltságára, elrendelésére és behelyezésére vonatkozó dokumentált adatokat nyertük ki.

Az egységes struktúra érdekében az adatgyűjtő laphoz a 4. táblázatban prezentált kitöltési útmutató készült. Az útmutató rögzítette a kigyűjtendő adatok magyarázatát és jelölési módját, ezáltal az adatgyűjtésben részt vevők egyértelmű iránymutatást kaptak, hogy a betegdokumentációból mely adatokra van szükség.

A belgyógyászati osztályok dokumentációs elemzése rámutatott, hogy az ápolási lapokon nem egységesen dokumentálják a hólyagkatéter használatát. Emiatt átvizsgáltuk az

intézmény fekvő betegellátó osztályain alkalmazott ápolási lapokat és elemeztük a katéter jelölésének módját. Az intézményi gyakorlat egységesítése és a hólyagkatéter azonosítása érdekében szükséges a helyi eljárásrendben rögzíteni a dokumentációs elvárásokat.

A prospektív megfigyeléshez az 5. táblázatban található ellenőrző listát alkalmaztuk (az 5-ös táblázatot a cikk online változatában mellékletben közöljük). A vizsgált belgyógyászati osztályok eredményei jelentős eltérést mutattak, ezért a megfigyelést az intézmény többi felnőtt betegellátó osztályára is kiterjesztettük pontprevalencia formájában.

A prospektív dokumentáció elemzés keretében a helyi hólyagkatéterezési eljárásrendet, az intézményi surveillance eljárásrendet, valamint a katéterezéssel kapcsolatos intézményi oktatási anyagokat és képzési módszereket vizsgáltuk. A módszertani levél részletesen ismerteti mindegyik terület ajánlott elemeit. A helyi eljárásrendben a hólyagkatéter-alkalmazás indikációiról, a katéter aszeptikus behelyezésének feltételeiről, a katéterezést végzőkről, a dokumentációs elvárásokról és a katéter ápolásáról szükséges rendelkezni. A surveillance gyakorlat intézményi eljárás rendjében rögzíteni kell a hólyagkatéter-használattal összefüggő húgyúti fertőzések, katéterhasználat gyakoriság felmérésének időszakát, helyét és érintett populációját. Tartalmaznia kell a katéteres napok és ápolási napok számának, a katéterbe helyezés indikációinak gyűjtésére vonatkozó előírásokat, a katéter használatának vizsgálatára képzett indikátorokat és az eredmények visszacsatolásának módját. Oktatásban az új dolgozókat és rendszeres továbbképzés formájában minden egészségügyi dolgozót részesíteni kell. Az oktatás után fel kell mérni a dolgozók tudását és gyakorlatát.

A belgyógyászati osztályokon a helyi gyakorlatról és ismeretekről megkérdezett 30 dolgozó közül 21 fő töltötte ki a kérdőívet. Egyetlen kérdőívet sem kellett teljesen kizárunk a feldolgozás során, de a hiányos vagy nem releváns válaszokat figyelmen kívül hagytuk.

Az audit adatainak összegyűjtését és az indikátorok értékelését követően a feltárt gyengeségek okainak részletes elemzésére ok-hatás (Ishikawa) diagramot alkalmaztunk. Az elemzés során az alábbi fő gyökérokot azonosítottuk:

1. A felülvizsgálati szempontok hiánya miatt az intézményi hólyagkatéterezési eljárásrendjének aktualizálása elmaradt.
2. A hiányos oktatási tevékenység miatt a dolgozók ismerethiánya.
3. Az ellenőrzési szempontok kidolgozatlansága miatt a hólyagkatéterezési gyakorlat rendszeres intézményi felmérésének hiánya.
4. A surveillance tevékenység tervezésének hiányossága miatt intézményi és osztályos szinten a hólyagkatéterezéssel kapcsolatos gyakorlatra vonatkozó rendszeres adatgyűjtés elmaradása.
5. Az intézményi betegdokumentáció-fejlesztés elmaradása miatt nem egységes a hólyagkatéter-alkalmazás jelölése.
6. Intézményi munkacsoport szervezésének hiánya miatt a hólyagkatéterezéssel kapcsolatos tevékenységek, dokumentumok fejlesztése strukturálatlan.

Kritériumok	Részindikátorok	Számláló	Nevező
A hólyagkatéter behelyezésének elrendelése akkor jó, ha indokolt esetben történt, dokumentált az elrendelés indoka és azonosítható az orvosi elrendelés	Megfelelő indikációval behelyezett hólyagkatéterek aránya	Azok száma, akiknél megfelelő indok alapján helyezték be a katétert	Az osztályon ellátott összes hólyagkatéterezett beteg száma a vizsgált időszakban
	A katéter behelyezés indokának dokumentálási aránya	Azok száma, akiknél a katéter behelyezés indoka dokumentált	
	A katéter behelyezésére vonatkozó orvosi elrendelés dokumentálási aránya	Azok száma, akiknél az orvosi elrendelés dokumentált	
	Adatforrás: kórlap, ápolási lap, lázlap, napi lap, ambuláns lap, dekurus		
A hólyagkatéter-behelyezés dokumentálása akkor jó, ha rögzítésre kerül a behelyezés dátuma és időpontja, a katéter mérete, a ballon feltöltésére alkalmazott steril víz mennyisége és a behelyezést végző neve	A hólyagkatéter-behelyezés időpontjának dokumentálási aránya	Azon katéterezések száma, ahol dokumentált a katéter behelyezés pontos időpontja	Az osztályon ellátott összes hólyagkatéterezett beteg összes katéterezésének száma a vizsgált időszakban
	A katéter behelyezését végző személy nevének dokumentálási aránya	Azon katéterezések száma, ahol dokumentált a behelyezést végző személy neve	
	A ballon feltöltésére használt steril víz mennyiségének dokumentálási aránya	Azon katéterezések száma, ahol dokumentált a steril víz mennyisége	
	A behelyezett katéter méretének dokumentálási aránya	Azon katéterezések száma, ahol dokumentált a behelyezett katéter mérete	
Adatforrás: kórlap, ápolási lap, lázlap, napi lap, ambuláns lap, dekurus			
A hólyagkatéter további alkalmazása akkor jó, ha naponta dokumentált a szükségességének elbírálása, fenntartásának indoka és a katéter napja	A behelyezett hólyagkatéter fenntartásának napi dokumentálási aránya	Azon napok száma, ahol a katéter fenntartása dokumentált	Az osztályon ellátott összes hólyagkatéterezett beteg összes katéteres napjainak száma a vizsgált időszakban
	A behelyezett hólyagkatéter ápolási napi lapon történő napi dokumentálási aránya	Azon napok száma, ahol a katéter napjának jelölése dokumentált az ápolási napi lapon	
	Adatforrás: kórlap, ápolási lap, lázlap, dekurus		
A hólyagkatéter eltávolításának dokumentálása akkor jó, ha rögzítésre kerül az eltávolítás dátuma és időpontja, az eltávolítás kritériuma	A behelyezett katéter végleges eltávolítási kritériumainak dokumentálási aránya	Azok száma, akiknél a katéter eltávolítás kritériuma dokumentált	Az osztályon ápolt összes hólyagkatéterezett beteg száma, akiknél végleges eltávolításra került a katéter a vizsgált időszakban
	A hólyagkatéter eltávolítás időpontjának dokumentálási aránya	Azok száma, akiknél a katéter eltávolításának pontos időpontja dokumentált	
	Adatforrás: kórlap, ápolási lap, lázlap, dekurus		
A behelyezett hólyagkatéter ápolása akkor jó, ha a vizeletelvezető és gyűjtőrendszer megtörtétől mentesen kerül elhelyezésre, a vizeletgyűjtőzsák folyamatosan a húgyhólyag szintje alatt van, a padozattal nem érintkezik, és a zárt vizeletelvezető rendszer fenntartott	Megtörtétől mentesen, a húgyhólyag szintje alatt elhelyezett katéter vizeletelvezető és gyűjtőrendszerek aránya	Azon észlelt katéterek száma, amelyek elvezető és gyűjtőrendszere megtörtétől mentesen a hólyag szintje alatt került rögzítésre	Az osztályon megfigyelt összes katéter száma a vizsgált időszakban
	A padozattal nem érintkező katéter vizeletgyűjtőzsákok aránya	Azon észlelt katéterek száma, amelyek vizeletgyűjtő zsákja a padozattal nem érintkezik	
	A zárt vizeletelvezető rendszer fenntartásának aránya	Azon észlelt katéterek száma, amelyeknél a vizeletelvezető rendszer zárt	
Adatforrás: a vizeletelvezető és gyűjtőrendszer helyszíni, betegség melletti megfigyelése			

2. táblázat

Vizsgálathoz alkalmazott kritériumok, részindikátorok, adatforrások (saját szerkesztés)

7. Az alacsony dolgozói létszám, a már kialakult osztályos gyakorlat, a rendszeres oktatás és ellenőrzések elmá-
dása miatt a dolgozók nem motiváltak a hólyagkatéterezést érintő szabályzatok megismerésére és alkalmazására.

Törzsadat	A beteg kórlapján szereplő 7-jegyű szám kiírása
Orvosi diagnózis	A beteg felvételének, kórházi kezelésének oka
Sürgősségi Osztályon behelyezett HK	A katéter első behelyezése a Sürgősségi osztályon történt-e, jelölése igen/nem
Vizsgált osztályon behelyezett HK	A katéter első behelyezése az osztályon történt-e, jelölése igen/nem
HK behelyezésének helye eltér	A katéter első behelyezésének helye nem az SBO és nem a vizsgált osztály volt, jelölése igen/nem
Behelyezés indoka	Egyértelműen, bármelyik dokumentumban szerepel, hogy miért helyeztek be katétert, jelölése igen/nem
Indok megnevezése	A dokumentációban szereplő indok konkrét megnevezése
Klinikailag indokolt	A katéter behelyezése a beteg diagnózisa, kezelése, a dokumentált adatok alapján indokolt, jelölése igen/nem
Elrendelő személy	Az orvosi elrendelés egyértelműen azonosítható bármelyik dokumentumban, jelölése igen/nem
Behelyezés időpontja	Bármelyik dokumentumban egyértelműen szerepel a pontos időpont (óra/perc), jelölése igen/nem
HK mérete	Bármelyik dokumentumban szerepel a behelyezett katéter mérete, jelölése igen/nem
Ballon feltöltés ml	Bármelyik dokumentumban szerepel a behelyezett katéter rögzítésére alkalmazott steril víz mennyisége, jelölése igen/nem
Behelyező személye	Bármelyik dokumentumban azonosítható a behelyezést végző dolgozó neve, vagy aláírása, jelölése igen/nem
Napi fenntartás	Bármelyik dokumentumban naponta egyértelműen szerepel a katéter alkalmazásának további szükségessége, jelölése igen/nem, igen esetében a napok számát összegezni
Napi jelölés	Bármelyik dokumentumban naponta vezetett, hogy a behelyezett katéter hányadik napos, jelölése igen/nem, igen esetében a napok számát összegezni
HK zsák csere	Bármelyik dokumentumban szerepel a katéterzsák csere napja, jelölése igen/nem
HK csere	Bármelyik dokumentumban szerepel a katéter csere napja, jelölése igen/nem, igen esetében hányadik napon történt a csere
Eltávolítás időpontja	Bármelyik dokumentumban egyértelműen szerepel a pontos időpont (óra/perc), jelölése igen/nem
Eltávolítás kritériuma	Bármelyik dokumentumban szerepel a katéter végleges eltávolításának indoka, jelölése igen/nem
HK-val távozott	A beteg katéterrel ment haza, jelölése igen/nem
HK napok száma	A beteg összes katéteres napjainak száma, jelölése pontos szám
Ápolási napok száma	A beteg összes ápolási napjainak száma, jelölése pontos szám
Megjegyzés (leírható részletesen)	Bármi, amit az eset elemzésénél még kiemelnénk (pl. jelölt a beteg esetleges katéterrel kapcsolatos panasa, a vizelet megfigyelés adata)

4. táblázat

Adatgyűjtő lap kitöltési útmutató Jelmagyarázat: HK - hólyagkatéter, F - felelős. (saját szerkesztés)

Az azonosított okokra reagálva egy komplex, több pilléren nyugvó tervet és fejlesztési javaslatokat dolgoztunk ki. A meghatározott megoldási irányok a gyakorlat javítását több szinten célozták meg:

1. Szabályozás és oktatás: az intézményi eljárásrendek módszertani levélhez igazított felülvizsgálata, valamint a rendszeres és strukturált dolgozói oktatás bevezetése.
2. Dokumentáció és ellenőrzés: javaslatot tettünk az egységes dokumentációt támogató formanyomtatványok és elektronikus napi lapok kialakítására, továbbá a belső auditok és a célzott surveillance adatgyűjtés folyamatos működtetésére.
3. Szervezeti kultúra: kiemelt hangsúlyt kapott egy multidiszciplináris munkacsoport felállítása, illetve a dolgozói motiváció és a betegbiztonságot támogató szervezeti kultúra fejlesztése.

Annak érdekében, hogy ezen sokrétű beavatkozások megvalósításának rangsorolása objektív alapokon nyugodjon, a munkacsoport a javaslatokat egy prioritási mátrix alkalmazásával értékelte, majd a kapott értékek alapján rangsorolta a javaslatokat, ami biztosította a leghatékonyabb fejlesztések fókuszba helyezését. Jelen közlemény módszertani célkitűzésével összhangban a specifikus intézményi terv, a pontos mátrixértékek részletes ismertetésétől eltekintünk.

MEGBESZÉLÉS

A betegbiztonság fejlesztéséhez és a betegellátás minőségének javításához elengedhetetlen a szakmai folyamatok értékelése. A tanulmányunkban bemutatott minőségértékelési módszer a gyakorlatban jól működött és megvalósítható volt, a módszerrel feltártuk a releváns okokat, és hasznos fejlesztési javaslatokat határoztunk meg. A jövőbeli vizsgálatok eredményeinek összehasonlításához és a fejlődés mérésének érdekében fontos, hogy az értékelés egymásra épülő lépéseit a későbbi elemzések során is pontosan kövessük.

A gyakorlat értékelésére a klinikai audit módszerét alkalmaztuk, mert a szakmai folyamatok értékeléséhez jó eszköz, továbbá a hazai módszertani útmutató [25] és a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES 2.0) is ráirányították a figyelmet. Az audit tervezésekor mindig meg kell határozni azt a szakmai szabályt, amelynek elvárásait szeretnénk vizsgálni. Felmérésünkben a gyakorlatot az országos tisztifőorvos által 2019-ben kiadott, a hólyagkatéterrel összefüggő húgyúti fertőzés megelőzéséről szóló módszertani levelet vettük alapul. A gyakorlat vizsgálata mellett érdemes a szakmai munka egyes részeit külön is elemezni, különösen az észlelt hiányosságok okaira fókuszálva. A rendszeres adatgyűjtésből származó mutatók (pl. katéterhasználati arány, húgyúti fertőzések száma, dokumentációs hibák) felhívják a figyelmet arra, hogy mely területen vannak a gyakorlatban gyengeségek, így eldönthető az is, hogy a felmérést intézményi vagy osztályos szintre terjedően végezzük-e el.

A módszert adaptáló intézménynek eltérhet az audit célkitűzése a vizsgálatunk szempontjaitól, így a saját hólyag-

katétezerzési folyamatának elemzése után a kritikus pontok kijelölése, a kritériumok és indikátorok meghatározása változhat. A vizsgálathoz szükséges adatgyűjtési módszerek is eltérhetnek. A vizsgálatunkban a könnyebb hozzáférhetőség és az audit tervezett időkeretének figyelembevétele miatt retrospektív betegdokumentáció elemzést alkalmaztunk. Az adatok gyűjtéshez a kidolgozott lapok egységes szemléletet biztosítottak, de tartalmi elemeik fejleszthetők, illetve a vizsgálat céljához pontosan igazíthatók. Mivel elemzésünk középpontjában a dokumentációvezetés és a behelyezett hólyagkatéter ápolásának egyik aspektusa állt, az adatgyűjtő lapokat ennek megfelelően alakítottuk ki. A betegdokumentáció elemzésére egy még inkább strukturált lap kialakítása jobb lett volna, mivel a gyűjtött adatok egy részét nem értékeltük. A tanulmány korlátja az alacsony kérdőíves mintaszám. A dolgozók ismeretének felmérését a specifikus munkakörökre készített kérdéssorok, a kitöltési hajlandóságot pedig az adott osztály minőségirányítási feladatok bevonása javíthatta volna.

A vizsgálatunkhoz folyamatindikátorokat használtunk, mert a szakmai gyakorlat folyamatát szerettük volna felmérni, továbbá az eredményindikátorok értékét számos beteg tényező és külső tényező befolyásolja, amelyek függetlenek a szakmai munkától. Fontos kiemelni, hogy az indikátor értéke önmagában nem alkalmas a gyakorlat gyengeségeinek hátterében meghúzódó okok azonosítására, ezért végeztünk a vizsgálatunkban ok-hatás elemzést. Az oki kutatással feltárhatjuk, azokat a gyökérokot, amelyek kezelésével a gyakorlat javítható. A gyökérokokra épülő fejlesztési javaslatokat érdemes értékelni és rangsorolni prioritási mátrixszal, amely segít eldönteni, hogy melyik megoldásokat valósítsuk meg.

A klinikai audit megtervezése során alaposan végig kell gondolni a kivitelezéshez szükséges erőforrásokat. Saját projektünk tapasztalata alapján elengedhetetlen a szakmai tudás, a vizsgált téma és a minőségértékelés módszerének ismerete. Kardinális szempont a humán erőforrás biztosítása. A projektünk adatgyűjtésének része a nyári szabadságolások idejére esett, ami fokozott koordinációt igényelt. A vizsgálat kivitelezéséhez többlet időráfordítással kell számolni, bár esetünkben az adatgyűjtést munkaidőben végezhetjük. Fontos az adatok fizikai és elektronikus elérhetőségéhez a technikai háttér és infrastruktúra. Vizsgálatunkban az audit során

érintett osztályok együttműködésének köszönhetően külön helyiséget kaptunk a dokumentációk átnézésére. Az elektronikus adatokhoz saját munkaterületünkön férünk hozzá, mivel a vizsgálat helyszínein nem állt rendelkezésre szabad számítógép. Az erőforrások mellett a szakmai folyamatok eredményes értékeléséhez elengedhetetlen a vezetői támogatás. Ezt erősíti meg a 2024-ben kiadott MEES 2.1 kézikönyve, amely a klinikai audit működtetését a vezetési standardokba helyezte.

A vizsgálatunk egyik értéke, hogy a feltárt problémákra konkrét, a gyakorlatban megvalósított és bevezetett intézkedések megtörténtek, bár hatásuk utánkövetése egy jövőbeli klinikai audit tárgyát képezi. A másik értéke, hogy a betegbiztonság javításának érdekében szisztematikusan végrehajtottuk a bemutatott minőségértékelési folyamatot. A legfőbb tanulság, hogy ez a strukturált módszertan a gyakorlatban jól és biztonságosan alkalmazható. Az objektív adatokra épülő és prioritási mátrixszal támogatott akciótervek megalkotása pedig szilárd alapot adhat a szervezeti kultúra formálásához, valamint a minőségfejlesztési folyamatok elindításához.

KÖVETKEZTETÉS

A bemutatott minőségértékelési módszertan alkalmas a hólyagkatéterrel kapcsolatos szakmai folyamatok megfelelőségének vizsgálatára, a rendszeres értékelés pedig támogatja és hosszú távú hatással lehet a szabályozott folyamatok megfelelő, egységes végrehajtására.

A cikkben bemutatott, hólyagkatéterrel összefüggő fertőzések megelőzéséhez kapcsolódó gyakorlat felmérésének módszertana mint megosztott jógyakorlat alkalmazható más intézmények számára is.

A minőségértékelés fő célja a betegellátás minőségének javítása és a betegbiztonság fejlesztése, de ez nem egyszeri feladat. Fontos szempont, hogy a minőségértékelés, és így a klinikai auditok rendszeres végzése is beépüljön a mindennapi tevékenységünkbe, az intézetek készsége szinten végzett általános gyakorlatává váljon.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Ellahi A, Stewart F, Kidd EA et al.. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults, *Cochrane Database Syst Rev.* 2021; 6(6):CD004011. doi:10.1002/14651858.CD004011
- [2] Az országos tisztifőorvos módszertani levele a hólyagkatéterrel összefüggő húgyúti fertőzés megelőzésére. 2019. https://www.antsz.hu/felso_menu/temaink/jarany/modszertani_levelek (Megtekintve: 2022.12.16.)
- [3] Gomila A, Carratala J, Eliakim-Raz N et al.. Clinical outcomes of hospitalised patients with catheter-associated urinary tract infection in countries with a high rate of multidrug-resistance: the COMBACT-MAGNET RESCUING study, *Antimicrob Resist Infect Control.* 2019; 8: 198. doi: 10.1186/s13756-019-0656-6
- [4] Ma Y, Lu X. Indwelling catheter can increase postoperative urinary tract infection and may not be required in total

- joint arthroplasty: a meta-analysis of randomized controlled trial, *BMC Musculoskelet Disord.* 2021; 20(1): 11. doi: 10.1186/s12891-018-2395-x
- [5] Nemzeti Népegészségügyi Központ tájékoztatója a Nemzeti Nozokomiális Surveillance Rendszer kötelező moduljainak 2021. évi eredményeiről antsz.hu/data/cms109485/NNSR_jelentes_2021_1_resz_Kotelezo_surveillance_modulok.pdf (Megtekintve: 2023.07.21.)
- [6] Lachance CC, Grobelna A. Management of Patients with Long-Term Indwelling Urinary Catheters: A Review of Guidelines [Internet], Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. 2019 PMID: 31449368
- [7] Tenke P. A komplikált és az egészségügyi ellátással kapcsolatos húgyúti infekciók etiológiája, patomechanizmus és kezelési lehetőségei [Etiology, pathomechanism and treatment options of complicated and healthcare-associated urinary tract infections]. Doktori Értekezés, MTA Doktora Pályázat, 2016 https://real-d.mtak.hu/944/7/dc_1229_16_doktori_mu.pdf (Megtekintve: 2023.07.21.)
- [8] Az országos tisztifőorvos módszertani levele az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésének és felügyeletének megerősítésére intézményi és egyéni kockázat értékelésén keresztül. 2018 https://www.antsz.hu/data/cms89288/OTF_Modszer_tani_level_intezmenyi_egyeni_kockazattertekeles.pdf (Megtekintve: 2023.07.21.)
- [9] Nicolle LE. Catheter associated urinary tract infections, *Antimicrobial Resistance and Infection Control.* 2014; 3: 23. doi: 10.1186/2047-2994-3-23
- [10] Gould CV. In pursuit of appropriate urinary catheter indications: details matter, *Ann Intern Med.* 2015; 5(Suppl 9): S35-6. doi: 10.7326/M14-1610
- [11] Meneguetti MG, Ciol MA, Bellissimo-Rodrigues F et al.. Long-term prevention of catheter-associated urinary tract infections among critically ill patients through the implementation of an educational program and a daily checklist for maintenance of indwelling urinary catheters: A quasi-experimental study, *Medicine (Baltimore).* 2019; 98(8): e14417. doi: 10.1097/MD.00000000000014417
- [12] Laborde E, Hill H, Dukovac TE et al.. A Nurse-Driven Protocol for Foley Catheter Utilization Decreases the Incidence of Teumatic Foley Catheterization, *Ochsner J.* 2021; 21(1): 41-62. doi: 10.31486/toj.20.0004
- [13] Queiroz Miranda ME, Rosa MR, Novelli E et al.. Nursing protocols to reduce urinary tract infection caused by indwelling catheters: an integrative review, *Rev Bras Enferm.* 2023; 76(2): e20220067. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0067.
- [14] Schiessler MM, Darwin LM, Phipps AR et al.. Don't Have a Doubt, Get the Catheter Out: A Nurse-Driven CAUTI Prevention Protocol, *Pediatr Qual Saf.* 2019; 4(4): e183. doi: 10.1097/pq9.0000000000000183
- [15] Mitchell B, Curryer C, Holliday E et al.. Effectiveness of meatal cleaning in the prevention of catheter-associated urinary tract infections and bacteriuria: an updated systematic review and meta-analysis, *BMJ Open.* 2021; 11(6): e046817. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046817
- [16] Zhu L, Jiang R, Kong X et al.. Effects of various catheter fix sites on catheter-associated lower urinary tract symptoms, *Exp Ther Med.* 2021; 21(1): 47. doi: 10.3892/etm.2020.9478
- [17] Shen Y, Cui H. Diagnostic accuracy of electronic surveillance tool for catheter-associated urinary tract infections in tertiary care hospitals: A meta-analysis, *Medicine (Baltimore).* 2021; 100(39): e27363. doi: 10.1097/MD.00000000000027363
- [18] 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről 2. § c) pontja (Megtekintve: 2023.07. 21.)
- [19] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 136. § (1) bekezdés (Megtekintve: 2022.12. 29.)
- [20] 60/2003. (X. 20.) EszCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 4. számú melléklet (Megtekintve: 2022.12.29.)
- [21] Bhatt NR, Mohammed W, Wagner P et al.. Urinary Catheters in the emergency department: a prospective audit to improve quality control, *Cent European J Urol.* 2019; 72(1): 62-65. doi: 10.5173/ceju.2019.1731
- [22] Hascic A, Wolfensberger A, Clack L et al.. Documentation of adherence to infection prevention best practice in patient records: a mixed-methods investigation, *Antimicrob Resist Infect Control.* 2022; 11(1): 107. doi: 10.1186/s13756-022-01139-2
- [23] Okeke CJ, Ogunjimi MA, Jeje EA et al.. Urinary Catheter Documentation in a Nigerian Teaching Hospital: Are We Recording Enough?, *J West Afr Coll Surg.* 2023; 13(2): 45-48. doi: 10.4103/jwas.jwas_288_22
- [24] Van Decker CC, Bosch N, Murphy J. Catheter-associated urinary tract infection reduction in critical care units: a bundled care model, *BMJ Open Qual.* 2021; 10(4): e001534. doi: 10.1136/bmjopen-2021-001534
- [25] Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) módszertani útmutatója a klinikai audit gyakorlati alkalmazásához, *Egészségügyi Közlöny.* 2022; LXXII/3: 377-396. (Megtekintve: 2023.01.20.)
- [26] Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok 2.0 (MEES 2.0), *Egészségügyi Közlöny.* 2019; LXIX/17: 1851-1972. (Megtekintve: 2023.01.20.)
- [27] Saleh A, Nancy D, Fahmi A-S et al.. Effects of a team Quality Improvement method in a national clinical audit programme of four clinical specialties in Ministry of Health hospitals in Saudi Arabia, *Int J Qual Health Care.* 2024; 36(1): mza107. doi: 10.1093/intqhc/mza107

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Pintér Katalin jogi szakokleveles diplomás ápoló, egészségügyi menedzsment specialista, okleveles egészségügyi-minőségügyi és betegbiztonsági menedzser. Közvetlen betegellátásban

25 éven át dolgozott ápolói munkakörben, nyolc évig vezető ápolói feladatokat is ellátott, majd a népegészségügy területén közegészségügyi-járványügyi szakügyintézőként végzett tevékenységet. 2021 óta a Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház Minőségirányítási és Higiénés osztályán dolgozik.



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

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



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

dzserképző Központjának docense, operatív igazgatóhelyettese, valamint az Egészségügyi Közszolgálati Kar általános dékánhelyettese. A Betegbiztonsági Tanszék tanszékvezetőjeként betegbiztonság és minőségügyi témakörökben rendszeresen oktat graduális és posztgraduális kurzusokon, a NEVES betegbiztonsági program társvezetője.

1. számú melléklet

3. táblázat

Adatgyűjtő lap a betegdokumentáció elemzéséhez (saját szerkesztés)

A kigyűjtendő adatok	Betegek /adatok jelölése				
	1. beteg	2. beteg	3. beteg	4. beteg	5. beteg
Törzsadat					
Orvosi diagnózis					
Sürgősségi osztályon behelyezett HK					
Vizsgált osztályon behelyezett HK					
HK behelyezésének helye eltér					
Behelyezés indoka					
Indok megnevezése					
Klinikailag indokolt					
Elrendelő személy					
Behelyezés időpontja					
HK mérete					
Ballon feltöltés ml					
Behelyező személye					
Napi fenntartás					
Napi jelölés					
HK zsák csere					
HK csere					
Eltávolítás időpontja					
Eltávolítás kritériuma					
HK-val távozott					
HK napok száma					
Ápolási napok száma					
Megjegyzés (leírható részletesen)					

2. számú melléklet

5. táblázat
Ellenőrzőlista a hólyagkatéter elhelyezés gyakorlatának megfigyeléséhez (saját szerkesztés)

Osztály:	Megfigyelési szempontok							
Dátum:								
Összes betegszám:	Zárt rendszer fenntartott		A vizeletelvezető és -gyűjtőrendszer megtöretéstől mentes		A vizeletgyűjtőzsák a hólyag szintje alatt került elhelyezésre		A vizeletgyűjtőzsák érintkezik a padozattal	
HK betegszám:								
Kórterem/ágyszám	igen	nem	igen	nem	igen	nem	igen	nem

Termékenységgel összefüggő életminőség-vizsgálat a meddőségi ellátásban részt vevő nők körében

Fertility-related quality of life among women in infertility care

Leitert-Eichardt Eszter^{1,2}, Lengyel Livia³

¹ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

² For Life Medical Center, Budapest

³ Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

Bevezetés: A meddőség világszerte jelentős népességügyi probléma, amely élete során megközelítőleg minden hatodik embert érint. A termékenységi problémák és az azokhoz kapcsolódó kivizsgálási és kezelési folyamat az érintettek életminőségének számos területére, így érzelmi jólétükre, testi és mentális állapotukra, valamint társas és párkapcsolati működésükre is hatással lehet. Kutatásunk célja a meddőségi ellátásban részt vevő nők termékenységgel összefüggő életminőségének és az azt befolyásoló tényezőknek a vizsgálata, továbbá annak feltárása volt, hogy a közfinanszírozott meddőségi ellátás mellett milyen mértékben és milyen okokból vesznek igénybe magánfinanszírozott szolgáltatásokat.

Módszertan: Kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálatunkat online adatfelvétellel, meddőséggel érintetteket tömörítő közösségimédia-csoportokban végzett kényelmi mintavétellel végeztük. A vizsgálatba olyan nőket vontunk be, akik korábban köz- vagy magánfinanszírozásban meddőségi kivizsgálásban vagy kezelésben vettek részt, és az adatfelvétel időpontjában is kivizsgálás vagy kezelés alatt álltak. A termékenységgel összefüggő életminőséget a standardizált, validált, magyar nyelven is elérhető Fertility Quality of Life (FertiQoL) kérdőívvel mértük. Az adatfelvételt szociodemográfiai jellemzőkre, a meddőségi betegútra, valamint a köz- és magánfinanszírozott ellátás igénybevételére vonatkozó saját kérdésekkel egészítettük ki.

Eredmények: A kérdőívet 129 fő töltötte ki; a kizárási kritériumok alkalmazását követően 120 válaszadó adatait elemeztük. Az átlagos Total FertiQoL-pontszám $57,49 \pm 15,51$ volt. A vizsgált alskálák közül az érzelmi dimenzióban mértük a legalacsonyabb ($48,30 \pm 19,37$), míg a kapcsolati dimenzióban a legmagasabb átlagos pontszámot ($77,26 \pm 15,97$). A Total FertiQoL-pontszám gyenge negatív összefüggést mutatott az iskolai végzettséggel ($r_s = -0,200$; $p = 0,037$), és pozitív összefüggést az általános életminőség megítélésével ($r_s = 0,256$; $p = 0,007$). Az életkor az érzelmi ($r_s = 0,222$; $p = 0,015$) és a testi-lelki ($r = 0,201$; $p = 0,028$) dimenzióval mutatott pozitív összefüggést. A kezelés aktuális szakasza szintén összefüggött az életminőséggel: a sikertelen beültetésen már átesett válaszadók Total FertiQoL-pontszáma átlagosan 10,21 ponttal alacsonyabb volt az első kezelésüknél tartókénál

($p = 0,014$). A közfinanszírozott asszisztált reprodukciós ellátást igénybe vevők 91%-a magánfinanszírozott szolgáltatást is igénybe vett. Ennek leggyakoribb indoka a gyorsabb időponthoz jutás (57,5%), illetve az adott vizsgálat közfinanszírozott elérhetőségének hiánya (41,7%) volt.

Következtetés: Eredményeink alapján a meddőségi ellátásban részt vevő nők termékenységgel összefüggő életminősége különösen az érzelmi dimenzióban kedvezőtlen, és összefüggést mutat egyes szociodemográfiai, valamint a kezelési folyamatra jellemző tényezőkkel. A sikertelen beültetésen már átesett páciensek alacsonyabb életminőség pontszámai arra utalnak, hogy a kezelés előrehaladtával és a sikertelen kezelési események megjelenésével fokozott figyelmet érdemelhet az érintettek pszichoszociális támogatása. A közfinanszírozott meddőségi ellátás mellett tapasztalt magas magánellátás-igénybevétel elsősorban hozzáférési és időtényezőkkel függ össze, ami a meddőségi betegút szervezésének és az ellátáshoz való időben történő hozzáférésnek a jelentőségére hívja fel a figyelmet.

Kulcsszavak: meddőség, életminőség, termékenységgel összefüggő életminőség, FertiQoL

Introduction: Infertility is a major global public health issue, affecting approximately one in six people during their lifetime. Fertility problems and the associated diagnostic and treatment processes may affect multiple dimensions of quality of life, including emotional well-being, physical and mental health, and social and partner relationships. This study aimed to assess fertility-related quality of life and its associated factors among women undergoing infertility care, and to explore the extent to which and the reasons why privately financed services are used alongside publicly funded infertility care.

Methods: We conducted a quantitative cross-sectional study using online data collection and convenience sampling through social media groups for people affected by infertility. Women were eligible if they had previously undergone infertility investigation or treatment in either publicly or privately financed care and were still undergoing investigation or treatment at the time of data collection. Fertility-related quality of life was assessed using the standardised, validated Fertility

Quality of Life (FertiQoL) questionnaire, which is also available in Hungarian. The survey was supplemented with study-specific questions addressing sociodemographic characteristics, the infertility care pathway, and the use of publicly and privately financed healthcare services.

Results: A total of 129 women completed the questionnaire; after applying the exclusion criteria, data from 120 respondents were included in the analysis. The mean Total FertiQoL score was 57.49 ± 15.51 . Among the subscales, the lowest mean score was observed for the Emotional domain (48.30 ± 19.37), whereas the highest was recorded for the Relational domain (77.26 ± 15.97). Total FertiQoL showed a weak negative association with educational attainment ($r_s = -0.200$; $p = 0.037$) and a positive association with self-rated general quality of life ($r_s = 0.256$; $p = 0.007$). Age was positively associated with the Emotional ($r_s = 0.222$; $p = 0.015$) and Mind/Body ($r_s = 0.201$; $p = 0.028$) domains. Fertility-related quality of life also differed according to the stage of treatment: respondents who had already experienced an unsuccessful embryo transfer had a mean Total FertiQoL score 10.21 points lower than those undergoing their first treatment ($p = 0.014$). Among women receiving publicly funded assisted reproduction care, 91% also used privately financed healthcare services. The most frequently reported reasons were faster access to appointments (57.5%) and the unavailability of the required examination within publicly funded care (41.7%).

Conclusions: Fertility-related quality of life among women undergoing infertility care was particularly impaired in the emotional domain and was associated with selected sociodemographic and treatment-related factors. Lower quality-of-life scores among women who had already experienced an unsuccessful embryo transfer suggest that particular attention should be paid to psychosocial support as treatment progresses and unsuccessful treatment events accumulate. The high utilisation of privately financed services alongside publicly funded infertility care was primarily related to access and timeliness, highlighting the importance of care pathway organisation and timely access to diagnostic and treatment services.

Keywords: infertility, quality of life, fertility quality of life, FertiQoL

BEVEZETÉS

A meddőség globálisan érinti a lakosságot, a World Health Organization (WHO) adatai alapján minden hatodik ember élete során valamilyen formában küzd meddőségi problémával. Az élethosszig tartó prevalencia 17,5%, míg a periódus prevalencia 12,6% [1]. A termékenység társadalmi és egyéni szinten is kiemelt jelentőségű probléma, hiszen közvetlen hatással van az egyének családi és magánéletére,

érzelmi állapotára, valamint a társadalom demográfiai struktúrájára.

Az életminőség egy szubjektív, széles spektrumú fogalom, ami magában foglalja az általános egészségi állapotot, a pszichológiai jóllétet, a társadalmi kapcsolatok minőségét és az étellel való egyetemes elégedettséget [2]. A meddőség állapota jelentős mértékben képes befolyásolni ezeket az életminőségbeli dimenziókat, a termékenységgel küzdők pszichés állapota pedig hatással lehet egyéni jóllétükre, az életminőségükre, a társas kapcsolatokra, a fizikai, testi, mentális állapotra – attól függően is, mióta küzd a termékenységi kihívással, illetve mennyire kilátástalan az egyén helyzete [3]. A meddőségi élethelyzetben lévők gyakran küzdenek önértékelési problémákkal, társas elszigetelődéssel, szembesülnek depresszióval, szorongással, a kontrollézés elvesztésével és éreznek haragot, lehangoltságot, valamint hangulat-ingadozást [4]. Az életminőség, specifikusan a termékenységgel összefüggő életminőség mérése, az egyének mentális egészségének figyelemmel kísérése, a problémák időben történő azonosítása, felismerése segíthet olyan komolyabb, tartós pszichés kórállapot elkerülésében, amely akár hosszabb távon egyéb (lelki/szerzi) megbetegedésekkel is járhat, vagy éppen közvetve hozzájárulhat a kezelések sikerességéhez.

Boivin és szerzőtársai 2011-ben publikálták fejlesztésüket, melynek eredményeképpen létrejött egy olyan új mérőeszköz, amely lehetővé teszi a termékenységi problémákkal küzdő férfiak és nők életminőségének mérését [5]. A Fertility Quality of Life (FertiQoL) projekt az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE), az Amerikai Reprodukciós Orvostudományi Társaság (American Society for Reproductive Medicine, ASRM) és a Merck-Serono S.A. Geneva-Switzerland együttműködésével valósult meg 2002 és 2009 között, 1414 fő részvételével az Egyesült Államokban, Ausztráliában, Új-Zélandon, Kanadában és az Egyesült Királyságban, online, illetve személyes adatfelvétellel. A kérdőívet eddig 20 nyelvre adaptálták, köztük magyarra is [6]. Boivin és szerzőtársai tíz évvel később átfogó irodalomkutatást végeztek, melyben 35, FertiQoL eszközt alkalmazó tudományos publikáció eredményét összegezték. Megállapították, hogy a rosszabb termékenységi életminőség szignifikánsan összefügg a női nemmel, a meddőség hosszabb idejével, a rosszabb mentális egészséggel és a betegközpontú ellátás hiányával [7]. Egyéb tényezők, mint a foglalkoztatás, az iskolai végzettség, a családi állapot kevésbé voltak összefüggésben az életminőséggel [7]. A magyar nyelvre adaptált FertiQoL statisztikai validációja során a szerzők kiemelték, hogy a depresszió negatív összefüggést mutatott a meddőségspecifikus életminőséggel, a hazai mintában a válaszadók 21,6%-a szenvedett közepes vagy súlyos depressziótól. A magyar tanulmány rámutatott, hogy a korábban használt kérdőívekkel szemben – Beck Depresszió Kérdőív (Beck's Depression Inventory, BDI), a Spielberger féle Állapot és Vonás Szorongás Kérdőív (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), Termékenységi Nehéz-

ség Kérdőív (Fertility Problem Inventory, FPI), COMPI Meddőségsspecifikus Stressz Skála (Copenhagen Multi-Centre Psychosocial Infertility research programme Fertility Problem Stress Scale, COMPI-FPSS) – a FertiQoL előnye, hogy specifikusan a termékenységi problémákra fókuszál, és nem csak az általános mentális egészséget méri, hanem a termékenységi problémák szélesebb körű hatását vizsgálja, valamint jobb pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik a magyar meddő nők körében is [4].

2022. július 1-jén a meddőségi kezeléseket Magyarországon új időszámítás kezdődött, ettől az időponttól kezdve kizárólag közfinanszírozott intézményben lehet hozzáférni in vitro fertilizáció (IVF) eljárásához (a 1997. évi CLIV. törvény 2021-es módosítása alapján). A reprodukciós beavatkozások átalakítása során első lépésben egy 2019. december 19-i kormányrendelet alapján államosították azt a hat magántulajdonban álló lombikközpontot, ahol elérhető volt közfinanszírozott beavatkozás, majd 2022-ben a maradék három, még magánkézből lévő központ közül kettő megszűnt, egy intézmény pedig szintén állami kézbe került. A jogszabályt megelőzően köz- és magánfinanszírozásban elérhető volt a reprodukciós eljárások teljes spektruma, azt követően a magánintézményekben csak kivizsgálásra van lehetőség. A változás következtében megnőtt az itthon nem elérhető szolgáltatásokat kínáló külföldi, jellemzően cseh és szlovák intézmények magyar betegforgalma. Az országhatáron kívüli intézmények három kiemelt előnye, hogy ellátnak 45 év feletti pácienseket, elérhető náluk a petesejt-donáció a hazai szabályoknál jelentősen szélesebb körben, illetve térítés ellenében, valamint olyan preimplantációs genetikai vizsgálatokat is elvégeznek, amelyek Magyarországon csak szigorú szabályozás mellett elérhetőek.

A hazai szabályozási környezet sajátossága, hogy míg az asszisztált reprodukciós kezelések – így az IVF-eljárások – kizárólag közfinanszírozott intézményekben érhetők el, a meddőségi betegút egyes diagnosztikai és kiegészítő vizsgálatai magánfinanszírozásban is igénybe vehetők. A két ellátási forma így nem egymás alternatívájaként, hanem a betegút részben egymást kiegészítő elemeiként jelenhet meg, miközben a magánellátás igénybevétele a páciensek számára közvetlen anyagi terhet jelent. Ennek vizsgálata különösen releváns olyan, fizikailag és pszichésen egyaránt megterhelő, időérzékeny ellátási folyamatban, mint a meddőségi kivizsgálás és kezelés. Kutatásunk célja ezért egyrészt a meddőségi ellátásban részt vevő nők termékenységgel összefüggő életminőségének és az azt befolyásoló tényezőknek a vizsgálata, másrészt annak feltárása volt, hogy a közfinanszírozott meddőségi ellátás mellett milyen mértékben, mely szolgáltatások esetében és milyen okokból vesznek igénybe a páciensek saját forrásból finanszírozott magánegészségügyi szolgáltatásokat.

MÓDSZERTAN

Keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk, online kényelmi mintavétellel, meddőséggel érintettek közösségimédia-csoportokban toborzottak körében, 2024. július 1. és szeptember 30. között. Beválasztási kritérium alapján a válaszadók meddőséggel küzdő nők, akik állami vagy magánfinanszírozásban részt vettek már vizsgálaton, beavatkozáson, és jelenleg is kezelés vagy kivizsgálás alatt állnak. A minta feldolgozása során kizártuk az éppen várandósokat, valamint az egyedülállókat.

A kérdőív két fő részből állt, egyrészt a sztenderdizált, validált, magyar nyelven is elérhető FertiQoL kérdőívből [5,6], továbbá saját kérdésekből.

A FertiQoL 36 tételből áll, a 24 tételes alapmodul négy dimenziót vizsgál: érzelmek (Emotional – szomorúság, harag, gyász), fizikai/testi-lelki egészségre (Mind/Body – fáradtság, fájdalom, koncentrációképtelenség), partnerkapcsolatra (Relational – szexualitás, kommunikáció, elköteleződés) és a társas-társadalmi (Social – elvárások, elfogadás, támogatás) szempontokra gyakorolt hatás. A kérdőív másik része a tíz kérdésből álló opcionális kezelési (Treatment FertiQoL) modul azoknak, akik már elkezdték a termékenységi kezelést, amely két területre fókuszál: a kezelési környezettel kapcsolatos hatásokra (Environment – hozzáférhetőség, minőség, személyzettel történő kommunikáció) és a kezelés következményeiből adódó hatásokra (Tolerability – fizikai jólét, hangulat). A 24+10 tétel (Total FertiQoL) egészül ki két általános kérdéssel, melyek az egészségügyi állapotra és az életminőséggel való elégedettségre vonatkoznak. A kérdések ötfokozatú Likert-skálán mérnek.

Kutatásunk saját kérdőíve három részből állt, egyrészt a szociodemográfiai kérdésekből (életkor, lakhely, jövedelmi helyzet, iskolai végzettség, foglalkoztatottság, gyermekek száma, családi állapot), másrészt a betegút aktuális státuszáról, harmadrészt attitűdvizsgálatból. A meddőségi kivizsgálásra, illetve kezelésre vonatkozó kérdésekben arra voltunk kíváncsiak, mikor fordultak először orvoshoz, született-e már lombikprogram segítségével gyermekük, továbbá a meddőségi kezelés mely fázisában tart a válaszadó, illetve igénybe vett-e donorsejtet (petesejt- vagy spermadonor), és van-e diagnosztizált oka a meddőségnek. Az attitűd felmérését célzó kérdések a magán és állami meddőségi ellátások igénybevételére vonatkoztak, nevezetesen arra, a jogszabályi változás előtt és után igénybe vettek-e magánellátást, és ha igen, ennek milyen területei és okai voltak.

Az adatokat IBM SPSS Statistics 27.0 szoftverrel dolgoztuk fel, leíró statisztikai elemzés mellett kétmintás t-próbát, ANOVA-t, Pearson, illetve Spearman-korrelációt, valamint χ^2 -próbát végeztünk, 95%-os konfidenciaszinttel ($p < 0,05$).

EREDMÉNYEK

A kérdőívet összesen 129 fő töltötte ki, a minta szociodemográfiai jellemzőinek megoszlását a 1. számú táblázat tartalmazza.

Változó	Kategóriák	n	%
lakhely	község, nagyközség	26	20,2
	város	38	29,5
	megyei jogú város	9	7,0
	megyeszékhely	19	14,7
	főváros	37	28,7
jövedelem	nagyon szűkös	7	5,4
	átlagos	90	69,8
	nagyon jó	32	24,8
iskolai végzettség	középfokú végzettség	47	36,4
	felsőfokú végzettség	82	63,6
foglalkoztatottság	munkanélküli	1	0,8
	munkaviszonyban alkalmazott	78	60,5
	közalkalmazott	12	9,3
	köztisztviselő	12	9,3
	egészségügyi szolgálati jogviszonyban alkalmazott	7	5,4
	vállalkozó	17	13,2
	háztartásbeli	2	1,6
gyermek száma	még gyermektelen	90	69,8
	egy gyermek	27	20,9
	kettő, vagy annál több gyermek	5	3,9
	épp várandós	7	5,4
családi állapot	egyedülálló	2	1,6
	élettársi kapcsolatban él	20	15,6
	házas	107	82,9

1. táblázat

A felmérésben részt vevők szociodemográfiai jellemzőinek megoszlása (n=129) (saját szerkesztés)

A mintában szereplő nők átlagéletkora $37,3 \pm 5,6$ év, a legfiatalabb kitöltő 22, a legidősebb 49 éves. A válaszadók átlagos jövedelmi szinttel rendelkeznek, továbbá felülreprezentáltak a mintában a felsőfokú végzettségűek, valamint munkaügyi státuszukat tekintve 60% munkaviszonyban alkalmazott. A minta további részében két változó mentén zártunk ki személyeket: a családi állapot szerint 2 fő egyedülállót, és 7 fő épp várandós válaszadót, annak érdekében, hogy speciális helyzetük ne torzítsa az eredményeket. Egyrészt a kis elemszámuk miatt, másrészt az épp várandósok speciális helyzetük miatt vélhetően torzítnak az eredményeket. Az elemzésbe kerülő minta végleges elemszáma 120 fő.

A FertiQoL kérdőív mellett saját kérdéseket is alkalmaztunk, ennek egyik eleme a betegutat járta körbe. A 2. táblázat foglalja össze a felmérésben részt vevők meddőségre vonatkozó jellemzőinek megoszlását. A válaszadók 18,3%-a több mint 5 éve fordult először meddőség gyanújával orvoshoz, 2-5 éve küzd termékenységi problémával a válaszadók 68,3%-a. A mintából 15 főnek született már gyermeke lombikprogramból. A megkérdezettek többségének (65,8%) volt már volt sikertelen beültetése. A válaszadók 11%-a igénybe vett spermadonációt, 13%-a pedig (külföldön) petesejt-donációt. A diagnózisról kevesen rendelkeznek információval, 20% nyilatkozott úgy, hogy nincs diagnosztizált oka a termékenységi problémájának, míg a női oldalon 38 fő (31,7%), a férfi oldalon 46 fő (38,3%) esetében azonosítottak meddőséget okozó elváltozást (több válasz is lehetséges volt, ld. 2. táblázat). A női oldalon szereplő okok közül az első három helyen az inzulinrezisztencia (IR), pajzsmirigy-alulműködés, valamint az endometriózis állt.

Az életminőséget a FertiQoL indexek segítségével mértük. A 0-4-ig terjedő Likert-skála értékeit (nagyon rossz – nagyon jó; nagyon elégedetlen – nagyon elégedett; teljesen – egyáltalán nem; mindig – soha; rendkívüli mértékben – egyáltalán nem) összeadtuk – a fordított kérdéseknél először megfordítottuk a skálaértékeket –, majd az alkalmazott módszertan szerint megszoroztuk 25/k-val, ahol k a skálához tartozó kérdésszámot jelentette. Az így kapott eredmények 0-100 közötti értéket vesznek fel, ahol a magasabb értékek magasabb életminőséggel társulnak. Az életminőség pontszámokat kilenc részkálán számoltuk ki: Total FertiQoL, Core FertiQoL, Treatment FertiQoL, Emotional, Mind-body, Relational, Social, Environment, Tolerability (ld. 3. táblázat). A legalacsonyabb átlagértéke az érzelmi alskálának lett, a legmagasabb a kapcsolati alskála által mért életminőség pontszáma.

A teljes FertiQoL indexet tekintve az iskolai végzettség szignifikáns, negatív, gyenge összefüggést mutatott ($r_s = -0,200$, $p = 0,037$): a felsőfokú iskolai végzettségűek alacsonyabb életminőség pontszámmal rendelkeznek. Továbbá, akik általánosságban elégedettek voltak az életminőségükkel, azok a termékenység vonatkozásában is magasabb életminőség pontszámot értek el ($r_s = 0,256$, $p = 0,007$). A többi változó korreláció-vizsgálatok szignifikáns kapcsolatot nem találtunk az életminőség és a lakhely ($r_s = -0,097$, $p = 0,312$), a kor ($r_s = 0,153$, $p = 0,111$), a jövedelem ($r_s = 0,086$, $p = 0,372$), egészségi állapot ($r_s = 0,162$, $p = 0,090$), a meddőségi kezelés ideje ($r_s = -0,006$, $p = 0,953$), korábbi lombik eljárásban való részvétel ($p = 0,430$), a gyermekek száma ($p = 0,357$) között. Ezen szemben hatással van ($p = 0,014$) az életminőségre az, éppen hol tart a páciens a kezelésben.

Változó	Kategóriák	n	%
mikor fordult először orvoshoz	1 éve	9	7,5
	2 éve	22	18,3
	3 éve	22	18,3
	4 éve	26	21,7
	5 éve	12	10,0
	több mint 5 éve	22	18,3
	több mint 10 éve	4	3,3
	nincs adat	3	2,3
lombikprogram segítségével született már gyermeke		15	12,5
meddőségi kezelés során hol tart	kivizsgálás alatt, még nincs kezelési terv	16	13,3
	ciklus-monitorozás	7	5,8
	első beültetés előtt állók	17	14,2
	inszemináció	1	0,8
	volt már sikertelen beültetésem, a következő beültetés előtt állók	79	65,8
igénybe vett petesejt-donort		16	13,3
igénybe vett spermadonort		13	10,8
meddőség diagnosztizált oka	igen, van női oldalon	38	31,7
	IR - inzulinrezisztencia	33	27,5
	pajzsmirigy alulműködés	24	20,0
	endometriózis	23	17,8
	PCOS*	17	14,2
	korai petefészek-kimerülés	16	13,3
	petevezető megbetegedése	14	11,7
	hormonális probléma	13	10,8
	nincs diagnosztizált oka	21	17,5
	igen, van férfi oldalon	46	38,3

* PCOS – policisztás ovárium szindróma

2. táblázat

A felmérésben részt vevők meddőségre vonatkozó jellemzőinek megoszlása (saját szerkesztés)

Akik még csak az első kezelés folyamatában vannak, azoknak átlagosan 10,21 ponttal magasabb az életminőség pontszámuk, mint akiknek volt már egy sikertelen beültetése.

Hasonló következtetés vonható le a FertiQoL alapmodul vizsgálata alapján, az iskolai végzettség szignifikáns, negatív, gyenge ($r_s = -0,217$, $p = 0,017$) és az általános életminőség ($r_s = 0,252$, $p = 0,005$) szignifikáns, pozitív, mérsékelten erős összefüggést mutatott a számított életminőség kapcsán, egyéb változók tekintetében nem található számottevő kapcsolat. A kezelés aktuális szakasza szignifikáns összefüggést mutatott a Core FertiQoL-pontszámmal: a sikertelen beülte-

tésen már átesett válaszadók átlagos életminőség pontszáma 9,31 ponttal alacsonyabb volt az első kezelésüknél tartókéhoz képest ($p=0,027$).

A Treatment FertiQoL alskálán mindössze az az összefüggés állapítható meg, hogy az általános életminőség megítélése – hasonlóan a többi alskálához – szignifikánsan korrelál (pozitív, gyenge erősséggel, $r_s = 0,210$, $p = 0,028$). Mivel a kezeléssel kapcsolatos kérdésekre nem minden esetben kaptunk választ, itt csak azon a válaszadókkal számoltunk, akik minden kezelésre vonatkozó kérdést megválasztottak ($n=110$).

	Core FertiQoL (24 elem)	Treatment FertiQoL (10 elem)	Total FertiQoL (24+10 elem)	Emotional	Mind/Body	Relational	Social	Environment	Tolerability
N	120	110	110	120	120	120	120	112	113
átlag	58,39	56,34	57,49	48,30	52,40	77,26	55,63	54,91	58,13
szórás	16,00	18,55	15,51	19,37	20,77	15,97	24,06	22,00	22,50
medián	56,77	53,75	56,25	50,00	50,00	79,17	54,17	54,17	56,25
minimum	25,00	10,00	20,59	4,17	4,17	41,67	0,00	4,17	6,25
maximum	93,75	97,50	93,38	91,67	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3. táblázat

A termékenységgel összefüggő életminőség (FertiQoL) összpontszámainak és alskáláinak leíró statisztikai jellemzői (saját szerkesztés)

Érzelmi (emotional) alskálára szignifikáns korrelációt a demográfiai jellemzők közül a kor mutatott ($r_s = 0,222$, $p = 0,015$). A kor előrehaladtával magasabb életminőséggel rendelkeznek a válaszadó nők (≤ 40 : 45,78, > 40 : 52,81). Az iskolai végzettség szignifikáns, negatív, gyenge hatással volt ($r_s = -0,311$, $p < 0,001$). A magasabb iskolai végzettségűek alacsonyabb érzelmi életminőséggel bírnak (középfokú végzettségűek: $56,29 \pm 20,09$, felsőfokú végzettségűek: $43,50 \pm 17,35$). Ezen kívül hatással van ($F(2,117) = 3,70$, $p = 0,027$) az életminőségre, hogy hol tart a páciens a kezelésben, azaz kivizsgálás alatt van, és még nincs kezelési terve, az első kezelésnél tart, vagy volt már egy sikertelen beültetése. Akinek volt már sikertelen beültetése, annak átlagosan 10,73 ponttal alacsonyabb az életminőség pontszáma, mint aki még csak az első beültetés folyamatánál jár. Nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a gyermekek számával (van gyermeke/gyermektelen) ($p = 0,835$), a jövedelem ($p = 0,283$), a lakhely ($p = 0,253$), a meddőségi kezelés ideje ($p = 0,744$), az általános egészségi állapot ($p = 0,879$) és általános életminőség ($p = 0,453$) megítélésé közt, valamint hogy a meddőségi kezelést hol veszi igénybe (állami vagy magánellátásban).

Test és lélek (mind/body) alskála tekintetében az életkor ($r = 0,201$, $p = 0,028$) és az általános életminőség megítélése ($r_s = 0,311$, $p < 0,001$) mutatott szignifikáns, pozitív, enyhe, illetve mérsékelt összefüggést. Annak összefüggését vizsgálva, hogy hol tart a kezelésben, enyhe korrelációt találtunk ($p = 0,052$): akinek volt már sikertelen beültetése, átlagosan 13,04 ponttal volt kisebb az életminőség pontszáma ahhoz képest, aki még csak a kezelési folyamat első fázisában jár. Erre az alskálára a többi vizsgált változó nem volt hatással.

A kapcsolati (relational) alskálára ható tényezők vizsgálatkor szignifikáns, negatív, gyenge összefüggést az iskolai végzettség ($r_s = -0,196$, $p = 0,032$) és pozitív gyenge kapcsolatot az általános életminőség megítélése ($r_s = 0,285$, $p = 0,002$) esetében találtunk. A magasabb iskolai végzettség negatívan korrelál az életminőséggel (középfokú végzettségűek: $80,92 \pm 16,34$, felsőfokú végzettségűek: $75,05 \pm 15,43$), míg aki általánosan is elégedettebb az életminőségével, az a kapcsolatai tekintetében is pozitívabbnak értékeli azt. Nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a gyermekek számával (van gyermeke/gyermektelen) ($p = 0,978$), jövedelem ($p = 0,210$), lakhely ($p = 0,371$), a meddőségi kezelés ideje ($p = 0,957$), a korábbi lombikelljárásban való részvétel ($p = 0,555$), az általános egészségi állapot megítélése ($p = 0,130$), a kor ($p = 0,301$) között, valamint hogy a meddőségi kezelést hol veszi igénybe (állami vagy magánellátásban,) vagy éppen hol tart a kezelés folyamatában ($p = 0,897$).

A társas-társadalmi (social) alskála kérdéseit illetően (elégedett-e a barátaitól kapott támogatással, társadalmilag elszigetelt-e, kényelmetlenül érzi-e magát társas helyzetekben, megérti-e a családját, alsóbbrendűnek érzi-e magát a gyermekes társaihoz képest, érez-e társadalmi nyomást) nem volt szignifikáns kapcsolat a szociodemográfiai változókkal. A társas-társadalmi alskála az általános életminőség megítélésével mutatott pozitív, enyhe összefüggést ($r_s = 0,206$, $p = 0,024$), valamint szignifikánsan korrelált a szociális alskála

és a kezelés fázisai között ($p = 0,019$): akik most tartanak az első kezelés folyamatában, azoknak átlagosan 14,73 ponttal magasabb az életminőségük mint azoknak, akiknek volt már egy sikertelen beültetésük.

A kezelési modul két alskálájának – a kezelési környezettel kapcsolatos és a kezelés következményeiből adódó hatások – vizsgálatkor utóbbinál találtunk szignifikáns negatív, enyhe összefüggést a skálaérték és az iskolai végzettség ($r_s = -0,196$, $p = 0,037$) között, valamint szignifikáns pozitív, enyhe korrelációt az általános életminőség megítélése ($r_s = 0,195$, $p = 0,038$) között.

Megvizsgáltuk, milyen az életminőség megítélése azon érintettekénél, ahol van diagnosztizált oka a meddőségnek. Az eredmények azt mutatták, hogy azok, akiknek párjuk esetében (is) van diagnózis (válaszadók 38,3%-nál, $n=46$), alacsonyabb életminőség pontszámokkal rendelkeznek, illetve az endometriózissal küzdők rosszabbul ítélik meg helyzetüket.

A megkérdezettek 62,5%-át jelenleg közfinanszírozású kórházban kezelik. A válaszadók toborzásából adódóan felülreprezentáltak a külföldi klinikát igénybe vevők, a mintában 29,2%-ot képviselnek a külföldi klinikán lombikprogramban vagy azt megelőző kivizsgálásban részt vevők, míg 8,3% egyelőre hazai magánintézményben vesz igénybe előzetes vizsgálatokat. A jelenleg külföldi klinikát igénybe vevők 20%-a korábban hazai magánintézményben járt meddőségi kezelésben, ugyanez az arány a jelenleg állami ellátásban kezelték esetében 12%.

Akik a hazai, közfinanszírozású asszisztált reprodukciós központba járnak kivizsgálásra, illetve kezelésre, 91%-ban magánellátást is igénybe vesznek, erről az 5. táblázat ad részletes tájékoztatást. Leggyakrabban nőgyógyászati ultrahang, laborvizsgálatok és endokrinológiai konzultáció miatt keresik fel a magánrendeléseket, magánklinikákat a meddőséggel érintett nők és férfiak.

Az állami ellátás mellett a magánfinanszírozású szolgáltatások háttérében több ok is felmerült, a megkérdezettek több mint a fele (57,5%) nyilatkozott úgy, hogy amiatt választja a magánszolgáltatást, mert így gyorsabban jut időponthoz. Továbbá 41,7% említette, hogy az adott vizsgálat állami finanszírozásban nem elérhető, valamint a jobb színvonalú ellátást (34,2%), a kevesebb várakozást (31,7%), gyorsabb eredményt (26,7%), szabad orvosválasztást (19,2%), a kellemesebb környezetet (18,3%) jelölték meg, míg 12,5% nyilatkozott úgy, hogy orvosa ajánlotta a kiegészítő magánellátást.

MEGBESZÉLÉS

Meddőségi kezelésben részt vevő nők körében végzett keresztmetszeti vizsgálatunk szerint a meddőség csökkent érzelmi-hangulati életminőséggel jár. A válaszadók termékenységével összefüggő életminőségére a legkonzisztensebb hatással az iskolai végzettség volt: minél kvalifikáltabb volt egy nő, annál alacsonyabb volt az életminősége. Az életminőség érzelmi és fizikai összetevőire hatással volt még az

életkor: minél idősebb volt egy nő, annál jobb fertilitási életminőséggel bírt, lásd 4. táblázat.

A kor szignifikáns kapcsolatban van az Emotional és a Mind-body alskálával, az iskolai végzettség az Emotional, a Relational, a Tolerability, a Core és a Total kategóriákkal. Eredményeink egybevágóak a hazai adaptáció tapasztalataival, ahol a kor pozitív korrelációt mutatott az Emotional és a Mind-body alskálával, továbbá a vidéki lakhely magasabb életminőség pontszámokkal járt együtt a Core és a Social alskálák tekintetében [6]. A lakhely, illetve a jövedelem relációira nem tudunk kapcsolatot kimutatni, feltehetőleg a validáló tanulmányánál kisebb elemszám miatt.

A FertiQoL fejlesztéséről szóló tanulmány [5] és Wdowiak és szerzőtársai kutatásai is [8] arra az összefüggésre jutottak, hogy a kezelés időtartamának hosszúsága (elhúzódása) kedvezőtlen hatással van az életminőségre. A mintákban ezt a feltételezést nem tudtuk megerősíteni, nem találtunk statisztikailag szignifikáns összefüggést. Ellenben ha azt vizsgáljuk, hogy a meddőségi ellátás mely fázisában tart az egyén, már jelen kutatásban is összefüggéseket tudunk kimutatni. Azok, akik még az első beültetés előtt járnak (pl.: ciklusmonitorizálás, inszemináció) szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a Total FertiQoL, a Core FertiQoL, az érzelmi és a társas-társadalmi alskálakon. Akik már túl vannak egy sikertelen beültetésen, érzelmileg terheltebbek, fokozott szorongást vagy stresszt érezhetnek, ami egyezik a korábbi tanulmányok eredményeivel [9]. A magyar validációs tanulmány is hasonló következtetésre jutott, a kezelés előtti állapot magasabb érzelmi (Emotional) és testi-lelki (Mind-body) életminőséggel volt összefüggésben, mint bármilyen kezelésben való részvétel [6].

Korábbi kutatások feltárták, hogy a termékenységgel összefüggő életminőség eltér attól függően, hogy van-e már gyermeke a válaszadónak [10,11]. Ennek értelmében az ún. másodlagos meddőség jobb életminőséggel párosul (másodlagos meddőségről akkor beszélünk, ha egy vagy több gyermek után a következő fogantatás vagy terhesség kihordása akadályokba ütközik). A magyar nyelvű validáció szerint a legfontosabb tényező, amely befolyásolja az életminőséget a termékenységi problémákkal küzdő magyar nők körében, az az elsődleges vagy másodlagos meddőség [6]. Akinek már van gyermeke, magasabb értéket mutatott az összes FertiQoL aldimenzióval, kivéve a Relational FertiQoL aldimenziót. Ez a megállapítás azt sugallja, hogy bár a másodlagos meddőség továbbra is megterhelő probléma a nők számára, a meglévő gyermek némi kompenzációt nyújthat a második terhesség nehézségeivel kapcsolatban. Jelen kutatásban ezt az összefüggést nem sikerült alátámasztani, a 120 fős mintában a már gyermekes válaszadók csoportja kis elemszámot ért el.

Az államilag finanszírozott ellátás mellett sokan választják a külföldi klinikák, illetve a hazai magánellátók szolgáltatásait. Az állami központokban a hosszabb várakozási idő, a várólisták fokozott frusztrációt okozhatnak a páciensek számára. Az idő múlásával az esélyek csökkenhetnek, így a páciensek a minél gyorsabb és hatásosabb megoldásokat

Változó	Total FertiQoL			Treatment FertiQoL			Core FertiQoL			Emotional			Mind/Body			Relational			Social			Environment			Tolerability		
	r	p		r	p		r	p		r	p		r	p		r	p		r	p		r	p		r	p	
lakhely	-0,097	0,312		-0,085	0,375		-0,088	0,341		-0,105	0,253		-0,038	0,679		-0,082	0,371		-0,064	0,490		-0,096	0,312		-0,033	0,726	
jövedelem	0,086	0,372		0,091	0,345		0,053	0,566		-0,099	0,283		0,008	0,927		0,115	0,210		0,132	0,151		0,111	0,242		0,050	0,601	
iskolai végzettség	-0,200	0,037		-0,177	0,064		-0,217	0,017		-0,311	0,001		-0,102	0,266		-0,196	0,032		-0,147	0,109		-0,088	0,357		-0,196	0,037	
általános egészségi állapot	0,162	0,090		0,165	0,086		0,139	0,131		-0,014	0,879		0,165	0,071		0,139	0,130		0,169	0,065		0,092	0,334		0,167	0,078	
általános életminőség	0,256	0,007		0,210	0,028		0,252	0,005		0,069	0,453		0,311	0,001		0,285	0,002		0,206	0,024		0,145	0,128		0,195	0,038	
meddőségi kezelés kezdete	-0,006	0,953		-0,012	0,904		-0,029	0,758		0,030	0,744		0,005	0,959		0,005	0,957		-0,059	0,527		0,046	0,630		-0,039	0,684	
kor	0,140	0,144		0,058	0,548		0,142	0,121		0,186	0,042		0,201	0,028		-0,095	0,301		0,119	0,195		0,025	0,791		0,067	0,478	

Megjegyzés: r = korrelációs együttható; p = szignifikanciaszint. A félkövérrel jelölt összefüggések p<0,05 szinten szignifikánsak.

4. táblázat
A szociodemográfiai és egyéni jellemzők, valamint a termékenységgel összefüggő életminőség (FertiQoL) összpontszámait és alskálái közötti összefüggések a vizsgált nők körében (saját szerkesztés)

Magánellátásban igénybe vett szolgáltatások	n	%
nőgyógyászati ultrahang	68	56,7
laboratórium	66	55,0
endokrinológiai konzultáció	56	46,7
a párom/férfjem számára vettünk igénybe vizsgálatot	53	44,2
emlő ultrahang	44	36,7
ultrahangos petevezető átjárhatósági vizsgálat (HYCOSY)	39	32,5
immunológiai konzultáció	37	30,8
fertőzések kiszűrése	34	28,3
meddőségi konzultáció	33	27,5
hematológiai konzultáció	33	27,5
virtuális méhtükrözés (hysteroscopia)	29	24,2
részletes kismencedei UH vizsgálat	20	16,7
ultrahangos tüszőmérés (folliculometria)	18	15,0
ALICE - fertőző krónikus méhnyálkahártyagyulladás vizsgálata	14	11,7
EMMA - méhnyálkahártya mikrobiális összetételének vizsgálata	14	11,7
ERA vizsgálat – méhnyálkahártya befogadóképességének vizsgálata	14	11,7
kombinált immunológiai teszt	10	8,3
belgyógyászati konzultáció	7	5,8
méhkarcolás	6	5,0
méhüreg feltöltés vizsgálat (SIS)	5	4,2
BioER-Endometriális Receptivitás molekuláris genetikai vizsgálata	3	2,5
endometriális immuntérkép teszt	1	0,8
femoflor teszt	1	0,8

5. táblázat

A meddőségi ellátásban részt vevő nők által magánfinanszírozásban igénybe vett vizsgálatok és egészségügyi szolgáltatások (saját szerkesztés)

keresik a fogantatás érdekében. Mint a magánellátás választása mögötti motivációkból kiderült, a páciensek úgy érzik, hogy a magánklinikák és a külföldi intézmények magasabb színvonalú ellátást kínálnak – még ha ezt szakmai szempontok szerint nem is tudják megítélni –, ami véleményük szerint növelheti a sikeres kezelés esélyét. A külföldi klinikák esetében – a hazánkban (még) ismeretlen – transzparens produktivitási mutatók is vonzó szempontot jelentenek, továbbá az eltérő jogszabályi környezet miatt olyan eljárások is ren-

delkezésre állnak, amelyekkel az eredményesség tovább növelhető.

A kutatás erősségei és korlátai

Kutatásunk egyik erőssége, hogy az életminőség vizsgálatát a meddőségi betegút és az ellátás igénybevételének elemzésével egészítettük ki. Ennek révén nemcsak a termékenységgel összefüggő életminőséggel kapcsolatot mutató egyéni és kezelési tényezőket vizsgáltuk, hanem a jelenlegi hazai ellátási környezetben a közfinanszírozott és a magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások párhuzamos igénybevételét és annak okait is. A kezelés különböző szakaszainak elkülönített elemzése lehetővé tette annak bemutatását is, hogy a korábbi sikertelen beültetés több FertiQoL-dimenzióban alacsonyabb életminőség pontszámokkal társult.

A vizsgálat eredményeinek értelmezésekor ugyanakkor több korlátot is figyelembe kell venni. A keresztmetszeti vizsgálati elrendezés alapján az azonosított összefüggésekből oksági kapcsolatok nem állapíthatók meg, és az életminőség kezelés során bekövetkező egyéni változásai sem követhetők nyomon. Az online, kényelmi mintavétel és a meddőséggel érintetteket tömörítő közösségimédia-csoportokban történő toborzás szelekciós torzítással járhat, ezért a 120 fős minta nem tekinthető reprezentatívnak a magyarországi meddőségi ellátásban részt vevő nők teljes populációjára. A mintában felülreprezentáltak voltak a felsőfokú végzettségűek, valamint a külföldi ellátást igénybe vevők, ami különösen az iskolai végzettséggel és az ellátás igénybevételével kapcsolatos eredmények általánosíthatóságát korlátozza. Egyes alcsoportok – így például a már gyermekkel rendelkező válaszadók – alacsony elemszáma csökkenthette a csoportok közötti különbségek kimutatásának statisztikai erejét. A betegútra és az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok önbevalláson alapultak, ezért visszaemlékezési és válasszási torzítás lehetőségével is számolni kell. Végül, a vizsgálat kizárólag nőkre terjedt ki, így eredményeinkből a meddőség férfiak, illetve párok életminőségére gyakorolt hatására nem vonhatók le következtetések.

KÖVETKEZTETÉSEK

Tanulmányunk legfontosabb megállapítása, hogy a szociodemográfiai jellemzők közül az iskolai végzettség negatív, míg a kor és az általános életminőség pozitív korrelációban áll a termékenységgel összefüggő életminőséggel. A meddőséggel kapcsolatos életminőség differenciált attól függően, hogy az érintettek a kezelési folyamat mely szakaszában járnak.

A magánfinanszírozásban elérhető vizsgálatok – a közfinanszírozásban elérhető szolgáltatási portfólió ellenére – releváns ajánlatot jelenthetnek a célközönség számára, elsősorban azok elérhetősége és gyorsabb átfutási ideje miatt.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] World Health Organization: Infertility prevalence estimates, 1990–2021. Geneva: 2023 [Online] (megtekintve 2025. február 28.)
<https://www.who.int/publications/i/item/978920068315>
- [2] The World Health Organization. Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
- [3] Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H et al.. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2010;31(2):101-110. doi:10.3109/0167482X.2010.481337
- [4] Szigeti J. Thege BK. A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés [The psychological aspects of infertility: A review of the literature, HUNGARIAN]. Magyar Pszichológiai Szemle, 67(3), 561–580. doi: 10.1556/MPSzle.67.2012.3.8.
- [5] Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. Hum Reprod. 2011;26(8):2084-2091. doi:10.1093/humrep/der171
- [6] Szigeti FJ, Grevenstein D, Wischmann T et al.. Quality of life and related constructs in a group of infertile Hungarian women: a validation study of the FertiQoL. Hum Fertil (Camb). 2022;25(3):456-469. doi:10.1080/14647273.2020.1824079
- [7] Koert E, Takefman J, Boivin J. Fertility quality of life tool: update on research and practice considerations. Hum Fertil (Camb). 2021;24(4):236-248. doi:10.1080/14647273.2019.1648887
- [8] Wdowiak A, Anusiewicz A, Bakalczyk G et al.. Assessment of Quality of Life in Infertility Treated Women in Poland. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4275. Published 2021 Apr 17. doi:10.3390/ijerph18084275
- [9] Verhaak C, Smeenk J, Evers A et al.. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Hum Reprod Update. 2007;13(1):27-36. doi:10.1093/humupd/dml040
- [10] Dural O, Yasa C, Keyif B et al.. Effect of infertility on quality of life of women: a validation study of the Turkish FertiQoL. Hum Fertil (Camb). 2016;19(3):186-191. doi:10.1080/14647273.2016.1214754
- [11] Sexty RE, Griesinger G, Kayser J et al.. Psychometric characteristics of the FertiQoL questionnaire in a German sample of infertile individuals and couples. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):233. Published 2018 Dec 17. doi:10.1186/s12955-018-1058-9

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Leitter-Eichardt Eszter 2002-ben okleveles közgazdász diplomát szerzett a Szegedi Tudományegyetemen. 2025-ben végzett a Pécsi Tudományegyetem egészségügyi mesterképzésén. Az elmúlt 20 évben változatos pályafutás-

sal építette karrierjét, multinacionális cégtől kezdve a családi vállalkozásig, humán, kereskedelmi, marketing és pénzügyi területeken. Jelenleg a For Life Medical Center Kft. magánegészségügyi rendelő marketing- és pénzügyi irányításáért felelős.



Lengyel Livia 1998-ban közgazdász, majd 2000-ben marketingkommunikációs szakközgazdász diplomát szerzett. 2022-ben végzett a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK) egészségügyi menedzser mesterképzésén, 2026-ban PhD-fokozatot szerzett. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzszolgálati Karán a tudományos disszeminációért és kommunikációért

felel, oktatóként részt vállal az EMK képzéseiben. Emellett két évtizedes tapasztalattal rendelkezik a hazai privát egészségügyben, elsősorban stratégiai és kommunikációs területen. Aktív szerepet vállal a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság, illetve a PRIMUS Magánegészségügyi Szolgáltatók szakmai életében. Kiemelt területei a betegedukációs programok, egészségértés alapú pácienskommunikáció, valamint páciensközpontú kérdőívek (PROM) adaptálása és bevezetése a klinikai gyakorlatba.

Speciális kommunikációs és támogatási szükségletű személyek hozzáférése az egészségügyi ellátáshoz – a belépési pontok nemzetközi és hazai összehasonlító elemzése

Access to Healthcare for People with Diverse Communication and Support Needs – A Comparative Analysis of Entry Points in International and Hungarian Contexts

Kovács Bernadett¹

¹Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közzszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző Központ

✉ bernadett.k@gmail.com

Az intellektuális fogyatékossgal élő személyek számára az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés gyakran rendszerszintű akadályokba ütközik. A cikk célja e különböző kommunikációs és támogatási igényű csoport elsődleges egészségügyi hozzáféréseinek vizsgálata, különös tekintettel a belépési pontokon történő kapcsolatfelvételre. A kutatás arra keresi a választ, hogy milyen tényezők segítik vagy akadályozzák az érintettek tényleges ellátáshoz jutását. A módszertan kettős fókuszú. Egyrészt nemzetközi benchmarking segítségével hét ország (Ausztrália, Spanyolország, Montenegró, Kanada, Japán, Egyesült Királyság, Svédország) egészségügyi rendszerét elemzi a kommunikáció, a strukturális hozzáférés és a döntéshozatal támogatása szempontjából. Másrészt a hazai kontextus feltárása civil szervezetek képviselőivel készített félig strukturált interjúkra épül, valamint egy pilot projekt bemutatására, amely intellektuális fogyatékossgal élő nők nőgyógyászati ellátásának inkluzívabbá tételét célozta.

Az eredmények azt mutatják, hogy a belépési pontokon alkalmazott támogató eszközök – például a könnyen érthető kommunikáció, a strukturált kísérés és a döntéstámogatás – alapvetően meghatározzák az ellátás tényleges elérhetőségét. Ezt a kutatás a hozzáférés „vertikális dimenziójaként” értelmezi, amely a kapcsolatfelvétel minőségére és mélységére helyezi a hangsúlyt.

Magyarországon e támogató elemek többnyire szóróványosan és informális formában jelennek meg, így az intellektuális fogyatékossgal élő személyek hozzáférése esetlegesen marad. A dolgozat javaslatokat fogalmaz meg egy méltányosabb, befogadóbb egészségügyi rendszer kialakítására.

Kulcsszavak: egészségügyi hozzáférés, belépési pontok az egészségügyben, betegút, egészségértés, inkluzív ellátás, méltányosság az egészségügyben

Access to healthcare for people with intellectual disabilities is often hindered by systemic barriers. The aim of this publication is to examine the primary access of this population to healthcare, with a particular focus on initial contact at entry points. The research explores

which systemic factors facilitate or hinder their actual access to care.

The methodology is dual-focused. First, international benchmarking was used to analyse the healthcare systems of seven countries (Australia, Spain, Montenegro, Canada, Japan, United Kingdom, and Sweden) in terms of communication, structural accessibility, and support for decision-making. Second, the Hungarian context was examined through semi-structured interviews with representatives of civil society organizations, complemented by a pilot project aimed at making gynecological care more inclusive for women with intellectual disabilities.

The findings show that supportive measures at entry points – such as easy-to-understand communication, structured accompaniment, and decision-making support – play a crucial role in determining whether healthcare becomes truly accessible. The thesis interprets this as the “vertical dimension of access,” emphasizing the quality and depth of engagement at the first contact point.

In Hungary these supportive elements are mostly sporadic and informal, leaving people with intellectual disabilities in a vulnerable position when accessing healthcare. The publication concludes by offering recommendations for building a more equitable and inclusive healthcare system.

Keywords: access to healthcare, healthcare entry points, patient pathway, health literacy, inclusive healthcare, equity in healthcare

BEVEZETÉS

Az intellektuális fogyatékossgal élő személyek (a továbbiakban: IFÉ személyek) egészségügyi rendszerhez való hozzáférése világszerte, így Magyarországon is rendszerszintű kihívásokat hordoz. Az ellátásba való belépés nem csupán fizikai akadályokba ütközhet, hanem strukturális, kommunikációs és döntéshozatali nehézségek is akadályozhatják azt [1,2]. Bár ezek a problémák különösen élesen jelennek meg az IFÉ személyek esetében, valójában más, sérülékeny csoportokat is érintenek – például azokat, akik

digitálisan hátrányos helyzetűek, vagy kevés tapasztalattal rendelkeznek az egészségügyi rendszer működését illetően. E nehézségek túlnyomórészt nem egyéni hiányosságokból fakadnak, hanem az egészségügyi rendszer komplexitásából és az adaptív, támogató eszközök hiányából.

A szakmai érdeklődést és elköteleződést e téma iránt egy pilot fejlesztési projekt indította el, amely a Down Alapítvánnyal közösen valósult meg egy magyarországi állami egészségügyi szolgáltató nőgyógyászati ambulanciáján [3]. A projekt célja az volt, hogy az IFÉ személyek számára az egészségügyi ellátás átláthatóbbá, empatikusabbá és hozzáférhetőbbé váljon. A fejlesztés során világossá vált, hogy az első kapcsolatfelvételi pontok – például az időpontfoglalás, a beutalás vagy a recepción zajló kommunikáció – döntő jelentőséggel bírnak: ezek a pontok határozzák meg, hogy a páciensek valóban belépnek-e az ellátórendszerbe, vagy a folyamat már a kezdetén elakad.

A témaválasztás relevanciáját nemzetközi szakpolitikai dokumentumok is megerősítik. Az ENSZ 2006-ban elfogadott, Magyarország által is ratifikált Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezménye rögzíti az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő jogot [4,5], míg a WHO 2024-es "Health Equity for Persons with Disabilities" című útmutatója strukturált cselekvési irányokat fogalmaz meg az inkluzív egészségügyi rendszerek kialakításához [6].

A kutatás célja, hogy feltérképezze, milyen akadályok nehezítik az IFÉ személyek elsődleges kapcsolódását a magyar egészségügyi rendszerhez, különösen a belépési pontokon. A nemzetközi szakirodalom is hangsúlyozza, hogy az egészségügyi hozzáférés komplex, többdimenziós folyamat, amelyben a fizikai, kommunikációs és döntési tényezők egyaránt szerepet játszanak [7,8]. A cél továbbá olyan nemzetközi jó gyakorlatok azonosítása, amelyek a belépési pontok inkluzívabbá tételében nyújthatnak segítséget. A vizsgálat különös figyelmet fordít a kommunikáció és a döntéshozatal támogatására és a strukturális hozzáférés kérdéseire.

Ezen szempontok mentén hét ország példáját elemzem: Ausztráliában országos stratégia támogatja az IFÉ személyek döntéshozatalát [9,10,11], míg Montenegró az első európai országgént kezdte meg a WHO ajánlásain alapuló Disability Guide for Action ajánlásainak rendszerbe építését [12]. Kanadában a civil szervezetek és kutatási programok kulcsszerepet játszanak a strukturális akadályok feltárásában [13,14,15,16]. Spanyolországban ugyan még nem működik egységes protokollrendszer, de civil kezdeményezések – például a Plena Inclusión – aktívan dolgoznak az érthető tájékoztatás és a támogatott döntéshozatal bevezetésén [17,18]. Japánban bár országos szintű támogatási struktúra jelenleg nem áll rendelkezésre, egyes egészségügyi intézmények helyi érzékenyítő képzéseket tartanak, valamint bevezettek vizuális segédleteket a tájékoztatás javítására [19,20,21]. Az Egyesült Királyság strukturált eszközökkel – például kórházi útlevelekkel – támogatja a belépést [22,23,24,25,26], míg Svédország jogszabályi szinten garantálja a kommunikációs és személyes támogatást [27]. A kiválasztott országok példái nemcsak a kihívásokat, hanem a lehetséges megoldásokat

is világosan kirajzolják – és hasznos mintákat kínálnak a hazai fejlesztésekhez is.

ALAPFOGALMAK ÉS ELMÉLETI KERET

Az intellektuális fogyatékos-ság fogalmának meghatározása nem egységes, azonban a legtöbb szakirodalom egyetért abban, hogy olyan állapotról van szó, amely az értelmi működés és az adaptív viselkedés tartós korlátozottságával jár, és gyermekkorban kezdődik [28]. A funkcionális sajátosságok közé tartozik a kommunikáció, a döntéshozatal és az önállóság terén jelentkező nehézség, amelyek a személy egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréseben is jelentős szerepet játszanak.

A szakirodalomban megjelenő „speciális támogatási igény” (special support needs) fogalma a személy azon szükségleteire utal, amelyek kiegészítő segítséget, alkalmazkodást vagy módosított szolgáltatásnyújtást igényelnek a hozzáférés során. Ilyen lehet például a könnyen érthető kommunikáció, a döntéshozatali támogatás vagy a strukturált kíséres az egészségügyi folyamatban.

A hozzáférés értelmezése többdimenziós elméleti keretben történhet. A szakirodalomban megkülönböztetik az esélyegyenlőség (equality) és a méltányosság (equity) fogalmát [8]. Míg előbbi az azonos bánásmódot jelenti, utóbbi figyelembe veszi az egyéni szükségleteket, és azokhoz igazítja a szolgáltatásokat. A méltányosság elve szerint tehát a speciális támogatási igényű emberek számára célzott, személyre szabott beavatkozások szükségesek ahhoz, hogy a szolgáltatásokhoz való tényleges hozzáférés biztosított legyen, lásd 1. ábra.

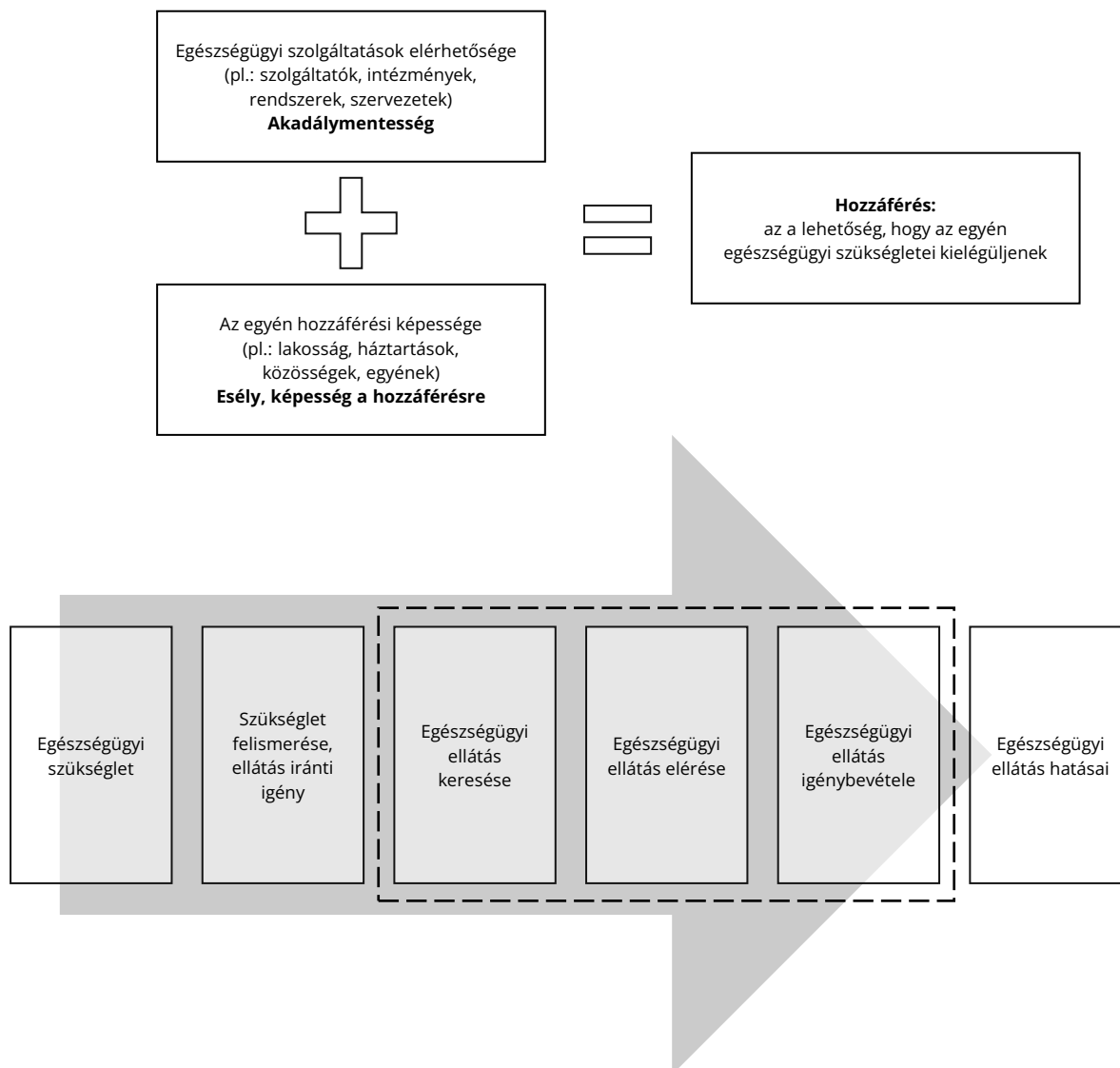
A nemzetközi szakirodalom és irányelvek – például az ENSZ Fogyatékos-sággal Élő Személyek Jogairól szóló Egyezménye, valamint a WHO egészségügyi inklúzióval kapcsolatos ajánlásai – kiemelten kezelik az egészségügyi hozzáférés igazságosságát. Ezek a normák nemcsak jogi, hanem szakmapolitikai és intézményi szinten is elvárásokat támasztanak az egészségügyi rendszerekkel szemben.

MÓDSZEREK

A dolgozat kvalitatív, feltáró szemléletű kutatási keretben készült, és több, egymásra épülő módszertani pillért alkalmazott.

Nemzetközi összehasonlító elemzés (benchmarking): a kutatás egyik fő eleme hét ország (Ausztrália, Spanyolország, Montenegró, Kanada, Japán, Egyesült Királyság, Svédország) egészségügyi rendszerének strukturált összehasonlító elemzése. A benchmarking célja, hogy feltárja azokat a támogató mechanizmusokat, amelyek elősegítik az intellektuális fogyatékos-sággal élő személyek számára az egészségügyi rendszerbe való első belépést.

Az országok kiválasztása elméleti szűrési logika alapján történt, figyelembe véve a következő szempontokat: minden állampolgár számára elérhető, közfinanszírozott egészségügyi ellátás, a fogyatékos-ságügyi ENSZ-egyezmény ratifiká-



1. ábra

Levesque modell az egészségügyi hozzáférés megvalósulásáról a speciális támogatási igényű személyekre adaptálva (forrás: [7])

lása, valamint dokumentált jó gyakorlatok megléte a hozzáférés támogatására és a kulturális sokszínűség.

A benchmarking-elemzés három kulcsfontosságú szempont mentén valósult meg:

- Kommunikációs támogatás – Milyen módon teszik érthetővé az információkat az egészségügyi szolgáltatók a különböző kommunikációs és támogatási igényű személyek számára?
- Döntéshozatal segítése – Milyen eszközökkel és protokollokkal biztosítják az autonóm, mégis támogatott döntések lehetőségét?
- Strukturális hozzáférés – Milyen szervezeti, adminisztratív vagy fizikai tényezők segítik, illetve akadályozzák az első kapcsolatfelvétel gördülékénységét?

E három dimenzió együttesen határozza meg, hogy az egészségügyi ellátórendszer mennyire képes befogadó módon működni már az első találkozás pillanatától.

A nemzetközi összehasonlításhoz nemcsak tudományos publikációk, hanem szakpolitikai irányelvek, WHO-ajánlások és civil szervezeti dokumentumok is feldolgozásra kerültek. Az anyagok elemzése tematikus bontásban történt, különös figyelmet fordítva az információközlés, döntéstámogatás és rendszerbe jutás esélyegyenlőségi kérdéseire. E három dimenzió mentén rendszereztem a nemzetközi és hazai jó gyakorlatokat, amelyeket a 2. ábrán össze is foglaltam.

A hazai kontextus mélyebb megértése érdekében a kutatás kvalitatív szakaszában négy, félig strukturált interjú készült (Nem Adom Fel Alapítvány, ÉFOÉSZ, AOSZ, Down Alapítvány) olyan civil szervezetek szakembereivel, akik rendszeresen dolgoznak IFÉ személyekkel, különösen az egészségügyi hozzáférés támogatása terén. Ezek a szervezetek közvetlen kapcsolatban állnak az érintettekkel és gyakran informális, rendszerkiegészítő szerepet töltenek be az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés támogatásában. A kutatás szemléletében participatív megközelítésre törekedett,

Kommunikációs támogatás	Szakemberek érzékenyítése
	Könnyen érthető tájékoztatók / Easy-to-read
	Jogszabályi háttér
	Egészségügyi útlevél / Health passport
Döntéshozatali támogatás	Családi támogatás
	WHO protokoll
	Személyes asszisztencia állami szervezési szinten
	Kapcsolattartó ápoló / Disability Liaison Nurse
	Multidiszciplináris team
	Civil szervezetek
Strukturális hozzáférés	Kórházi útlevél / Hospital passport
	Fogyatékosügyi kapcsolattartók
	Háziorvosi betegútmenedzsment
	Éves szűrési program
	Ellátási garancia
	Civil szervezetek

2. ábra
Egészségügyi ellátás 3 fő belépési dimenziójának eszköztára a nemzetközi benchmarking alapján

mivel a hazai helyzet feltárása során hangsúlyos szerepet kaptak az érintettekkel napi kapcsolatban álló szervezetek tapasztalatai és nézőpontjai. Az interjúk kvalitatív feldolgozása során tematikus elemzést alkalmaztam. Az elemzés célja nem reprezentatív következtetések levonása, hanem a résztvevők tapasztalataiban megjelenő közös mintázatok és kihívások feltárása volt. Az interjúalanyok hozzájárultak nevük és szervezeti hovatartozásuk feltüntetéséhez. Az interjúk 2025 májusában zajlottak, személyesen vagy online formában, 40–50 perc időtartamban, jegyzeteléssel rögzítve.

A beszélgetések két fő tematikus blokk köré szerveződtek:

- Az érintettek szükségleteinek és a támogatási formáknak a feltérképezése az egészségügyi rendszer belépési pontjainál.
- A jelenlegi rendszer gyakorlati működésének értékelése, különös tekintettel a hozzáférést akadályozó tényezőkre és a fejlesztési lehetőségekre.

A „Vertikális betegút” – saját fogalomértelmezésként jelenik meg. Ez a szempontrendszer nem előre rögzített elméleti keretként jelent meg, hanem induktív módon alakult ki a nemzetközi példák és szakirodalmi források feldolgozása során. A vertikális megközelítés azt vizsgálja, hogy a páciens milyen minőségben és mélységben kapcsolódik az egészségügyi rendszerhez az ellátás különböző szakaszaiban – különösen a belépési pontokon.

A kutatás szemléleti hátterét egy hazai pilot fejlesztési projekt tapasztalatai is formálták, amely az intellektuális fogyatékossgal élő nők nőgyógyászati ellátáshoz való hozzáférést támogatta. A projekt gyakorlati példaként szolgált a belépési pontokon alkalmazható támogató elemek azonosításához.

EREDMÉNYEK ÉS MEGBESZÉLÉS

Az elemzés három kulcsterületre koncentrált: kommunikáció, strukturális hozzáférés és döntéshozatali támogatás. Ezek a szempontok nemcsak a nemzetközi szakirodalomban emelkednek ki, hanem a jelen kutatás hazai és nemzetközi adatainak összehasonlíthatósága miatt is relevánsak.

A félig strukturált interjúkban visszatérő problémaként jelentek meg a kommunikációs akadályok. A négy civil szervezet képviselői visszatérően számoltak be arról, hogy az egészségügyi kommunikáció sok esetben nem igazodik az IFÉ személyek szükségleteihez. Ezek közé tartozik a könnyen érthető nyelvezet használata, a vizuális támogatás biztosítása, a megértés visszaellenőrzése, a közvetlen megszólítás, valamint a döntéshozatalt segítő kommunikáció alkalmazása.

Pozitív példák is felmerültek az interjúkban: egyes háziorvosok, akik korábban már kapcsolatba kerültek IFÉ páciensekkel, nyitottabbak és tudatosabbak voltak a kommunikációjukban. Azonban ezek az esetek rendszerszinten nem támogatottak, és az ilyen érzékeny megközelítés személyes elkötelezettségen múlik. Bár az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogszabályok és a fogyatékossgügyi stratégiai dokumentumok hangsúlyozzák a fogyatékossggal élő személyek speciális szükségleteinek figyelembevételét és az egyenlő hozzáférés biztosítását, a könnyen érthető kommunikáció alkalmazására vonatkozó, egységesen bevezetett szakmai irányelvek és kötelező egészségügyi képzések jelenleg korlátozottan állnak rendelkezésre [29,30].

A strukturális hozzáférés terén is nehézségek azonosíthatók. Az egészségügyi rendszer belépési pontjai – például az időpontfoglalás, online regisztráció vagy a digitális ügyintézés – bár formálisan elérhetők, használatuk nem mindenki számára biztosított egyenlő feltételek mellett. Ez különösen az alacsonyabb olvasási, egészségértési vagy digitális készségekkel rendelkező személyek számára jelenthet akadályt [31]. A Down Alapítvány, az ÉFOÉSZ és az AOSZ képviselői a fogászati ellátást az egyik legnehezebben hozzáférhető területként azonosították. Beszámolóik szerint az érintett személyek fogászati ellátása gyakran speciális feltételeket igényel, és több esetben hosszabb várakozási idővel, illetve szervezési nehézségekkel jár. Az interjúalanyok különösen a vidéki ellátáshoz való hozzáférés kihívásait emelték ki. Megjegyzendő, hogy bár a speciális szükségletű betegek fogászati ellátásának finanszírozását jelentősen megemelték [32], a tapasztalatok azt mutatják, hogy továbbra is érzékelhetők különbségek a hozzáférés terén.

A strukturált egészségügyi kísérés egyik hazai példája a Down Alapítvány által működtetett Down Egészségcentrum. A szolgáltatás célja az egészségügyi ellátások megszervezésének támogatása, az érintettek és kísérőik segítése, valamint az egészségügyi szolgáltatókkal való koordináció. A modell arra mutat példát, hogy a betegút szervezését és a hozzáférést támogató szolgáltatások miként járulhatnak hozzá az egészségügyi ellátások jobb elérhetőségéhez.

A döntéshozatali támogatás terén azokra az esetekre hívták fel a figyelmet a szervezetek, amikor az IFÉ személy megfelelő kommunikációs és strukturális támogatás mellett képes lenne véleményének kifejezésére és az őt érintő döntésekben való részvételre, azonban nem minden esetben kap erre lehetőséget. A páciens döntéshozatalban való részvételének lehetőségét nem kizárólag az érintett személy döntésképesége, hanem a rendelkezésre álló kommunikációs és strukturális támogatás, valamint az egészségügyi ellátás szervezeti és jogi keretei is befolyásolhatják [33].

A kutatás gyakorlati szakaszában egy pilot program keretében olyan támogató elemek kipróbálására került sor, amelyek a kommunikációs, szervezési és döntéshozatali akadályok csökkentését célozták. A program a Down Alapítvány és egy magyarországi egészségügyi szolgáltató együttműködésében valósult meg.

A pilot során négy páciens vett részt a fejlesztett ellátási folyamat kipróbálásában. Az előkészítés részeként a páciensek támogatási szükségleteiről előzetes információgyűjtés történt a családtagok, gondozók vagy kísérők bevonásával. Az ellátást egyszerűsített anamnézislappal, vizuális segédanyagokkal és előzetes tájékoztatással támogatta. A vizsgálat menetét a páciens számára előre ismertették, és kiemelt figyelmet fordítottak a közvetlen kommunikációra, valamint a kísérőkkel való strukturált együttműködésre.

A program értékelése nem standardizált mérőeszközökkel történt. A tapasztalatok a résztvevők, kísérők és az ellátásban részt vevő szakemberek szóbeli visszajelzéseinek alapulak, melyek alapján a támogató elemek alkalmazása megvalósíthatónak bizonyult a meglévő ellátási keretek között, és hozzájárult az ellátási folyamat kiszámíthatóbb megszervezéséhez. Ugyanakkor a pilot nem tekinthető hatásvizsgálatnak, ezért további kutatások szükségesek annak megítéléséhez, hogy ezek az elemek milyen feltételek mellett lennének szélesebb körben adaptálhatók.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az elemzés három fő dimenzió mentén szerveződött: kommunikáció, strukturális hozzáférés és döntéshozatali támogatás. E szempontrendszer a kutatás nemzetközi benchmarking megközelítéséhez is illeszkedik.

A nemzetközi példák azt mutatják, hogy a belépési pontokon történő kapcsolatfelvétel minősége alapvetően meghatározza, hogy az egészségügyi ellátás ténylegesen elérhetővé válik-e az IFÉ személyek számára. Bár a magyar rendszer formálisan biztosítja az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, a gyakorlatban számos strukturális és szemléleti akadály áll fenn. A nemzetközi jó gyakorlatok, a szakirodalom, a civil szervezetek tapasztalatai és a bemutatott pilot projekt tanulságai alapján az alábbi következtetések és stratégiai fejlesztési irányok fogalmazhatók meg.

Kommunikáció – az információértelmezés és megértés támogatásának hiánya: Az egészségügyi belépési pontokon – például recepciókon, telefonos ügyintézésnél vagy vizsgál-

atok előtt – nem áll rendelkezésre intézményesített támogatás az érthető kommunikációhoz. A szakemberek kommunikációs gyakorlata jellemzően egyéni érzékenységen, nem rendszerszintű irányelveken alapul.

javaslatok:

- Egységes, országos irányelv kidolgozása a könnyen érthető egészségügyi kommunikáció érdekében;
- Akkreditált képzések biztosítása az egészségügyi dolgozóknak a kommunikáció és fogyatékos-ság-specifikus szemléletformálás témájában;
- Strukturált betegút-tájékoztatók és egészségügyi útlevélek bevezetése, amelyek előzetesen információt nyújtanak az ellátás menetéről, valamint rögzítik a páciens kommunikációs, szenzoros és támogatási szükségleteit. Az eszközök tartalmazhatják a vizsgálat lépéseinek egyszerű nyelvezetű és vizuálisan támogatott bemutatását, a preferált kommunikációs módokat, valamint az ellátás során figyelembe veendő egyéni igényeket.

Strukturális hozzáférés – eseti megoldások rendszerszintű alternatívája: Az IFÉ személyek ellátása során hiányoznak az egységes protokollok, az előkészítési és tájékoztató támogatás rendszere, és az egészségügyi intézmények közötti koordináció sem biztosított. A hozzáférési egyenlőtlenségek különösen élesen jelentkeznek a fogászati és egyes szakellátások esetében.

javaslatok:

- Intézményi szinten alkalmazott fogadási protokoll bevezetése az IFÉ személyek számára.
- Egységügyi kísérőszolgáltatás kialakítása, amely végigkíséri az érintettet a betegút során.
- Az altatásos ellátást igénylő fogászati beavatkozásokhoz való hozzáférés akadályainak feltárása és az ellátási folyamatok fejlesztése.
- A háziorvosok aktívabb bevonása a betegút koordinációjába, célzott képzésekkel támogatva.

Döntéshozatali támogatás – az autonómia gyakorlati érvényesülésének hiánya: A döntéshozatal folyamatában az IFÉ személyek véleménye és preferenciái nem minden esetben jelennek meg megfelelő súllyal. A támogatott döntéshozatal gyakorlati alkalmazása az interjúk alapján nem tekinthető egységesen elterjedtnek az egészségügyi ellátásban.

javaslatok:

- A támogatott döntéshozatal jogi és gyakorlati kereteinek újragondolása az egészségügy kontextusában;
- Döntéstámogató eszközök fejlesztése (pl. képi és egyszerűsített szöveges anyagok);
- Orvosszakmai irányelvek fejlesztése a támogatott döntéshozatal inkluzívabb alkalmazásának elősegítésére;
- A betegjogi képviselőt célcsoportspecifikus megerősítése.

Összességében megállapítható, hogy az IFÉ személyek egészségügyi rendszerbe való belépése jelenleg nem valósul

meg egyenlő esélyekkel. A feltárt problémák rendszerszintű változtatásokat igényelnek. A kutatás célja nem az azonnali beavatkozás, hanem olyan fejlesztési irányok kijelölése,

amelyek mentén hosszabb távon fenntartható, inkluzív és méltóságteljes egészségügyi hozzáférés alakítható ki e társadalmi csoport számára.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Alapvető Jogok Biztosának Hivatala. A fogyatékos emberek egészségügyi ellátásáról. Accessed May 24, 2025. <https://www.ajbh.hu/-/a-fogyatekos-emberek-egeszsegu-gyi-ellatasarol>
- [2] Alapvető Jogok Biztosának Hivatala: Az alapvető jogok biztosa a sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés elrendelésével kapcsolatos hatékony jogorvoslat fontosságáról és a jogértelmezési gyakorlat problémáiról. Accessed May 24, 2025. <https://www.ajbh.hu/-/az-alapveto-jogok-biztosa-a-surgossegi-pszichiatrai-gyogykezeles-elrendelesevel-kapcsolatos-hatekony-jogorvoslat-fontossagarol-es-a-jogertelmezesi-gy>
- [3] Down Alapítvány: Down Egészségcentrum. 2024. Accessed December 14, 2024. <https://downalapitvany.hu/node/1235>
- [4] United Nations: United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). United Nations; 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> Accessed June 30, 2026.
- [5] United Nations Department of Economic and Social Affairs: Disability Strategies and Action Plans by Country. 2024. Accessed May 12, 2025. <https://social.desa.un.org/issues/disability/resources/disability-resources/disability-strategies-and-action-plans-by>
- [6] World Health Organization. Health Equity for Persons with Disabilities: Guide for Action. WHO; 2024. Accessed April 18, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/B09201>
- [7] Levesque JF, Harris MF, Russell G: Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. doi:10.1186/1475-9276-12-18
- [8] Braveman P, Arkin E, Orleans T et al.: What is Health Equity? *Behavioral Science & Policy*. 2018;4(1):1-14. doi:10.1177/237946151800400102
- [9]. Australian Government Department of Health: National Roadmap for Improving the Health of People with Intellectual Disability. Commonwealth of Australia; 2021. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-roadmap-for-improving-the-health-of-people-with-intellectual-disability>
- [10] NSW Ministry of Health Australia: NSW Disability Inclusion Action Plan 2016–2019 Snapshot 2021–2023. 2023. Accessed April 20, 2025. <https://www.health.nsw.gov.au/disability/Publications/action-plan-snapshot-2021-2023.pdf>
- [11] Australian Government Department of Health and Aged Care: Primary Care Enhancement Program for people with intellectual disability. 2024. Accessed May 15, 2025. <https://www.health.gov.au/our-work/primary-care-enhancement-program-for-people-with-intellectual-disability>
- [12] WHO: Montenegro: the first country in the European Region to implement the WHO Disability Guide for Action. 2023. Accessed April 13, 2025. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/montenegro--the-first-country-in-the-european-region-to-implement-the-who-disability-guide-for-action>
- [13] Lunskey Y, Klein-Geltink J, Durbin A et al.: Barriers and facilitators to improving health care for adults with intellectual and developmental disabilities. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 2018;38(10):367-374. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/health-promotion-chronic-disease-prevention-canada-research-policy-practice/vol-38-no-10-2018/barriers-facilitators-improving-health-care-adults-intellectual-developmental-disabilities.html>
- [14] Casson I, Broda T, Durbin J et al.: Health checks for adults with intellectual and developmental disabilities in a family practice. *Canadian Family Physician*. 2018;64:S44-S50. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85046033291&partnerID=40&md5=047c00fc2d71b81ccb13e5970be1f3b3>
- [15] Inclusion Canada: Inclusion Canada – Promoting Inclusion. *Defending Rights*. 2023. Accessed April 20, 2025. <https://inclusioncanada.ca/>
- [16] Centre for Addiction and Mental Health: Health Care Access Research and Developmental Disabilities (H-CARDD) Program. 2025. Accessed May 16, 2025. <https://www.camh.ca/en/professionals/professionals--projects/hcardd>
- [17] Plena Inclusión: ENABLE – International Synthesis Report. 2024. Accessed May 30, 2025. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2024/08/ENABLE.-International-synthesis-report.pdf>
- [18] Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez J, García-Álvarez A et al.: The role of easy-to-read materials in supporting equitable access to healthcare for people with intellectual disabilities: A study in Spanish hospitals. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2022;19(3):232-242. doi:10.1111/jppi.12455
- [19] Tanaka K, Hagiwara M, Fujita J et al.: Primary care experiences of people with disabilities in Japan: a cross-sectional study using a newly developed Japanese version of the Primary Care Assessment Tool. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):120-133. doi:10.1186/s12939-022-01748-3

- [20] Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities: Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities. 2024. Accessed April 20, 2025. <https://www.jsrpd.jp/en/>
- [21] Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H et al.: Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *The Lancet*. 2011;378(9796):1106-1115. doi:10.1016/S0140-6736(11)60828-3
- [22] NHS England: Annual health checks for people with a learning disability. 2025. Accessed May 16, 2025. <https://www.england.nhs.uk/learning-disabilities/improving-health/annual-health-checks/>
- [23] NHS England: Care, Education and Treatment Reviews: Policy and Guidance. NHS England; 2024. <https://www.england.nhs.uk/learning-disabilities/care/ctr/>
- [24] NHS England: LeDeR Annual Report 2022–2023. NHS; 2023. Accessed May 16, 2025. <https://leder.nhs.uk/images/resources/action-from-learning-report-22-23/NHS-LeDeR-2022-2023-V12.pdf>
- [25] Mencap: Hospital Passport. Mencap website. 2024. Accessed April 18, 2025. <https://www.mencap.org.uk/advice-and-support/health-coronavirus/health-guides>
- [26] Learning Disability England: Learning Disability England. 2024. Accessed April 20, 2025. <https://www.learningdisabilityengland.org.uk/>
- [27] Socialstyrelsen TNB of H and W: Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS). Socialstyrelsen; 2009. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-126-188_2009126188.pdf
- [28] Schalock R, Luckasson R, Tassé M: An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (12th ed.). *Am J Intellect Dev Disabil*. 2021;126:439-442. doi:10.1352/1944-7558-126.6.439
- [29] Magyarország Kormánya. 1997. Évi CLIV. Törvény Az Egészségügyről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.tv#>
- [30] Miniszterelnökség. Országos Fogyatékoságügyi Program (2015–2025) – Végrehajtási Intézkedési Terv (2020–2022). Magyar Kormány; 2020. <https://njt.hu/jogszabaly/2020-1187-30-22>
- [31] Bruland D, Geffroy D, Latteck AD: Digital Health Literacy of People with Intellectual Disabilities: A Scoping Review to Map the Evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(11):1748. doi:10.3390/ijerph22111748
- [32] Magyarország Kormánya. 43/1999. (III. 3.) korm. rendelet Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900043.kor#>
- [33] Dunn M, Strnadová I, Scully JL et al.: Equitable and accessible informed healthcare consent process for people with intellectual disability: a systematic literature review. *BMJ Qual Saf*. 2024;33(5):328-339. doi:10.1136/bmjqs-2023-016113

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Kovács Bernadett tanulmányait a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Közszolgálati Karán végezte, ahol 2025-ben MSc diplomát szerzett Egészségügyi menedzsment szakon. Kutatási érdeklődése az egészségügyi egyenlőtlenségek, az inkluzív ellátásszervezés és a fogyatékosági egészségpolitika területeire irányul. Szakmai célja, hogy a jövőben a szociális szféra és az egészségügy határterületén dolgozva járuljon hozzá a speciális támogatási igényű személyek ellátáshoz való hozzáféréseinek javításához.

lenségek, az inkluzív ellátásszervezés és a fogyatékosági egészségpolitika területeire irányul. Szakmai célja, hogy a jövőben a szociális szféra és az egészségügy határterületén dolgozva járuljon hozzá a speciális támogatási igényű személyek ellátáshoz való hozzáféréseinek javításához.

Medikális családterápia az egészségügyi ellátásban: egy hazai integrált program bemeneti eredményei II. rész

Medical Family Therapy in Healthcare:

Baseline Findings from a Hungarian Integrated Program IInd part

Gyenis-Kátay Noémi^{1,2} ✉, Szauer András^{1,2}, Pongrácz Kornélia^{2,3}, Topolánszky Zsindely Katalin²

¹Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat

²MRE Bethesda Gyermekkórház, Kora Gyermekkori Intervenció és Diagnosztikai Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálat (KIDSz)

³ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

✉ gyenis-katay.noemi@bethesda.hu

Jelen közlemény egy két cikkből álló témafeldolgozás második része, amely az első részben bemutatott medicális családterápiás elméleti kerethez kapcsolódva egy hazai, egészségügyi környezetbe integrált program bemeneti eredményeit mutatja be. A vizsgálat autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok körében, a MOL Új Európa Alapítvány Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz program támogatásával, a Bethesda Kora Gyermekkori Intervenció és Diagnosztikai Szolgáltató (KIDSz) Pedagógiai Szakszolgálatában zajlott. A bemeneti adatfelvételben 80 család vett részt; az elemzések elsősorban az anyák és apák önkitöltős kérdőíves adataira épültek. A családi működést a McMaster Family Assessment Device (FAD), a szubjektív jóllétet a WHO-5, az észlelt stresszt pedig a PSS-4 segítségével mértük. Az eredményeket a FAD esetében hazai validálási adatokhoz, a WHO-5 és a PSS-4 esetében pedig a Hungarostudy 2021 lakossági referenciaértékeihez viszonyítottuk. A családok már a terápiás ellátás kezdetén jelentős pszichés és családi terheléssel érkeztek. A FAD alszámai közül különösen a szerepek és az általános családi működés területe mutatott sérülékenységet, miközben a szülői jóllét kedvezőtlenebb, az észlelt stressz pedig magasabb volt a lakossági referenciaértékekhez képest. Az eredmények alátámasztják, hogy az egészségügyi környezetbe integrált, térítésmentes családterápiás ellátás releváns válasz lehet az autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok komplex szükségleteire.

Kulcsszavak: medicális családterápia, autizmus spektrumzavar, családi működés, szülői stressz, integrált ellátás

This paper is the second part of a two-part series and presents baseline findings from a Hungarian programme integrated into a healthcare setting, building on the theoretical framework of medical family therapy outlined in the first paper. The study was conducted among families raising young children with autism and was implemented at the Bethesda Early Childhood Intervention and Diagnostic Service (KIDSz) Pedagogical Service,

with support from the MOL New Europe Foundation's Kozma Imre Child Healing Plus Programme. A total of 80 families participated in the baseline assessment; the analyses were based primarily on self-report questionnaire data provided by mothers and fathers. Family functioning was assessed using the McMaster Family Assessment Device (FAD), subjective well-being with the WHO-5 Well-Being Index, and perceived stress with the four-item Perceived Stress Scale (PSS-4). FAD scores were compared with Hungarian validation data, while WHO-5 and PSS-4 scores were compared with population reference values from the Hungarostudy 2021 survey. The families presented with substantial psychological and family-related burden at the outset of therapy. Among the FAD subscales, the Roles and General Functioning domains showed particular vulnerability, while parental well-being was lower and perceived stress was higher than the corresponding population reference values. These findings suggest that free-of-charge family therapy integrated into healthcare services may represent a relevant response to the complex needs of families raising young children with autism.

Keywords: medical family therapy, autism spectrum disorder, family functioning, parental stress, integrated care

BEVEZETÉS

A krónikus vagy tartós egészségi állapotok nem kizárólag az érintett személy testi és pszichés működésére hatnak, hanem a család egészének mindennapi életét, szereprendszerét, kapcsolati folyamatait és megküzdését is átalakíthatják. A családi működés ugyanakkor nem csupán következménye a betegségnek: befolyásolhatja a kezeléshez való alkalmazkodást, a terápiás együttműködést, az adherenciát, valamint a családtagok pszichés jóllétét és terheltségét is. Ez különösen jelentős gyermekkorban, amikor a kezelés, a gondozás és az ellátórendszerrel való kapcsolattartás nagyrészt a szülőkre és a családi rendszerre hárul.

A tanulmány első része a medikális családterápia elméleti alapjait, nemzetközi fejlődését és hazai alkalmazási lehetőségeit tekintette át [1]. Bemutatta, hogy a medikális családterápia a bio-pszicho-szocio-spirituális modellre és a családterápiás rendszerszemléletre építve a betegséget nem elszigetelt egyéni állapotként, hanem a beteg, a család és az egészségügyi ellátórendszer kölcsönhatásában értelmezi. Az elméleti áttekintés arra is rámutatott, hogy a családorientált szemlélet egészségügyi integrációja világos indikációs szempontokat, interdiszciplináris együttműködést és a helyi ellátási környezethez illeszkedő szolgáltatási modelleket igényel.

A medikális családterápia (Medical Family Therapy, MedFT) olyan biopszichoszociális és rendszerszemléletű megközelítés, amely a testi és pszichés betegségeket a családi kapcsolatrendszer és az ellátási kontextus összefüggésében értelmezi [2]. Jelen közlemény egy két részből álló témafeldolgozás második része. Míg az első tanulmány a medikális családterápia elméleti alapjait, egészségügyi alkalmazási lehetőségeit és hazai relevanciáját tekintette át, a jelen cikk egy hazai, egészségügyi környezetbe integrált program bemeneti eredményeit mutatja be. A medikális családterápia ebben a keretben nem az orvosi, pszichológiai vagy fejlesztő ellátás alternatívája, hanem azokhoz kapcsolódó, családorientált kiegészítő támogatás. Célja, hogy az ellátóteam munkájához illeszkedve segítse a családi alkalmazkodást, mérsékelje a betegséghez kapcsolódó érzelmi, szervezési és kapcsolati terheket, valamint támogassa a család és az ellátórendszer közötti együttműködést.

A medikális családterápia empirikus vizsgálatait napjainkig döntően nemzetközi, elsősorban angolszász egészségügyi kontextusban jelentek meg, és gyakran az alapellátás, az integrált viselkedés-egészségügyi ellátás, valamint krónikus betegségek gondozásának területéhez kapcsolódnak. A MedFT szakirodalmát áttekintő tanulmányok szerint a kutatások és klinikai beszámolók között szerepelnek primer ellátási, diabetológiai, onkológiai, palliatív és más krónikus betegségekhez kapcsolódó alkalmazások is. A tágabb családorientált egészségügyi szakirodalom emellett arra utal, hogy a családtagok bevonása krónikus betegség esetén javíthatja a megküzdést, támogathatja a kezeléssel való együttműködést, és kedvezőbb pszichoszociális kimenetekkel járhat [3,4,5,6]. Mindezek alapján a jelen vizsgálat egy olyan hazai, egészségügyi környezetbe integrált program bemeneti adatainak bemutatásával járul hozzá a szakirodalomhoz, amely a MedFT szemléletét gyermek-egészségügyi és korai intervenciók kontextusban alkalmazza.

A MOL Új Európa Alapítvány Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz programja [7] az alapítvány szociális pályázati konstrukciója, amelynek célja, hogy rendszerszemléletű, családközpontú családterápiás intervenciók váljanak hozzáférhetővé olyan gyermekek és családtagjaik számára, akik szomatikus és/vagy pszichés hátterű betegségben/állapotban érintettek, a betegségből lábadoznak, vagy tartósan együtt élnek annak következményeivel. A program névadója Kozma Imre atya emlékét idézi, az általa képviselt gondoskodási és karitatív értékekre utalva. A pályázat olyan kezdeménye-

zéseket támogat, amelyek fekvő- vagy járóbeteg-szakellátást végző intézményekhez kapcsolódva, interdiszciplináris együttműködésben használják a családterápiás eszköztárat. A támogatás célja szakmai kapacitás (humán erőforrás) fejlesztés, és modellértékű ellátásfejlesztés, amely a családterápiás szolgáltatások integrációját segíti az egészségügyi ellátórendszerbe. A célcsoport elsősorban 18 év alatti, betegségben érintett gyermekek és a velük egy háztartásban élő közeli hozzátartozók; indokolt esetben fogyatékkal élő fiatalok 30 éves korig is bevonhatók. A vissza nem térítendő finanszírozás lehetővé teszi a térítésmentes családterápiás szolgáltatásokat és – szükség esetén – kiegészítő, rendszer-szemléletű csoportos foglalkozásokat.

Célkitűzés

A jelen közlemény célja, hogy a Bethesda Kora Gyermekkori Intervenciók és Diagnosztikai Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálat autizmusban érintett családjaiknak mintáján bemutassa egy egészségügyi környezetbe integrált családterápiás program bemeneti jellemzőit és mérési protokollját. A hosszabb távú kutatási cél a medikális családterápia hazai, bizonyítékokon alapuló alkalmazásának megalapozása és fenntartható intézményi beágyazásának támogatása.

Ellátási környezet:

a Pedagógiai Szakszolgálat bemutatása

Az autizmus spektrumzavarral diagnosztizált gyermekek és családjaik családterápiás támogatását a Magyar Református Egyház Bethesda Gyermekkórházának (későbbiekben: Bethesda Gyermekkórház) szervezeti keretein belül működő Kora Gyermekkori Intervenciók és Diagnosztikai Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálat végzi (továbbiakban: Bethesda KIDSz). A Bethesda KIDSz a 0–6 éves korosztály számára biztosít kapacitástól függően komplex állapotmegismerést és intervenciók ellátásokat, valamint a 2–5 éves korosztály számára 2012 óta szervez rendszeresen csoportos diagnosztikai heteket.

A Bethesda KIDSz működése jól értelmezhető a koragyermekkori intervenció rendszerszemléleti kerete felől: Danis [8] hangsúlyozza, hogy a kisgyermek fejlődését és a család mindennapi működését egyidejűleg formálják a közeli (családi) és az intézményi–társadalmi környezet hatásai, ezért a hatékony támogatás fókuszában nem kizárólag a gyermek áll, hanem a szülők és a családot körülvevő szakmai team, valamint az együttműködő intézményi hálózat is.

E megközelítésből következik, hogy a korai ellátásokban egyszerre van jelen a szélesebb, univerzális szemlélet (a szülői kompetenciák és a támogató környezet erősítése), és a célzott beavatkozási utak kijelölése azoknál a családoknál, ahol diagnosztikailag megalapozottan atipikus fejlődési mintázat vagy mentális terhelés azonosítható. Danis [8] „differenciált univerzalizmus” kerete ezt a kettősséget ragadja meg: minden család számára fontos a szülőség támogatása, ugyanakkor a speciális szükségletekhez illesztett, célzott

szolgáltatások (szűrés, diagnosztika, nyomonkövetés és intervenciós utak) nélkülözhetetlenek.

Danis [8] kiemeli, hogy a gyermek fejlődésére a legerőteljesebb hatást a családi környezet és a szülői működés gyakorolja; ezért a szülők direkt támogatása a korai intervenció egyik legnagyobb hatásfokú „csatornája”. A Bethesda KIDSz-ben zajló családterápiás munka e logikához illeszkedve célul tűzi ki, hogy a szülők számára érthető és elfogadható keretet adjon a neurodiverzitás szemléletén keresztül az autizmus spektrumzavar értelmezéséhez, miközben kíséri a diagnózishoz kapcsolódó gyászfolyamatot (amely a gyermek tipikus fejlődésének és egészségének elgyászolását szolgálja), és támogatja a mindennapi megküzdést.

A Bethesda KIDSz-ben az autizmus spektrumzavar diagnózist kapó gyermekek számára vagy a diagnosztikai folyamatot követően nyílik lehetőség a családterápiás ellátás igénybevételére, vagy az autizmusban érintett gyermekkel dolgozó, terápiás munkát folytató gyógypedagógus, pszichiáter vagy egyéb szakember ajánlhatja ezt a lehetőséget. A medikális családterápiás intervenciók a kórházi ellátáshoz kapcsolódó interdiszciplináris együttműködésben valósulnak meg, amelyben a családterapeuták munkáját klinikai szakpszichológusok, pszichiáterek, gyermekgyógyászok, dietetikusok és az adott esetben releváns további szakemberek együttműködése támogatja. A beavatkozások az ellátási környezet profiljához és a célcsoport sajátosságaihoz igazodnak, kiemelt figyelmet fordítva a családi reziliencia, a testvérdinamikák és a diagnózishoz kapcsolódó normatív és nem normatív krízisek támogatására.

MÓDSZER

Kutatási design és adatfelvétel

A kutatás multicentrikus, longitudinális elrendezésű empirikus vizsgálat, amelynek célja a családterápiás folyamat során bekövetkező változások nyomon követése a családi működés, a pszichés jóllét és az észlelt stressz területén. A vizsgálat nem randomizált elrendezésű, az adatfelvétel a családterápiás ellátás folyamatához kapcsolódik.

Az adatgyűjtés három mérési ponton történik: T1 – bemeneti mérés: a családterápia első ülését megelőzően; T2 – köztes mérés: a hetedik családterápiás ülést követően; illetve T3 – záró mérés: a családterápiás folyamat lezárásakor. A három mérési pontból álló elrendezés lehetővé teszi a családi működés és az egyéni pszichés mutatók időbeli változásának vizsgálatát a családterápiás folyamat során.

A kutatás elsődleges mérési területe a családi működés, amelyet a McMaster Family Assessment Device (FAD) mér [9]. Kiegészítő vizsgálati változó a pszichés jóllét (WHO-5 [10]) és az észlelt stressz (PSS-4 [11]).

A részt vevő vizsgálati személyek családonként egy egyedi azonosító kódot kapnak (Family ID), amely az anonimitás megőrzése mellett lehetővé teszi az egyes mérési pontok adatainak, valamint a családtagoknak az összekapcsolását és a longitudinális követést. A kérdőívcsomagok kitöltése minden mérési pont esetében online, biztonságos adat-

gyűjtő felületen, a terápiás ellátás helyszínén, kontrollált körülmények között történik.

Az adatfelvétel több informátor bevonásával zajlik. A családterápiában részt vevő felnőtt családtagok és a 12 év feletti gyermekek önkitöltős kérdőívcsomagot töltenek ki a szülő/törvényes képviselő hozzájárulásával. A családterapeuták külön kérdőívben rögzítik a terápiás folyamat klinikai és strukturális jellemzőit, többek között az ülések számát, a részt vevő családtagokat, a hiányzásokat és a folyamatot befolyásoló tényezőket.

Jelen közlemény a multicentrikus kutatás egyik vizsgálati helyszínén, a Bethesda KIDSz-ben felvett bemeneti adatok (T1) elemzésére korlátozódik. Az elemzésbe azoknak a családoknak az adatai kerültek be, akik 2023. január 1. és 2026. január 14. között jelentkeztek családterápiás ellátásra az intézménybe, és az első terápiás ülést megelőzően kitöltötték a bemeneti kérdőívcsomagot. A teljes longitudinális kutatás adatfelvétele a vizsgált időszak lezárását követően is folytatódik.

A bemeneti mérés során a családi működést, a szubjektív pszichés jóllétet és az észlelt stresszt vizsgáltuk. A jelen tanulmány kizárólag e mérési pont leíró elemzését tartalmazza; a köztes és záró mérési pontokon rögzített adatok, valamint a családterápiás folyamat során bekövetkező változások elemzése nem képezik a közlemény tárgyát.

A vizsgált időszakban 80 család vett részt a bemeneti adatfelvételben. A Bethesda KIDSz mintájában az adatközlők elsősorban szülőpárok, mivel a gyermekek – és kevés kivétellel a testvérek is – 12 év alattiak. A kérdőívcsomagokat a családtagok online formában töltötték ki az első terápiás ülés alkalmával.

A kutatás a vonatkozó etikai előírások betartásával, önkéntes részvétel mellett, anonim módon zajlott, a TUKEB engedélyével (ügyiratszám: BM/6095-4/2023).

Minta és demográfia

A bemeneti (T1) mérési pont szociodemográfiai jellemzőit tekintve változónként eltérően hetvenkettő és hetvenhat ($n = 72-76$), 30 és 51 év közötti ($M = 41,6$ év, $SD = 5,7$ év) édesanya, valamint változónként eltérően, hetvenegy és hetvennégy ($n = 71-74$), 31 és 57 év közötti ($M = 43,4$ év, $SD = 5,8$ év) édesapa adatait elemeztük. A részt vevő családokban nevelt gyermekek száma a szülői beszámolók alapján az anyák körében $M = 1,80$ ($SD = 0,73$), az apák körében $M = 1,79$ ($SD = 0,78$) volt. A szülőkre vonatkozó további demográfiai jellemzőket az 1. táblázat szemlélteti. Az „apák” csoportjában egy olyan résztvevő is szerepelt, aki transz nőként azonosítja magát. Családi állapot szerint a válaszadók túlnyomó többsége házasságban, házastársával együtt él (anyák: 84,2%; apák: 87,3%); az élettársi kapcsolatban élők aránya 8–9% körüli, az egyedülálló vagy elvált státusz alacsony számban fordult elő, ezt részletesen az 1. táblázat mutatja be.

Összességében a bemeneti minta jellemzően magasabb iskolai végzettségű, városi–fővárosi és stabil párkapcsolati struktúrában élő családokat reprezentál, ami a mintavétel intézményi és hozzáférési sajátosságait is tükrözi.

Demográfiai változó	Szülők		
	Anyák (M1) n (%)	Apák (P1) n (%)	teljes n (%)
<i>Nem</i>			
férfi	0 (0,0%)	73 (98,6%)	73 (48,7%)
nő	76 (100,0%)	1 (1,4%)	77 (51,3%)
<i>Legmagasabb iskolai végzettség</i>			
8 általános	0 (0,0%)	3 (4,1%)	3 (2,0%)
szakiskola, szakmunkás-képző	7 (9,2%)	11 (15,1%)	18 (12,1%)
gimnázium	14 (18,4%)	16 (21,9%)	30 (20,1%)
főiskola, egyetem	53 (69,7%)	41 (56,2%)	94 (63,1%)
PhD, DLA	2 (2,6%)	2 (2,7%)	4 (2,7%)
<i>Lakóhely típusa</i>			
Budapest	53 (69,7%)	48 (64,9%)	101 (67,3%)
nagyváros	2 (2,6%)	2 (2,7%)	4 (2,7%)
kisváros	17 (22,4%)	19 (25,7%)	36 (24,0%)
falu	4 (5,3%)	5 (6,8%)	9 (6,0%)
<i>Családi állapot</i>			
házas, házastársával él	64 (84,2%)	62 (87,3%)	126 (85,7%)
házas, egyedül él	2 (2,6%)	2 (2,8%)	4 (2,7%)
élettársi kapcsolatban él	7 (9,2%)	6 (8,5%)	13 (8,8%)
egyedülálló, egyedül él	0 (0,0%)	1 (1,4%)	1 (0,7%)
elvált, egyedül él	2 (2,6%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)
elvált, újrَاهázasodott	1 (1,3%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)

1. táblázat

A családok demográfiai jellemzői szülői szerepek szerint (saját szerkesztés)

Megjegyzés: N = 147-150. anyák (n = 76), apák (n = 71-74). A százalékok az adott változóra rendelkezésre álló érvényes kitöltések számához viszonyítva értendők; az esetleges hiányzó adatok miatt a részösszegek változónként eltérhetnek.

Mérőeszközök

Szülői kérdőívcsomag

A szülők által kitöltött kérdőívcsomag demográfiai kérdés-sort, önkitalós mérőeszközöket, rövidített páros megküzdés-tételeket [12], valamint egy nyitott erőforrás-kérdést tartalmazott. A demográfiai blokk a család alapvető szociodemográfiai jellemzőit rögzítette.

McMaster Family Assessment Device (FAD)

A családi működést a McMaster Family Assessment Device (FAD) 60 tételes magyar változatával mértük [9,13], amely hét alskálát tartalmaz (Problémamegoldás, Kommunikáció, Szerepek, Érzelmű reakcióképesség, Érzelmű bevonódás, Viselkedéskontroll, Általános családi működés). Az alskálák a családi működés különböző dimenzióit ragadják meg, például a problémák közös megoldásának módját, a kommunikáció egyértelműségét, a családtagok feladat- és felelősségmegosztását, az érzelmek kifejezésének és viszonzásának jellegét, az egymás iránti érdeklődés és bevonódás mértékét, a viselkedés szabályozásának családi mintázatait, illetve a család általános működésének minőségét. A válaszadás 4 fokú Likert-skálán történt (1 = teljes mértékben egyetért, 4 = egyáltalán nem ért egyet). A fordított irányú tételeket az útmutató szerint transzformáltuk, majd az alská-

lapontszámokat az alskálához tartozó tételek átlagaként képeztük. Egy alskálát érvénytelennek tekintettünk, ha a tételek legalább 40%-a hiányzott. A klinikai értelmezéshez az útmutatóban megadott küszöbértékeket (cut-off) alkalmaztuk [14]. A magyar változat pszichometriai jellemzőit hazai validálási eredmények is alátámasztják [13].

WHO Jóllét Kérdőív – rövidített változat (WHO-5)

A szubjektív jóllétet a WHO Jóllét Kérdőív 5 tételes változatával mértük [10], amely az elmúlt két hét pozitív hangulati és aktivitásbeli jellemzőit méri önbeszámoló alapján. A válaszadás 0–3 skálán történt („egyáltalán nem jellemző”–„teljesen jellemző”); a skála fordított tételt nem tartalmaz, a magasabb pontszám kedvezőbb jóllétet jelez (összpont: 0–15). Az országos referenciaértékekkel való összehasonlíthatóság érdekében az összpontszámot 0–20 tartományra transzformáltuk (összeg $\times 20/15$), összhangban a hazai Hungarostudy-közlések gyakorlatával. Kiszámítottuk a klinikai szűrésben gyakran alkalmazott ≤ 9 pontos küszöbérték (0–20 skálán) alá esők arányát is, ugyanakkor az értelmezést elsősorban a Hungarostudy 2021 referenciaértékeihez való viszonyításra alapoztuk [15].

Perceived Stress Scale – rövidített változat (PSS-4)

Az észlelt stresszt a Perceived Stress Scale 4 tételes változatával (PSS-4) mértük [16], amely a stresszhelyzetek szubjektív megélését és egyéni megítélését ragadja meg, és nem a stresszorok objektív jelenlétét méri. A PSS eredetileg 14 tételes mérőeszközként került kidolgozásra; a 10 és 4 tételes rövidített változatok megbízhatóságát és érvényességét több vizsgálat alátámasztja [17]. A magyar adaptációs eredmények alapján a PSS-4 belső megbízhatósága megfelelő (Cronbach- $\alpha \approx 0,79$), és a rövidített verziók erősen együtt járnak a teljes skálával [11]. A jelen adatfelvételben a tételek 0–4 skálán kerültek rögzítésre; a pozitívan megfogalmazott tételeket (2. és 3. tétel) fordítottuk, majd a tételek összegéből képeztük az összpontszámot (0–16). A PSS-4 pontszámot folytonos változóként értelmeztük; az országos referenciaértékekkel való összevetéshez a tételek átlagpontszámait is kiszámítottuk (összpont/4), hogy a PSS-10 adatokból képzett itemátlaggal összehasonlítható mutatót kapjunk.

Nyitott erőforrás-kérdés

A kérdőívcsomag része volt egy nyitott erőforrás-kérdés is („Az elmúlt két hétben mi jelentett Ön számára erőforrást?”), ennek elemzésére azonban a jelen közlemény nem tér ki.

Gyermek kérdőívcsomag (12 éves kortól)

A 12 év feletti gyermekek és fiatalok a FAD, a WHO-5, a PSS4 és az erőforrás-kérdőívet töltötték ki. Az instrukciók tegező formában szerepeltek a gyermek kérdőívcsomagban.

Terapeuta kérdőívek

A terapeuták által kitöltött kérdőívek a családterápiás folyamat objektív jellemzőit rögzítik (pl. alkalmak száma, rész

vevő családtagok, hiányzások, módosító tényezők); kitöltésük a folyamat elején és a lezáráskor történt.

Elemzési terv

A jelen közlemény a bemeneti (T1) adatfelvétel adataira épül; az elemzések leíró jellegűek voltak. A szülői (anya/apa) kitöltésekre külön-külön, valamint összevontan is közöltünk elemszámot, átlagot és szórást (illetve szükség esetén mediánt és interkvartilis terjedelmet), továbbá a klinikai értelmezést segítő küszöbértékek alá/fölé esők arányát (FAD alskálák: útmutató szerinti cut-off; WHO-5: ≤ 9 pont a 0–20-as skálán). A FAD alskálapontszámokat a hazai validálási eredményekhez [13], míg a WHO-5 jóllétet és a stresszmutatókat a Hungarostudy 2021 adataihoz viszonyítottuk. A PSS-4 esetében az összpontszám (0–16) mellett itemátlagot (összpont/4) is számoltunk, hogy a PSS-10 vizsgálatokban gyakran közölt itemátlagokkal összevethető mutatót kapjunk. Az adatok elemzéséhez a JASP 0.95.4 verziójú programot használtuk [18].

EREDMÉNYEK

FAD

A bemeneti (T1) időpontban a FAD alskálák leíró statisztikáit az anyák (M1) és apák (P1) kitöltései alapján külön-külön közöljük (2. táblázat). A pontszámok 1–4 tartományban értelmezhetők, ahol a magasabb érték kedvezőtlenebb családi működést jelez. Az anyák körében a legmagasabb átlagpontszám a Szerepek (RL) alskálán jelentkezett ($M = 2,35$; $SD = 0,57$), és ezen az alskálán volt a legnagyobb a klinikai cut-off feletti arány is (47,4%). Az apák esetében szintén a Szerepek (RL) alskálán mutatkozott a legmagasabb átlag ($M = 2,19$; $SD = 0,47$), míg a klinikai cut-off feletti arányok közül a General Functioning (GF) alskála emelkedett ki (45,8%). A legalacsonyabb átlagpontszám mindkét szülői csoportban a Viselkedéskontroll (BC) alskálán volt megfigyelhető (anyák: $M = 1,69$; apák: $M = 1,74$).

WHO jóllét

A bemeneti (T1) időpontban a szubjektív jóllétet a WHO Jóllét Skála 5 tételes változatával (WB1–WB5) mértük. A tételek az adatfelvételben 0–3 ponton kerültek rögzítésre, így a nyers összpontszám 0–15 tartományú. A baseline leíró elemzésben csak a teljesen kitöltött (mind az 5 tételre válaszoló) kérdőíveket vettük figyelembe. Az országos referenciaértékekkel való összehasonlíthatóság érdekében 0–20-as skálára transzformált WHO-5 összpontszám átlaga az anyáknál 8,39 ($SD = 3,36$), az apáknál 9,37 ($SD = 3,14$) volt. A Hungarostudyban alkalmazott ≤ 9 pontos (0–20 skálán értelmezett) küszöb alapján a kockázati tartományba az anyák 56,9%-a, az apák 34,2%-a esett. Összevetésként, a Hungarostudy lakossági adataiban a WHO-5 átlagpontszám nők körében 10,66, férfiak körében 11,32; a kockázati tartomány aránya rendre 17,2% és 11,2% volt, amihez képest a jelen klinikai mintában alacsonyabb jóllét és magasabb kockázati arány figyelhető meg. A részletes leíró adatokat és elemszámot a 3. táblázat szemlélteti.

A bemeneti (T1) időpontban az észlelt stresszt a PSS-4 (Perceived Stress Scale – 4 tételes változat) segítségével mértük (PSS1–PSS4). Az országos referenciaadatokkal való összevetést az eltérő tételszám miatt nem az összpontszámok, hanem az itemátlag (0–4) szintjén végeztük: a PSS-4 itemátlagot a PSS-4 összpontszám/4, míg a Hungarostudy 2021-ben közölt PSS-10 itemátlagot a PSS-10 összpontszám/10 képlettel számítottuk. A PSS-4 összpontszám átlaga az anyáknál 8,11 ($SD = 2,73$), az apáknál 6,20 ($SD = 2,65$) volt; ez itemátlagra átszámítva az anyáknál 2,03, az apáknál 1,55 értéket jelentett. Összevetésként a Hungarostudy 2021 lakossági adataiban a PSS-10 átlagpontszám nők körében 14,24, férfiak körében 13,73 volt [15], ami itemátlagra átszámítva 1,42 és 1,37 pontnak felel meg; ehhez képest a jelen klinikai mintában mindkét szülői csoportban magasabb észlelt stressz figyelhető meg. A PSS-4 esetében standard klinikai küszöbérték nem áll rendelkezésre, ezért az értelmezést a referenciaadatokkal való összevetésre és a leíró mutatókra alapoztuk. A részletes leíró adatokat a 4. táblázat mutatja be.

Alskála	Cut-off	Anyák (M1)		Apák (P1)	
		n (%)	Mean (SD)	n (%)	Mean (SD)
Problémamegoldás (PS)	2.2	26 (34,2%)	2,07 (0,59)	16 (22,2%)	1,93 (0,57)
Kommunikáció (CM)	2.2	24 (31,6%)	1,99 (0,60)	26 (36,1%)	1,95 (0,54)
Szerepek (RL)	2.3	36 (47,4%)	2,35 (0,57)	24 (33,3%)	2,19 (0,47)
Érzelmi válaszkészség (AR)	2.2	24 (31,6%)	2,04 (0,79)	27 (37,5%)	2,01 (0,64)
Érzelmi bevonódás (AI)	2.1	19 (25,0%)	1,93 (0,55)	20 (27,8%)	1,90 (0,45)
Viselkedéskontroll (BC)	1.9	21 (27,6%)	1,69 (0,46)	19 (26,4%)	1,74 (0,43)
Általános működés (GF)	2.0	34 (44,7%)	2,00 (0,63)	33 (45,8%)	1,93 (0,56)

2. táblázat

A FAD alskálák pontszámainak küszöbérték szerinti eloszlása és leíró statisztikája anyák (M1) és apák (P1) szerint (saját szerkesztés)

Megjegyzés: $N = 148$, anyák ($n = 76$), apák ($n = 72$), Mean = átlag, SD = szórás. A FAD alskálák pontszámai 1–4 tartományban értelmezhetők, ahol a magasabb érték kedvezőtlenebb családi működést jelez. A „cut-off felett” oszlop az alskálaként megadott klinikai határértéket elérő vagy meghaladó pontszámok arányát mutatja (PS/CM/AR $\geq 2,20$; RL $\geq 2,30$; AI $\geq 2,10$; BC $\geq 1,90$; GF $\geq 2,00$).

Csoport	n	Mean	SD	≤9 pont n (%)	Hungarostudy 2021 átlag	Hungarostudy 2021 ≤9 (%)
Anyák (M1)	72	8,39	3,36	41 (56,9%)	10,66	17,2
Apák (P1)	73	9,37	3,14	25 (34,2%)	11,32	11,2

3. táblázat

WHO-5 baseline anyák és apák esetében – összevetés a Hungarostudy 2021 adatokkal (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 145. Mean = átlag, SD = szórás, WHO-5 = WHO Jólét Skála 5 tételes változat. A WHO-5 tételei a vizsgálatban 0–3 ponton kerültek rögzítésre (nyers összeg 0–15), ezért az országos referenciaértékekkel való összehasonlíthatóság érdekében az összpontszámot 0–20 tartományra transzformáltuk (összeg × 20/15). A „≤9 pont” küszöb a 0–20 skálán értelmezett határérték; a „≤9 pont (%)” oszlop az ebbe a tartományba esők arányát mutatja.

Csoport	Mutató	n	Mean	SD	Skála	Hungarostudy 2021 itemátlag	Referenciaskála
Anyák (M1)	PSS-4 összpont (fordítás után)	74	8,11	2,73	0–16	—	—
Anyák (M1)	Itemátlag (összpont/4)	74	2,027	0,682	0–4	1,424 (PSS-10 átlag: 14,24)	0–4 (PSS-10)
Apák (P1)	PSS-4 összpont (fordítás után)	74	6,20	2,65	0–16	—	—
Apák (P1)	Itemátlag (összpont/4)	74	1,551	0,663	0–4	1,373 (PSS-10 átlag: 13,73)	0–4 (PSS-10)

4. táblázat

Észlelt stressz baseline anyák és apák esetében – összevetés Hungarostudy 2021 adatokkal (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 148. Mean = átlag, SD = szórás, PSS4 = Perceived Stress Scale – 4 tételes változat. Az itemátlag az összpont/4; a Hungarostudy 2021-ben közölt itemátlagok a PSS-10 skálára vonatkoznak, ezért az összevetés közelítő jellegű.

A belső konzisztenciát jelző megbízhatósági mutatók (Cronbach- α) alapján a WHO-5 és a PSS-4 skálák megbízhatósága megfelelő volt. A FAD alszála az α -értékek heterogén képet mutattak, és több alszála alacsonyabb belső konzisztencia volt megfigyelhető, ami a nemzetközi adaptációs vizsgálatokban is jelzett, egyes alszálaikat érintő pszichometriai korlátokkal összhangban áll [19]. Az anyák és apák almintáira vonatkozó leíró értékeket az 5. és 6. táblázat tartalmazza.

MEGBESZÉLÉS

A jelen vizsgálat célja az volt, hogy egy egészségügyi környezetbe integrált családterápiás program bemeneti mintázatait írja le autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok körében. A bemeneti adatok alapján láthatjuk, hogy a családok számottevő pszichés és családi terheléssel lépnek az ellátásba. A családi működés területén (FAD) mind az anyák, mind az apák körében a Szerepek alszála mutatta a legkedvezőtlenebb átlagértékeket, és az anyák esetében ezen a területen volt a legmagasabb a klinikai határérték feletti arány is (2. táblázat). Ez az alszála elsősorban a mindennapi szervezési feladatok, felelősségek, gondozási szerepek és ezek családon belüli működésének hatékonyságát méri, ezért az eredmények arra utalhatnak, hogy a családok terheltsége különösen ezeken a területeken jelenik meg. Az eltérő idegrendszeri fejlődés felismerése és az autizmusdiagnózis kimondása egyfelől megkönnyebbülést hozhat a szülők számára, mivel új értelmezési keretet ad a gyermek működéséhez, másfelől azonban a családi működés átrendeződésével, fokozott gondozási és logisztikai terhekkel is együtt járhat. A mindennapok megszervezése, a fejlesztésekhez való alkalmazkodás és az új szülői kompetenciák elsa-

játítása így jelentős többletterhet róhat a családra. Az apák válaszai alapján az Általános családi működés alszála volt a legnagyobb a klinikai tartományba esők aránya (2. táblázat). Ez arra utal, hogy a családok sérülékenysége a belépéskor elsősorban nem egyetlen szűken vett működési területre koncentrálódik, hanem a mindennapi feladatok, felelősségek és az általános családi egyensúly szintjén jelenik meg. Ezzel szemben a Viselkedéskontroll alszála mutatkozott a legkedvezőbb értékek, ami arra utalhat, hogy a családok saját megítélésük szerint kevésbé a szabályok és határok területén, inkább a szereposztás és a működés egészének összehangolásában élnek meg nehézségeket. Az apák almintájában az Általános működés alszála és az észlelt stressz között közepes erősségű, szignifikáns kapcsolat mutatkozott ($r = 0,47$; 6. táblázat), ami arra utalhat, hogy a családi működés globális megítélése náluk szorosabban kapcsolódik a szubjektív pszichés terheltséghez. Bár ebből az adatból oksági következtetés nem vonható le, az eredmény klinikailag releváns, és támogatja azt a szemléleti feltevést, hogy a családi működés fontos fókuszterület lehet a medikális családterápiás ellátásban.

A szülői pszichés állapot mutatói ezt a képet tovább árnyalják. A WHO-5 alapján mindkét szülői csoport szubjektív jólléte kedvezőtlenebb volt a Hungarostudy 2021 referenciaértékeinél, és különösen az anyák esetében magas a kockázati tartományba esők aránya. Ugyanez a mintázat az észlelt stressz esetében is megjelent: a PSS-4 itemátlaga mindkét csoportban meghaladta a lakossági referenciaértékeket, az anyák terheltsége pedig az apákénál is magasabbnak mutatkozott. A bemeneti profil tehát nem pusztán azt jelzi, hogy az autizmusban érintett gyermekek családjai segítséget kérnek, hanem azt is, hogy a segítségkérés időpontjában a szülői rendszer teherbírása sok esetben már eleve csökkent.

	Min	Max	Mean	SD	Ferdeség	Csúcsság	Alpha	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. FAD_PS	1,00	3,67	2,07	0,59	0,52	0,16	0,81	—								
2. FAD_CM	1,44	3,11	2,25	0,38	0,28	-0,23	0,48	0,77**	—							
3. FAD_RL	1,27	3,36	2,34	0,41	0,23	-0,09	0,64	0,50**	0,33	—						
4. FAD_AR	1,17	3,50	2,07	0,58	0,51	-0,46	0,66	0,79**	0,72**	0,40**	—					
5. FAD_AI	1,14	3,29	1,93	0,43	0,90	0,47	0,53	0,45**	0,30	0,47**	0,43**	—				
6. FAD_BC	1,11	2,56	1,75	0,35	0,47	-0,45	0,45	0,50**	0,30	0,38**	0,26	0,46**	—			
7. FAD_GF	1,33	3,58	2,07	0,50	1,09	1,14	0,81	0,84**	0,73**	0,67**	0,76**	0,66**	0,49**	—		
8. WHO5	2,00	13,00	6,29	2,52	0,45	-0,37	0,74	-0,25	-0,29	-0,14	-0,20	0,00	-0,07	-0,14	—	
9. PSS4	2,00	16,00	8,11	2,73	0,09	-0,05	0,80	0,21	0,31	0,31	0,24	0,07	0,05	0,26	-0,47**	—

5. táblázat

Skálák leíró jellemzői – FAD, WHO-5, PSS-4 – anyák (M1) baseline (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 150. Mean = átlag, SD = szórás, FAD_PS = Family Assessment Device Problémamegoldás alskála, FAD_CM = Family Assessment Device Kommunikáció alskála, FAD_RL = Family Assessment Device Szerepek alskála, FAD_AR = Family Assessment Device Érzélményválaszkészség alskála, FAD_AI = Family Assessment Device Érzélménybevonódás alskála, FAD_BC = Family Assessment Device Viselkedéskontroll, FAD_GF = Family Assessment Device Általános működés, WHO5 = WHO Jólét Skála 5 tételes változat, PSS4 = Perceived Stress Scale – 4 tételes változat.

**p < 0,001 (p = 0,05/36, Bonferroni korrekcióval)

	Min	Max	Mean	SD	Ferdeség	Csúcsság	Alpha	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. FAD_PS	1,00	4,00	1,93	0,57	1,05	1,88	0,87	—								
2. FAD_CM	1,44	3,11	2,21	0,35	0,35	0,20	0,41	0,64**	—							
3. FAD_RL	1,36	3,18	2,21	0,35	0,30	0,67	0,55	0,61**	0,40**	—						
4. FAD_AR	1,33	3,17	2,05	0,48	0,25	-0,78	0,54	0,63**	0,51**	0,32	—					
5. FAD_AI	1,14	3,14	1,97	0,36	0,78	1,04	0,47	0,44**	0,19	0,40**	0,47**	—				
6. FAD_BC	1,11	2,89	1,80	0,37	0,67	0,32	0,58	0,66**	0,42**	0,49**	0,43**	0,31	—			
7. FAD_GF	1,33	3,50	2,01	0,46	0,88	0,61	0,81	0,87**	0,63**	0,67**	0,67**	0,54**	0,60**	—		
8. WHO5	2,00	14,00	7,03	2,36	0,48	0,41	0,72	-0,04	-0,14	-0,12	-0,03	-0,03	-0,14	-0,10	—	
9. PSS4	2,00	12,00	6,20	2,65	0,26	-0,82	0,71	0,36	0,19	0,36	0,23	0,20	0,36	0,47**	-0,36	—

6. táblázat

Skálák leíró jellemzői – FAD, WHO-5, PSS-4 – anyák (M1) baseline (saját szerkesztés)

Megjegyzés. N = 150. Mean = átlag, SD = szórás, FAD_PS = Family Assessment Device Problémamegoldás alskála, FAD_CM = Family Assessment Device Kommunikáció alskála, FAD_RL = Family Assessment Device Szerepek alskála, FAD_AR = Family Assessment Device Érzélményválaszkészség alskála, FAD_AI = Family Assessment Device Érzélménybevonódás alskála, FAD_BC = Family Assessment Device Viselkedéskontroll, FAD_GF = Family Assessment Device Általános működés, WHO5 = WHO Jólét Skála 5 tételes változat, PSS4 = Perceived Stress Scale – 4 tételes változat.

**p < 0,001 (p = 0,05/36, Bonferroni korrekcióval)

Klinikai szempontból ez azért különösen lényeges, mert a családterápiás folyamat nem „semleges” kiindulópontból indul, hanem olyan helyzetből, amelyben a szerepelosztás aránytalanságaiból fakadó túlterheltség, a fokozott stressz és a jóllét csökkenése a terápiás együttműködésre is hatással lehet. Ez a kiinduló állapot részben a diagnózist követő korai időszak sajátosságaival is összefügghet: a családnak jelentést kell adnia az új helyzetnek, újra kell szerveznie a mindennapi működést, alkalmazkodnia kell a gyermek megváltozott vagy új módon értelmezett szükségleteihez, valamint tájékozódnia kell az ellátórendszerben és annak elvárásai között. A diagnózist követő időszak ezért nemcsak gyakorlati, hanem emocionális értelemben is jelentős alkalmazkodási terhet hordozhat, ami összefügghet a jelen vizsgálatban megjelenő bemeneti pszichés terheltséggel.

Az eredmények egyúttal néhány fontos terápiás fókusz is kijelölnek. Ilyen lehet a családon belüli szerepek és felelőségek újraszervezésének támogatása, a mindennapi logisztikai és gondozási terhek egyenletesebb megosztásának elősegítése, a szülők közötti kommunikáció és közös megküzdés erősítése, valamint a szülői pszichés terheltség csökkentését szolgáló intervenciók beépítése. A medikális családterápiás szemléletben különösen fontos lehet, hogy a tünetekhez vagy diagnózishoz kapcsolódó kérdések ne kizárólag a gyermek szintjén jelenjenek meg, hanem a családi rendszer alkalmazkodási folyamataival együtt kerüljenek feldolgozásra.

A bemeneti eredmények ugyanakkor társadalmi és ellátásszervezési szempontból is értelmezhetők. A minta túlnyomórészt magasabb iskolai végzettségű, városi–fővárosi, stabil párkapcsolati struktúrában élő családokból állt. Ez részben tükrözheti a Bethesda KIDSz intézményi beágyazottságát és vonzáskörzetét, de arra is felhívja a figyelmet, hogy még térítésmentes, egészségügyi környezetbe integrált ellátás esetén sem feltétlenül a legsérülékenyebb társadalmi helyzetű családok jutnak el legnagyobb arányban a szolgáltatásig. A jelen eredmények ezért nemcsak a belépő családok terheltségéről, hanem a hozzáférés szelektivitásáról is információt adnak. Különösen figyelemre méltó, hogy az Általános működés alszála a klinikai tartományba esők aránya egy viszonylag kedvezőbb erőforrásokkal jellemezhető mintában is magas volt. Ez arra utal, hogy az autizmusdiagnózishoz és a hozzá kapcsolódó családi alkalmazkodáshoz társuló megterhelés jelentős lehet még kedvezőbb szociodemográfiai helyzetű családok esetében is. A program értéke ebben a keretben kettős: egyrészt mentális egészségi szempontból releváns szükségletre válaszol, másrészt modellértékű példája annak, hogy a családterápia egészségügyi intézményi keretben is megszervezhető. Ugyanakkor a szélesebb körű elérés kérdése a későbbi fejlesztések fontos iránya marad.

Az eredmények értelmezése során a mérőeszközök sajátosságait is figyelembe kell venni. A WHO-5 és a PSS-4 megbízhatósága megfelelőnek bizonyult, a FAD alszála esetében azonban heterogén belső konzisztencia mutatkozott, ami összhangban áll a nemzetközi adaptációs vizsgálatokban

korábban leírt pszichometriai korlátokkal. Ez különösen fontos a finomabb alszála-különbségek értelmezésekor: a jelen közleményből elsősorban nem az egyes FAD-dimenziók rangsorának erős állításai, hanem a bemeneti családi terheltség összképe vonható le nagyobb biztonsággal. A vizsgálat fő értéke az, hogy egészségügyi ellátási környezetben mutatja be az autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok pszichés terheltségének és családi működésének bemeneti jellegzetességeit.

KÖVETKEZTETÉSEK

A bemeneti eredmények alapján az autizmusban érintett kisgyermeket nevelő családok egy jelentős része erős pszichés terheléssel és a családi működés több területét érintő sérülékenységgel érkezik a családterápiás ellátásba. A családi működésben leginkább a szerepek és az általános működés területe tűnt érzékenyennek, miközben a szülői jóllét kedvezőtlenebb, az észlelt stressz pedig magasabb volt a Hungarostudy 2021 által mért lakossági referenciaértékekhez képest. Az eredmények arra utalnak, hogy az egészségügyi környezetbe integrált családterápiás programokban már a belépéskor indokolt figyelmet fordítani a szülői terheltségre és a családi működés szerveződési kérdéseire [15].

A jelen vizsgálat egyúttal azt is jelzi, hogy a térítésmentes, intézményi keretben működő családterápiás ellátás indokolt és szükséges válasz lehet az autizmusban érintett családok komplex szükségleteire. A hosszabb távú követéses adatok dönthetik el, hogy a bemeneti mintázatok milyen változást mutatnak a terápiás folyamat során, és mely alszála reagálnak leginkább az intervencióra. A program további vizsgálata ezért nemcsak klinikai, hanem ellátásfejlesztési szempontból is indokolt.

Korlátok

A vizsgálat egészségügyi ellátási környezetben zajlott, randomizáció nélkül, ezért az eredmények elsősorban leíró jellegűek, és nem teszik lehetővé oksági következtetések levonását. Az adatfelvétel online, önkitöltős formában történt, ami növelheti a válaszadási torzítás lehetőségét, továbbá az intézményi mintavétel sajátosságai is befolyásolhatták a kapott eredményeket. A minta szociodemográfiai összetétele és az, hogy az adatfelvétel egyetlen intézmény, a Bethesda KIDSz ellátási kontextusában zajlott, korlátozza az eredmények általánosíthatóságát más klinikai vagy társadalmi csoportokra.

További korlátot jelent, hogy a Bethesda KIDSz mintájában a gyermekek többsége 12 év alatti volt, ezért a gyermekönbeszámolók csak elemzésre alkalmatlan mennyiségben álltak rendelkezésre. A bemeneti mérés pillanatfelvétel-jellegű, így az értékeket az ellátásba kerülés időzítése és az aktuális élethelyzeti terhelés is befolyásolhatta. A családi működést és a szülői megterheltséget várhatóan a gyermek tüneteinek súlyossága, valamint az esetleges komorbiditás is alakítja, ezek standardizált, kvantitatív bevonása azonban a jelen elemzésben nem jelent meg.

Módszertani szempontból óvatosságot igényel az észlelt stressz lakossági adatokkal való összevetése is, mivel ez eltérő tételszámú mérőeszközök (PSS-4 vs. PSS-10) alapján, itemátlag szinten történt, ezért az összehasonlítás csak közelítő jellegű. Végül az egyes alcsoportok közötti összehasonlításokat a rendelkezésre álló elemszámok is korlátozták, így például az eltérő iskolázottságú családok szükségleteinek pontosabb megértéséhez további, célzott adatgyűjtésre van szükség.

Anyagi támogatás

A közlemény alapjául szolgáló adatfelvétel és a családterápiás ellátás megvalósítása a MOL Új Európa Alapítvány Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz programjának támogatásával történt.

Érdekeltségek

A szerzők kijelentik, hogy a kézirat benyújtását megelőző három évben a közlemény tartalmát befolyásoló pénzügyi, személyes vagy egyéb összeférhetlenségük nem áll fenn.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk a Bethesda KIDSz intézményvezetőjének, családterapeuta és gyógypedagógus munkatársainak a program megvalósításában és az adatfelvétel szervezésében nyújtott együttműködésükért, valamint a vizsgálatban részt vevő családoknak a részvételükért. Külön köszönet illeti John Balázst az adattisztításban nyújtott segítségéért.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Gyenis-Kátay N, Szauer A: Medical family therapy in healthcare: Theoretical framework and international practice, Part I [Medikális családterápia az egészségügyi ellátásban: elméleti keret és nemzetközi tapasztalatok I. rész]. IME. 2026; 25: 38-44. [Hungarian]
<https://doi.org/10.53020/IME-2026-205>
- [2] Doherty WJ, Mendenhall TJ: Medical family therapy [Medikális családterápia]. Pszichoterápia. 2024; 33: 25-40. [Hungarian]
- [3] Tyndall LE, Hodgson JL, Lamson AL, et al.: Medical family therapy: A theoretical and empirical review. Contemp Fam Ther. 2012; 34: 156-170.
<https://doi.org/10.1007/s10591-012-9183-9>
- [4] Lamson AL, Hodgson JL, Limon F, Feng C: Medical family therapy in rural community health: A longitudinal "peek" into integrated care successes. Contemp Fam Ther. 2022; 44: 29-43.
<https://doi.org/10.1007/s10591-021-09626-1>
- [5] Martire LM, Lustig AP, Schulz R, et al.: Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. Health Psychol. 2004; 23(6): 599-611.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.599>
- [6] Hodgson JL, McCammon SL, Anderson RJ: A conceptual and empirical basis for including medical family therapy services in cancer care settings. Am J Fam Ther. 2011; 39(4): 348-359.
<https://doi.org/10.1080/01926187.2010.537944>
- [7] MOL – Új Európa Alapítvány: Kozma Imre Child Healing Plus Programme 2026 [Kozma Imre Gyermekgyógyító Plusz Program 2026].
<https://molujeuropaalapitvany.hu/palyazatok/szocialis/kozma-imre-gyermekgyogyito-plusz-program-2026> [megtekintve: 2026. június 14.]. [Hungarian]
- [8] Danis I: The place of infant and early childhood mental health in the fields of early childhood intervention [A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának helye a koragyermekkori intervencióban]. Gyógypedagógiai Szemle. 2015; 43: 100-116. [Hungarian]
- [9] Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS: The McMaster Family Assessment Device. J Marital Fam Ther. 1983; 9: 171-180.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- [10] Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M: Validation of the short, five-item version of the WHO Well-Being Scale based on the Hungarostudy 2002 national population health survey [A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján]. Mentálhig Pszichoszom. 2006; 7: 247-255.
<https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8> [Hungarian]
- [11] Stauder A, Konkoly Thege B: Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale [Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői]. Mentálhig Pszichoszom. 2006; 7: 203-216.
<https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4> [Hungarian]
- [12] Martos T, Tóth-Vajna R, Sallay V: Dyadic Coping Inventory [Páros Megküzdés Kérdőív]. In: Horváth Z, Urbán R, Kökönyei Gy, Demetrovics Zs (eds.): Questionnaire methods in clinical and health psychology research and practice I [Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban I.]. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2022, pp. 253-258. [Hungarian]
- [13] Danis I, Gervai J, Tóth I, Kurimay T, Török Sz: Validation and psychometric properties of the Family Assessment Device in Hungary. Poster presentation P11. 11th Conference of the European Family Therapy Association: Systemic Resonances and Interferences, Ljubljana, Slovenia, 7-10 September 2022.
- [14] Los Angeles County Department of Mental Health: FAD Quick Guide: McMaster Family Assessment Device. 2015.
<https://dmhoma.pbworks.com/w/file/attach/97996663/FAD%20Quick%20Guide%2007152015.pdf> [megtekintve: 2026. június 14.].

- [15] Engler Á, Purebl Gy, Susánszky É, Székely A (eds.): Mental health in Hungary 2021: Family – health – community [Magyar lelkiállapot 2021: Család – egészség – közösség]. Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért, Budapest, 2022. https://www.koppmariainterezet.hu/books25/HU/2022/Magyar_lelkiállapot_Hungaro_study_book_-ebook.pdf [megtekintve: 2026. június 14.]. [Hungarian]
- [16] Cohen S, Williamson GM: Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S (eds.): The social psychology of health. Sage Publications, Newbury Park, CA, 1988, pp. 31-67.
- [17] Lee EH: Review of the psychometric evidence of the Perceived Stress Scale. Asian Nurs Res. 2012; 6: 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- [18] JASP Team: JASP. Version 0.95.4 [computer software]. 2025. <https://jasp-stats.org/> [megtekintve: 2026. június 14.].
- [19] Barroilhet S, Cano-Prous A, Cervera-Enguix S, Forjaz MJ, Guillén-Grima F: A Spanish version of the Family Assessment Device. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 44: 1051-1065. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0022-8>

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Gyenis-Kátay Noémi klinikai gyermek- és ifjúsági szakpszichológus-jelölt a Semmelweis Egyetemen, család- és párterapeuta. Az MRE Bethesda Gyermekkorház Kora Gyermekkor Intervenciós és Diagnosztikai Szakszolgálatán

(KIDSz) dolgozik, ahol gyermekpszichológiai diagnosztikát, szülőkonzultációt és családterápiás ellátást végez, valamint a Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola doktori hallgatója. Kutatási területe a családorientált, integrált egészségügyi ellátási modellek és a medikális családterápia hazai alkalmazása.



Szauer András az Eötvös Loránd Tudományegyetemen 2025-ben végzett pszichológia MA szakon, fejlődés- és klinikai gyermekpszichológia szakírányon. 2023 tavaszától kezdődően önkéntesként, 2024 augusztusától félállás-

ban ösztöndíjasként, majd 2025 júliusától teljes állású pszichológus a Bethesda Kora Gyermekkor Diagnosztikai és Intervenciós Szolgáltató Pedagógiai Szakszolgálatnál (Bethesda KIDSz). A Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozatának PhD-hallgatója.



Pongrácz Kornélia gyógypedagógus, egyetemi adjunktus az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán. Az egyetemi munkája mellett az MRE Bethesda Gyermekkorház Kora Gyermekkor Intervenciós és Diagnosztikai

Szakszolgálatánál dolgozik mint korai fejlesztő gyógypedagógus. Elsősorban autista és halmozottan fogyatékos gyermekek és családjuk támogatásában vesz részt. Kutatási érdeklődésének fókuszában a kora gyermekkor intervenció és az ADHD-specifikus támogatás áll.



Topolánszky Zsindely Katalin klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, kiképző család-pszichoterapeuta és gyógypedagógus. A Bethesda KIDSz intézményvezetője, meghatározó szere-

pet játszott a szolgálat létrehozásában és szakmai felépítésében. A Magyar Családterápiás Egyesület titkára 2021 óta. Szakmai munkájának fókuszában a kora gyermekkor diagnosztika és intervenció, valamint a családorientált ellátás fejlesztése áll.

Új lapot nyitnak az egészségügyben – reformok, partnerség, digitalizáció

XX. IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferencia, 2026. június 23.

Az ágazatirányítás csaknem valamennyi új szereplője bemutatkozott a XX. IME Egészségpolitika és egészségügyi rendszerek konferencián, ahol az új egészségügyi vezetés átfogó képet adott a következő évek reformterveiről. A június 23-i, budapesti rendezvényen az alapelvétől a fekvőbeteg-ellátásig vitatták meg a rendszer előtt álló legfontosabb kihívásokat. A legnagyobb érdeklődésre számot tartó miniszteri expozé mellett olyan szakmai előadások is elhangzottak, amelyekből kiderült, miként alakítja át a betegutakat a digitális innováció.

Az elmúlt mintegy 37 év egészségpolitikai ívét megrajzolva vont le tanulságokat a jelen és a jövő számára a konferencia nyitóelőadásában **Sinkó Eszter** egészségügyi közgazdász, a Semmelweis Egyetem EKK Egészségügyi Menedzserképző Központjának igazgatóhelyettese. Előadása felütéseként a jelenlegi ciklus természetére utalva rögtön leszögezte: nem könnyű a ciklus elején választ adni arra kérdésre, hogy csak kormányváltás vagy rendszerváltás történik-e az ágazatban.

Az elemzés a szocializmus egészségügyi modelljéből indult ki, amely állampolgári jogon való hozzáférést és állami tulajdonlást jelentett, ám a mai viszonyokhoz képest fontos különbséget jelentett a tanácsai rendszer, ami bizonyos fokú decentralizációt kölcsönzött a működésnek. A szakértő felidézte a rendszerváltás előtti évek reformkísérleteit, a '80-as évek végén elindult modellkísérleteket, az 1988-as „sárga füzet” társadalmi vitáját, valamint a társadalombiztosítási alapok és a vállalkozási formák csíráinak megjelenését az egészségügyben.

Az 1990 utáni időszakot áttekintve Sinkó Eszter kiemelte a szektorsemleges finanszírozás korábbi gyakorlatát, a biztosítási jogviszonyra való átállást, valamint a kétszintű társadalombiztosítási önkormányzatok rövid életű kísérletét. A 2006-2008 közötti SZDSZ-es tárcavezetés kapcsán a többbiztosítós modellkísérletekre, a drasztikus kapacitáscsökkentésekre és a vizi díj lakossági reflexióira emlékeztetett.

A 2010 utáni évtizedeket görcső alá véve a közgazdász egy erősen állam által vezérelt, monolit rendszer kiépülését mutatta be. Értékelése szerint az utóbbi évek belügyminisztériumi irányítása alatt álló, végletekig centralizált modellben a megyei kórházak átvették a közép-irányítói szerepet, ami sok esetben a városi kórházak indokolatlan elsorvadásához és az ellátási láncok bedugulásához vezetett. Bár a hálapénz kivezetését és a jelentős orvosi béremelést mérföldkőnek nevezte, rámutatott, hogy az egészségügyi szolgálati jogviszony és a szakdolgozói béarányok körüli feszültségek továbbra is égető problémák.

Elkerülhetetlen a köz- és magánellátás viszonyának tisztázása, a betegútmenedzsment és az ellátásszervezési funkciók helyreállítása – mondta az új minisztérium feladatait összegezve az egészségpolitikai elemző. A jövőbeli változások mélységét politológiai párhuzammal példázva úgy fogalmazott, „a kormányváltás személyeket cserél, a rendszerváltás eljárásokat.” A fenntartható működéshez olyan új működési mechanizmusokat és érdekeltségi rendszereket kell intézményesíteni, amelyek túlmutatnak a pusztán szerkezetváltáson – zárta előadását Sinkó Eszter.

ORSZÁGLELTÁR KÉSZÜL, ÚJ KULTÚRA ALAKUL

A függetlenedő ágazatirányítás alapelveit vázolta előadásában **Buga László**, az újonnan megalakult Egészségügyi Minisztérium kórházi fekvő- és járóbeteg-szakellátásért felelős államtitkára. Szűzbeszédében elmondta, a Belügyminisztériumból kivált, 2026 júniusában bejegyzett önálló tárcánál jelenleg is gőzerővel folyik a saját szervezet és költségvetés felállítása.

Egy jól működő partneri viszonyt a két oldal őszinte és transzparens kommunikációja jellemez, ez a legjobb módja annak, hogy együtt építsünk fel egy rendszert – fogalmazott a szakpolitikus, kritizálva a korábbi kormányzat zárt kommunikációs gyakorlatát, közvetlen partnerséget ígérve a szakmának.

A kórházirányításban a büntető szemlélet helyett a hibaalapú tanulási kultúra (Just Culture) meghonosítását jelölte meg fő célként, a brit Francis-riport tanulságait hívva segítségül. Ennek szellemében a cél az, hogy „a büntető jellegű, félelemre épülő kultúra helyett tanulásra épülő biztonsági kultúra” alakuljon ki az ellátásban, ahol a beteg áll a középpontban, a panaszokat pedig fejlesztési forrásként használják fel.

A népegészségügyi fókusz és az adatvezérelt szakpolitikai döntéshozás fontossága mellett az államtitkár rávilágított az ellátórendszer mélyreható torzulásaira is. Míg Budapest orvosellátottsága a nemzeti átlag több mint háromszorosa, addig a vidéki ellátás rendkívül törekeny. Az ellátóegységek 18 százaléka szünetel, a valós hiányt azonban a külső közreműködők takarják el, akik becslések szerint havi 60-70 ezer munkaórát tartanak fenn kritikus osztályokat.

A strukturális és infrastrukturális hiányosságok feltárására az államtitkár egy átfogó „országeltár” elkészítését hirdette meg, amelyhez a kórházigazgatóktól teljes transzparenciát kért.

Szeretnénk kérni az őszinteséget, mert igazából csak akkor fogunk tudni segíteni, ha látjuk a valós problémát – fogalmazott Buga László, aki közös ágazati összefogásra és

gondoskodó szemléletre hívott a rendszer megújítása érdekében.

KITETTÉK A PROBLÉMÁKAT AZ ASZTALRA

Az ágazat működési, infrastrukturális és humán erőforrás-problémái kerültek terítékre a konferencia első szekcióját záró kerekasztal-beszélgetés során, ahol Buga László arra emlékeztetett, elmondta: a tartós hőség miatt kritikus klíma-helyzet rendezésére 3,6 milliárd forintos keretet biztosítanak, a javítások a Közbiztonsági és Ellátási Főigazgatóság (KEF) bevonásával zajlanak.

A tárcánál abszolút prioritás a szakdolgozói béremelés, az új bértáblán egy 10 fős szakértői csapat dolgozik – szögezte le a szakpolitikus, hozzátéve, hogy egy olyan keretrendszert alakítanak ki, amely megakadályozza a bérfeszültségeket és az intézmények közötti vándorlást. Emellett a minisztérium felméri az évtizedes elmaradásban lévő infrastrukturális – víz- és elektromos hálózati – beruházási igényeket, valamint felállít egy önálló digitális államtitkárságot is, amelynek kiemelt feladata az adminisztratív terhek csökkentése.

A kórházak alapvető küldetése a megbízhatóság és az ellátás minőségének növelése, így minden ezt szolgáló kormányzati intézkedést támogatunk – fogalmazott **Tóth Gábor**, a Magyar Kórházszövetség elnöke, míg **Böszörményi-Nagy Géza**, a Magyar Orvosi Kamara (MOK) elnökségi tagja azt idézte fel, hogy a MOK már 2022-ben a szakdolgozói bérek azonnali rendezését követelte, és ezért komoly konfliktusokat is vállalt az előző szakpolitikai vezetéssel.

ÁTALAKULÓ OKFŐ, ELŐREGEDŐ ORVOSKAR

A megyei vezető intézmények megerősítése és a lokális betegutak szervezése eddig is hangsúlyos feladat volt, de az ellátórendszer finanszírozásában az egyensúlyra kell törekedni az alapellátástól a legmagasabb progresszivitási szintig – mondta a szervezeti keretek átalakítása kapcsán **Szondi Zita**, az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) vezetőhelyettese, aki bejelentette azt is, hogy július 1-jétől Tóth Árpád érkezik az OKFŐ új főigazgatói posztjára Norvégiából.

Átgondolják a teljes szervezetirányítást, mert a jelenlegi struktúrában nem látnak rá a nem OKFŐ alá tartozó egyetemi klinikákra és egyházi kórházakra, márpedig a teljes kapacitást egyben kell látni és irányítani – reagált Buga László.

A humán erőforrás-krisis kapcsán Böszörményi-Nagy Géza arról beszélt, hogy míg a külföldre távozó orvosok száma a 2010-es 1000-ról évi 400-450 főre csökkent, a hazai orvostársadalom korfája riasztó. A 64 év felettiek a teljes orvoslétszám 24 százalékát adják, 12 százalék pedig már 70 éves is elmúlt.

Nélkülük ma működésképtelen lenne a rendszer – hívta fel a figyelmet a MOK alelnöke, idézve a szervezet felmérését, ami szerint csupán az orvosok 38 százaléka dolgozik kizárólag a közellátásban, 45 százalékuk mindkét szektorban jelen van, 16 százalék pedig csak a magánrendelőben érhető el.

A megoldást az iskolateremtő orvosi kultúra, a helyi ösztönzők és a kistérségi megtartó erők kiépítése jelenti Buga László szerint, míg Tóth Gábor úgy vélte, a fiatal orvosok vidékre csábításához kiszámítható szakorvosképzésre, közösségi beilleszkedést segítő programokra, valamint jubileumi és szabadidős ösztönzőkre van szükség.

A KEF-RENDSZER FELÜLVIZSGÁLATA ÉS A DÖNTÉSHOZÓI AUTONÓMIA

A kórházvezetők kezéből kivették a gazdálkodást és az üzemeltetést, ami a gyakorlatban az árak növekedéséhez és rugalmatlansághoz vezetett, a tárca célja az intézményi autonómia részleges visszaadása és egy olyan központi beszerzőhely kialakítása, amely gyorsan és olcsón juttatja eszközkhöz a kórházakat – mondta az államtitkár a KEF szerepváltásával kapcsolatos felvetésekre, mire a hozzászólások során **Rádai Tamás**, az ETOSZ igazgatója az értékalapú beszerzés és a teljes ellátási összköltség figyelembevételét szorgalmazta az orvostechnológiai beszállítók képviselőiben. Buga László válaszában megerősítette, hogy a HR-krisis elhárítása után az orvostechnológia fejlesztése és az adósságállomány rendezése következik.

A szekció zárásaként **Orosz Éva** egészségügyi közgazdász, az ELTE professor emeritája a nemzetközi kutatásokra hivatkozva felhívta a figyelmet arra, hogy az egészségügyi ellátórendszer szerepe a várható élettartam növelésében jóval meghaladja a korábban feltételezett 10-20 százalékot, így a szakellátás fejlesztése közvetlen nemzetgazdasági és népegészségügyi érdek.

A HÁZIORVOSI RENDSZER JÖVŐJE: ÖSZTÖNZÉS, KAPACITÁS, FENNTARTHATÓSÁG

Egy jól működő háziorvosi, alapellátási modell kialakítása csak hosszú távon oldható meg – szögezte le a konferencia második, alapellátási szekciójában **Cserni István** háziorvos. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvostan Tagozatának tagja előadásában arról beszélt, hogy a jelenlegi struktúra rendkívül szenzitív, így a szükséges átalakításokat óvatosan, 8-15 éves távlatban, új szakmai és gazdasági ösztönzők bevezetésével kell megvalósítani.

A háziorvosok medián életkora 61-62 év, több mint felük 60 év feletti, miközben a 40 év alattiak aránya csupán a 7 százalék – sorolta az adatokat. – A 6500 magyarországi praxisból több mint ezer betöltetlen, a tartós helyettesítések száma folyamatosan nő, és vannak olyan kistérségi „ellátási sivatagok”, ahol a praxisok 25-30 százalékában helyettesítő kollégák dolgoznak.

A jelenlegi finanszírozási és szabályozási környezet ellenérdekelte teszi a szolgáltatókat a növekedésben, a minőségi munkavégzésben és a fiatalításban – vázolta tovább a problématerképet. – Míg az idősebb orvosok megkapják a teljes bértámogatást, a fiatalokat demotiválja a kórházi bérektől elmaradó fizetés. Hasonló finanszírozási anomáliák figyelhetők meg a szakápolói bértáblánál, a kártyapénz inflációköve-

tésének hiányánál, valamint a minimális összeget biztosító eseti felnőtt- és gyermekellátási díjaknál is.

Méretgazdaságos praxisok, magasabban képzett ápolók, rugalmas, akár részmunkaidős foglalkoztatási formák bevezetése – többek között ezek lehetnének az alapellátást megújító átalakítás lépései Cserni István szerint, ám a koncepció kulcseleme a kistérségi együttműködés. A tervek szerint 164 integrált területi egészségügyi és szociális centrumot hoznának létre közös humán erőforrás- és eszközparkkal.

A reform végrehajtásához független, önálló költségvetéssel rendelkező Országos Alapellátási Intézet felállítását javasolják, emellett elengedhetetlen a digitalizáció kiterjesztése, a képzés modernizálása, a családorvosi tanszékek megerősítése, valamint a halmozottan hátrányos helyzetű, deprivált területek kiemelt, célzott támogatása. Megfelelő innovációval és a teljesítmények valós elismerésével újra vonzóvá tehető a háziorvosi hivatás a fiatal generációk számára – zárta előadását Cserni István.

„ELLÁTÁSI SIVATAGOK” HELYETT VILÁGOS JÖVŐKÉP

A konferencia második szekciójának kerekasztal-beszélgetésén Cserni István előadására reagálva a résztvevők a szülő praxisokból az együttműködésre épülő, kistérségi modellek felé történő átmenet feltételeit és lehetőségeit járták körül.

A demográfiai törvényszerűségek és a generációváltás hiánya miatt a matematika törvényei is a nagyobb létszámú praxisok és a szorosabb együttműködések irányába mutatnak – mondta **Soós Zoltán** háziorvos, a MOK háziorvosi munkacsoportjának korábbi vezetője, akit július végén mb. kollegiális vezetőnek neveztek ki. Úgy vélte, hogy a korábbi praxisközösségi programok már bebizonyították, hogy a kollégák szakmai összefogása és a szakdolgozók bevonása növeli az ellátás színvonalát, ezért engedni kell, hogy nagyobb praxisok jöjjenek létre, már csak azért is, mert a fiatal generációt leginkább a kezdeti részmunkaidős lehetőségekkel, majd a későbbi praxisvállalással lehet visszahozni a rendszerbe.

Jelenleg óriási a várakozás, **Vajer Péter** a kollégák részéről is nyitottságot és fogadókészséget érez. A Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének docense arról beszélt, hogy az alapellátás jövőjével kapcsolatos elképzeléseket meg kell ismertetni a kollégákkal, és világosan megmutatni, hová szeretnénk eljutni meghatározott időn belül. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy menet közben ne kellene módosítani a terveken, fontos azonban, hogy látható legyen egy világos jövőkép és program, amely mentén haladni szeretnénk. Csak így lehet a kollégákat valódi partnerként bevonni a változások megvalósításába – szögezte le Vajer Péter, aki rámutatott arra is, hogy a fiatal orvosok már a csapatmunkát részesítik előnyben, ezért a képzésben és a rezidensprogramban is kiemelt szerepet kell kapnia a teamben való együttműködés oktatásának. Felhívta a figyelmet arra is, hogy a cél nem feltétlenül a háziorvosok számának növekedése, hanem a praxisteamek bővítése szakápolókkal, dieteti-

kusokkal, pszichológusokkal és szociális munkásokkal.

A praxisközösségi struktúrák jogi és finanszírozási korlátaira mutatott rá hozzászólásában **Végvári Tamás**, az OKFÓ Alapellátási Igazgatóságának vezetője, aki szerint a praxisközösség jelenleg inkább csak finanszírozási technikaként működik, miközben a valódi együttműködést – például szakemberek foglalkoztatását vagy a meglévő szakvizsgával rendelkező háziorvosok szakellátási tevékenységét – a jelenlegi jogszabályi és engedélyezési környezet akadályozza. A jövőbeni területi szervezeti egységek és a kollegiális vezetői rendszerek akkor lesznek sikeresek, ha a praxisok menedzsmentje közvetlen érdekeltségbe kerül a területi koordinációval, különösen a halmozottan hátrányos helyzetű „ellátási sivatagokban”.

MINDENKIT MEG KELL TARTANI

A vitában Cserni István megerősítette, hogy az előregedő orvostársadalom pótlása elkerülhetetlen, de a megoldás kulcsa a nem orvosi feladatok szétosztásában rejlik. A napi munka 60-70 százalékát kitevő adminisztratív és egyéb terhek átadásával lényegesen nagyobb beteganyag orvosi ellátása válik lehetővé. Ehhez elengedhetetlen a területi kollegiális vezetői rendszer mielőbbi felállítás mintegy 40-50 praxisos egységenként, amelyek a szociális ellátással integrálva képesek koordinálni a kistérségi feladatokat.

Nagyon érzékeny rendszerről van szó, meg kell nyugtatnunk azokat a kollégákat is, akik nem szeretnék változtatni – hangsúlyozta Cserni István, mert így a hagyományos kerekék között dolgozó idős orvosok számára is biztosítani kell a nyugodt feladatellátást a nyugdíjazásukig.

A szakellátás és az alapellátás közötti szorosabb, partneri együttműködésre, átjárhatóbb kompetenciákra és a digitalizáció gyors fejlesztésére van szükség – értettek egyet a beszélgetés résztvevői.

BIZALMAT ÉS TÜRELMET KÉRT A HELYETTES ÁLLAMTITKÁR

Bő egy hét után én leszek a helyettes államtitkár az új Egészségügyi Minisztériumban – jelentette be a konferencián a közönség soraiból **Darvai László**, Ostoros község háziorvosa, belgyógyász mentőorvos, aki jelezte, hogy az újonnan felálló alapellátási államtitkárságon a reformok megvalósításán fognak dolgozni. Mint mondta, az egészségügybe történő forrásbevonás valódi befektetés a jövőbe, a területi anomáliák felszámolása és az egységes életpályamodell pedig elengedhetetlen a generációváltáshoz, egyúttal kollegiális együttműködést, bizalmat és türelmet kért a szakmától az építkezés időszakára.

HEGEDŰS ZSOLT: A TRANSPARENCIA A MINŐSÉGI ELLÁTÁS ZÁLOGA

A kormányváltást követően létrejött önálló egészségügyi minisztérium vezetése április óta gőzerővel dolgozik az új

struktúra kialakításán – kezdte előadását **Hegedűs Zsolt**, aki egészségügyi miniszterként az IME konferenciáján szólalt fel elsőként.

A 16 év után ismét felálló önálló tárca önmagában még nem váltja meg a magyar egészségügyet, ehhez arra a szemléletváltásra, szakmaiságra és transzparenciára van szükség, amely szabadságot ad az önálló szellemi műhelyeknek, és újra feléleszti az elmúlt években kioltott szakmai tüzeket – hangsúlyozta a politikus, hozzátéve, hogy a politika korábban túlságosan gyakran nyúlt bele a szakmai döntésekbe, ám most lehetőség nyílik egy bizalomra és őszinteségre épülő rendszer kialakítására. Első lépésként átvilágítják a szektort, amelyben most egyszerre vannak jelen a világ-színvonalat képviselő jó gyakorlatok és az elfogadhatatlan ellátási anomáliák.

A transzparencia jegyében a minisztérium eltörli a korábbi kommunikációs korlátozásokat, és a bizalom jeleként leszerelteti az intézményekből a beléptető kamerákat – jelentette be a tárcavezető (ez azóta július 2-án meg is történt, elsőként a Szent János kórházban).

Az elkövetkező időszakban központi szerepet kapnak a minőségi mutatók és indikátorok, amelyeket nyilvánossá tesznek. Bár a múltban számos kiváló minőségbiztosítási kezdeményezés elhalt a politika bátortalansága miatt, az új vezetés felvállalja a validált adatok mentén történő működést. Ennek keretében nyilvánossá teszik többek között a kórházi fertőzések adatait és a mentők kéréskezési idejét is. Az intézményi vezetésben szakítani kívánnak a fűnyíróelvszerű váltásokkal. A pozíciókra nyílt pályázatokat írnak ki, a megújulásra képes szakemberekre pedig a jövőben is számítnak.

STRATÉGIAI BEFEKTETÉSEK

„Zöld jelzést kaptak” a korábban felfüggesztett európai uniós források, és emellett a kormányzat választási ígéretének megfelelően évente plusz 500 milliárd forint áll majd az ágazat rendelkezésére – sorolta a tárcavezető, hozzátéve, hogy ezeket az összegeket nem eseti tűzoltásra, hanem olyan stratégiai befektetésekre fordítják, mint a szakdolgozói bértábla hosszú távú rendezése, az alapellátás érdemi megerősítése, vagy a digitális egészségügy fejlesztése.

Az átszervezés szakmai gerincét a büntető kultúra helyett a tanuló egészségügyi rendszer bevezetése adja – folytatta Hegedűs Zsolt, aki a nemzetközi tapasztalatokra alapozva úgy vélte, hogy csak a visszacsatolás és a hibákból való tanulás képes érdemben javítani az ellátás minőségét.

A teljesítményorientált megközelítés helyett értékalapú finanszírozással ösztönöznék a szolgáltatások minőségének és a betegellátás biztonságának növelését. A betegút során elért tényleges életminőség-javulás és funkcionális státusz mérése elengedhetetlen lesz a döntéshozatalban. Ehhez kapcsolódóan az őszi időszakban elindul a klinikai governance keretrendszere, amely a betegbiztonságot, a minőségfejlesztést, a szakmai felügyeletet és a betegközpontúságot helyezi a működés középpontjába.

ÚJ, FÜGGETLEN HATÓSÁG, REHABILITÁLT KAMARA

A szervezeti megújuláson és a pénzügyi keretek bővítésén túl az egészségügyi kormányzat a független ellenőrzési és szakmai minőségbiztosítási pillérek kiépítésére helyezi a hangsúlyt.

A tárcától teljesen független, önálló hatóságként jön létre a Nemes Balázs vezetésével felálló Egészségügyi Minőség-ellenőrző Hatóság – jelentette be a miniszter. Az új intézmény feladata a szolgáltatók elfogulatlan, pártatlan és szankcionálható felügyelete lesz. A független szerv nyilvános jelentésekben minősíti majd a kórházak működését a biztonság, az eredményesség és a humánus irányítási attitűd alapján. Az átlátható értékelési rendszerben a kiválóan teljesítő intézményeket ritkábban, míg a hiányosságokat mutató szolgáltatókat 6-12 havonta újra ellenőrzik, felszámolva a toxikus munkahelyi légkört és a jogszabályi minimumkövetelmények kijátszását.

A betegbiztonság megerősítésének kulcseleme a hibák nyílt és őszinte kezelése. A nem kívánatos eseményekről az ellátóknak kötelessége lesz tájékoztatni a beteget és annak hozzátartozóit. Ezzel párhuzamosan az etikai és fegyelmi eljárások rendszere is átalakul. Az Igazságügyi Minisztériummal együttműködésben megszüntetik azt a gyakorlatot, ahol a vizsgálatot végző, a vádoló és a döntéshozó megegyezik; a jövőben teljesen független etikai testületek járnak majd el.

Az ellátás fókuszában a betegnek kell állnia – szögezte le előadásában a tárcavezető, aki szerint a pácienseknek valós döntési helyzetet kell biztosítani. Beszélt arról is, hogy a várólisták érdemi csökkentése érdekében – szigorú klinikai minőségellenőrzés mellett – akár a magánszolgáltatók bevonásától sem zárkoznak el, amennyiben az állami kapacitások nem elegendőek.

A szakmai háttér támogatására megalakul a brit mintára épülő Magyar Klinikai Kiválósági Intézet, amely a legfrissebb tudományos bizonyítékok alapján támogatja az ellátási irányelvek megújítását, a szakmai kollégiumok szerepének újragondolását.

A miniszter – mint a MOK Etikai Kollégiumának korábbi elnöke – külön kitért a hivatásrend rehabilitálására, amelynek a jövőben garantálják az autonómiát és visszavezetik a kötelező kamarai tagságot is. Ugyanakkor az orvoskartól elvárják az egyetemes szakmai és morális értékek szem előtt tartását, ennek első lépése a szakmai közösség digitális és virtuális térben való kommunikációját szabályozó etikai iránymutatás megjelenése.

KRÍZIS VAN, DE KEZELHETŐ

Az ágazatirányítás struktúrája teljes átalakuláson megy keresztül, önálló államtitkári képviseletet kap a minisztériumban a digitális egészségügy, népegészségügy, valamint a fekvőbeteg- és az alapellátás – vázolta végül a minisztériumi struktúrát Hegedűs Zsolt. A rendszerekért felelős államtitkárságok alakulnak. A miniszter hangsúlyozta, hogy az ágazati krízis csak a jó gyakorlatok adaptálásával, a szakmai auto-

nómia visszaadásával és a transzparenciára épülő közbizalom újjáépítésével kezelhető. A változáshoz elengedhetetlen a szakmai közösség aktív partnersége, a korábbi szürke zónák és a szakmára erőltetett látszattmegoldások végleges felszámolása.

BUKTATÓK, ELLENÁLLÓK, ESÉLYEK

A rendszer átalakításának prioritásai, a várható ellenállás, valamint és a köz- és magánellátás viszonya került szóba a konferencia harmadik, Keynote szekcióját lezáró kerekasztal-beszélgetésen, amelyet Sinkó Eszter moderált. Felvezetőjében azt emelte ki, hogy bár az önálló Egészségügyi Minisztérium létrejötte nem old meg azonnal minden problémát, elengedhetetlen a strukturális változások végrehajtásához. A tárca vezetőinek fel kell készülniük a belső, rendszerszintű ellenállásra is, miközben az „elslamposodott” egészségügyet az alapoktól kell újjáépíteni – mondta a miniszter szakmai tanácsadó testületének tagja.

A rendszert nem a tárca, hanem a nap mint nap gyógyító szakemberek fogják megváltani – hangsúlyozta Hegedűs Zsolt, aki szerint a minisztérium feladata a megfelelő finanszírozás, a szakmai autonómia és a visszacsatolás biztosítása, amellyel lebontják a feudálisztikus struktúrákat. A transzparencia és a szigorú etikai elvek mentén a MOK-kal partnerségben olyan átlátható rendszert építenek ki, amely a szakmai kiválóságra és adatokra épít – ismételte meg a miniszter, jelezve, hogy a döntések meghozatalában erős csapatmunkára támaszkodik, miközben a lakosság felől érkező visszajelzéseket is a minőségbiztosítás alapkövének tekintik.

A fiatal háziorvosok megtartása érdekében csökkentik az adminisztrációs terheket, átlátható és a minőségi teljesítményt elismerő finanszírozási rendszert alakítanak ki – ígérte **Porpáczy Krisztina** alapellátásért és integrált ellátásért felelős államtitkár. Elárulta azt is, hogy a javasolt szerkezeti változásról folyamatosak az egyeztetések a szakmai szervezetekkel, ami biztosítja, hogy az alapellátás megerősítése a teljes ellátási láncra kedvező hatást gyakoroljon.

Emberről próbáló feladatra vállalkoztunk, hiszen a rendszert működés közben kell renoválni, miközben tüzeket oltunk – fogalmazott **Svéd Tamás**, a tárca politikai államtitkára, aki azt is jelezte, a minisztérium vezetése még csak „tanulja az államigazgatást”, de új szemléletük szerint a törvények előkészítése során széles körű egyeztetést folytatnak a civil, az érdekvédelmi és a betegszervezetekkel. Bár az átalakítások óhatatlanul érdeksérelmekkel járnak, a cél egy hosszabb távon is fenntartható, jobb egészségügy megteremtése.

A paradigmaváltásoknál természetes az ellenállás, ami a várakozó szakmai szereplők bevonásával és az érdeksérelmek hatékony enyhítésével oldható – mondta **Orosz Éva**, ugyanakkor hangsúlyozta, ritka lehetőségablak nyílt meg az érdemi reform előtt, hiszen a szakma és a lakosság részéről egyaránt nagy most a bizalom, a felkészült vezetés pedig biztosíthatja az átalakítások sikerét.

A reform sikerét abban mérik majd, miként változnak az átlagos, kapcsolatokkal, információkkal nem, pusztán TAJ-

kártyával rendelkező állampolgárok esélyei az ellátásban – vélte **Kovácsy Zsombor** egészségügyi szakjogász. A miniszteri tanácsadó kifejtette, hogy a köz- és magánellátás viszonyában a tulajdonviszonyok erőltetett átalakítása helyett szektorsemleges, a beteg érdekeit és a hozzáférést garantáló integrációra van szükség, amelyben az állam garantálja az átlátható, szigorúan ellenőrzött és elérhető szolgáltatásokat.

ÁTLÁTHATÓBBÁ TESZI A DIGITALIZÁCIÓ A BETEGUTAKAT?

A konferencia zárószekciójában a DIGI4CARE projekt esettanulmányain keresztül azt mutatták be a szakemberek, miként alakítja át a digitális innováció a betegutakat a gyakorlatban.

A hét ország 11 partnerének együttműködésével zajló közép-kelet-európai kezdeményezés célja, hogy megszűntesse a régióra jellemző digitális elszigeteltséget és az eltérő fejlettségi szintekből fakadó szakadékokat – mutatta be nyitóelőadásában a projektet **Kovács Réka**, a Semmelweis Egyetem EKK EMK munkatársa. Mivel a digitális egészségügyi megoldások nem kezelhetők önálló technológiai szigetként, a projekt az ellátás minden szintjén – a prevenciótól a rehabilitációig, különösen a krónikus betegségek és a demencia terén – vizsgálja az innovációk rendszerszintű beilleszthetőségét.

A résztvevők a megvalósíthatósági pilotok során többek között a finanszírozási, adatvédelmi, jogi és képzési kereteket tesztelik. A transznacionális tanulási folyamat végső célja, hogy a jól működő digitális gyakorlatokból olyan szakpolitikai ajánlások és intézményi akciótervek szülessenek, amelyek később országos szinten is felhasználhatók.

DIGITÁLIS SZŰRÉSEK A HÁZIORVOSI ELLÁTÁSBAN

A program keretében négy országban 470 betegnél végeztek diabéteszes retinopátia előszűrést a háziorvosi rendelőkben pupillatágítás nélküli digitális kamerával és mesterséges intelligencia alapú szoftverrel. A vizsgálatok az esetek ötödében igazoltak korai elváltozást vagy egyéb szemfenéki betegséget, a módszer hazai sikerét pedig jól mutatja, hogy már folyamatban van az erre vonatkozó telemedicinális szakmai protokoll kidolgozása. Ezzel párhuzamosan Bulgáriában több mint kétszáz betegnél tesztelték innovatív digitális szűrőállomást és hordható EKG-szenzorokat, ahol a folyamatos távfelügyelet segítségével 24 embernél sikerült időben felderíteni a súlyos szív- és érrendszeri eltéréseket. A digitális előszűrések bizonyítottan életmentők, ám országos elterjedésükhöz elengedhetetlen a plusz munkaerő, a megfelelő infrastruktúra és a stabil finanszírozási keretek biztosítása.

PREHOSPITÁLIS ULTRAHANG-DIAGNOSZTIKA

A tompa hasi sérülések gyors diagnosztizálása drasztikusan lerövidítheti az ellátási láncot, hiszen megelőzi a felesleges átszállításokat, és segít eldönteni, hogy a beteg a leg-

közelebbi kis kórházba vagy a megfelelő centrumintézménybe kerüljön – vázolta **Tiboldi Ákos**, a másodikként bemutatott osztrák-magyar projekt vezetője. A kutatás során 100 mentőápoló felkészítését vizsgálták, és igazolták, hogy a távolról, élő kamerás és ultrahangképes segítséggel irányított teledidaktikus képzés ugyanolyan magas szintű tudást biztosít, mint a személyes oktatás. Az Országos Mentőszolgálatnál közösen lefolytatott hazai tesztüzem során a mentők a helyszínen, online szakorvosi konzultáció mellett használták az ultrahangot, ami az esetek közel harminc százalékában a betegút szempontjából kedvezőbb, módosított ellátási döntést eredményezett. A módszer széles körű elterjedéséhez még elengedhetetlen a megfelelő finanszírozás, a jogiadatvédelmi keretek és a távkonzultációs szakértői hálózat kiépítése.

DIGITÁLIS TÁVFELÜGYELET ÉS INTELLIGENS REHABILITÁCIÓ

A kardiovaszkuláris és sztrókon átesett betegek posztakut, otthoni rehabilitációját támogató négyoldalú – román, bolgár, osztrák és magyar – projektet **Jurca Tünde** (Románia) ismertette. A kezdeményezés célja a kórházi elbocsátást követő ellátási űr betöltése volt, ami korábban a betegek motivációjának csökkenéséhez és gyakori szövődményekhez vezetett. A tesztfázisban a páciensek okos vérnyomásmérőkből, aktivitásmérőkből és mérlegekből álló eszközkészletet, valamint mobilalkalmazást kaptak, így a hagyományos, ritka személyes kontrollokra épülő betegút átalakult egy folyamatos, adatvezérelt digitális távfelügyeletté. A kilencven százalékos feletti eszközkihasználtsággal zajló program során a távfelügyeletben részesülő betegek lényegesen jobb életminőségi mutatókat értek el, a rendszerszintű bevezetéshez ugyanakkor elengedhetetlen a digitális írástudás fejlesztése és a háziorvosokat tehermentesítő koordinátorok bevonása.

DIGITÁLIS KOGNITÍV TRÉNING A SZOCIÁLIS ÉS ÁPOLÁSI ELLÁTÁSBAN

A demenciával és a sztrók utáni problémákkal küzdő betegek szociális ellátására összpontosított az a pilot, amely cseh, osztrák, valamint bosznia-hercegovinai részvétellel valósult meg, és amelyet **Peter Pažitný** kutatócsoport-vezető mutatott be a konferencián. A programban egy cseh startup

által fejlesztett, kifejezetten a finommotoros nehézségekkel küzdő demens betegek számára készült kognitív kockát tesztelték. A kézbe vehető és forgatható okoseszköz kétszáz beépített játékkal méri a feladatok elvégzésének idejét, így hosszú távon számszerűsíti a kognitív képességek változását. A technológia legnagyobb előnye, hogy nem igényel előzetes felkészülést a szakemberektől, így a gondozók jelenlétében egyszerre több beteg bevonható a tréningbe. Az előadó zárásként rámutatott, hogy a digitális eszközök magas elfogadottsága mellett a kognitív tréningek sikeres lefolytatásához és a betegutak támogatásához továbbra is elengedhetetlen a humán jelenlét.

RUGALMAS ALKALMAZKODÁS – A DIGITÁLIS INNOVÁCIÓK JÖVŐJÉRŐL

A negyedik szekciót lezáró kerekasztal-beszélgetésen a szakmai partnerek az egyes pilotok gyakorlati tapasztalatait és a digitális technológiák rendszerszintű felkálázhatósági lehetőségeit értékelték. **Constantinovits Miklós**, az OMSZ mb. főigazgatója kiemelte, hogy a mentőtiszti helyszíni ultrahangozás bevezetése sikeres volt, és a betegút-módosítások magas aránya miatt az intézmény már tárgyalásokat folytat az oktatási tematika megvásárlásáról, valamint a rendszer szervezeti felkálázásáról.

A projekt legnagyobb értéke a posztakut ellátásban meglévő hiányosságokra való figyelemfelhívás volt, ami megmutatta, hogy a digitális távfelügyelet és a járóbeteg-rehabilitáció kulcsfontosságú az infarktuson átesett betegek egy-éves halálozási mutatóinak javításában – emelte ki **Andréka Péter**, a Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet (GOKVI) főigazgatója.

Az AI-támogatott funduskamera bevonásával a háziorvosok hatékonyan bekapcsolhatók a mintegy egymillió hazai cukorbeteg évenkénti szemészeti szűrésébe, ami **Nagy Zoltán Zsolt** egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem Szemészeti Klinikájának igazgatója szerint tehermentesíti a szakellátást és drasztikusan csökkenti a látásvesztés kockázatát.

Végül **Galambos Csilla**, az NNGYK képviselője azt fejtette ki, hogy a digitális technológiák társadalombiztosítási finanszírozásba való befogadásához elengedhetetlen a hazai adatokon alapuló, alapos egészségügyi technológiaértékelés, valamint a szigorú adatvédelmi és információbiztonsági garanciák megteremtése.

Tarcza Orsolya



Dr. Hegedűs Zsolt (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Sinkó Eszter (MEMT)



Dr. Buga László (Egészségügyi Minisztérium)



Dr. Pásztélyi Zsolt, Dr. Szondi Zita (OKFŐ), Dr. Böszörményi-Nagy Géza (MOK), Dr. Buga László (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Tóth Gábor (Magyar Kórházszövetség)



Dr. Cserhádi Zoltán (SE), Dr. Cserni István (Egészségügyi Szakmai Kollégium Háziorvostan Tagozat), Dr. Végvári Tamás (OKFŐ), Dr. Vajer Péter (SE), Dr. Soós Zoltán (MOK)



Dr. Sinkó Eszter (MEMT), Dr. Kovács Zsombor, Dr. Hegedűs Zsolt (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Porpácz Krisztina (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Svéd Tamás (Egészségügyi Minisztérium), Dr. Orosz Éva (ELTE)



Dr. Vadas Viktória, Dr. Constantinovits Miklós (OMSZ), Dr. Andréka Gábor (GOKVI), Dr. Nagy Zoltán Zsolt (SE), Dr. Wernigg Róbert (OKFŐ), Kőszegné Dr. Galambos Csilla (NNGYK)