



Egészségügyi Ellátórendszer  
Szakmai Módszertani Fejlesztése  
EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001

## D.V.2.5 OKI KUTATÁSOK ELKÉSZÍTÉSE

A BETEGCSERE ÉS LELETCSERE OKAI, VALAMINT A  
MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGEI

v.1.

***Az eredménytermék elkészítésének dátuma:***

*2020. 09. 30.*

**SZÉCHENYI** 



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

**Európai Unió**  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001  
 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt

Betegbiztonsági alprojekt NEVES munkacsoportja.



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

Az eredménytermék készítője:

Vörösné Kis Noémi

Pitás Eszter

Sinka Lászlóné Adamik Erika

Szakértő:

Dr. Belicza Éva

Lektorok:

Szakmai lektor: Prof. Dr. Vásárhelyi Barna

Anyanyelvi lektor: Pályi Márk

Előterjesztő:

Aláírás

Munkacsoport-vezető neve: Sinka Lászlóné Adamik Erika .....

Jóváhagyó:

Aláírás

Alprojekt-vezető neve: Dr. Belicza Éva

.....

Szakmai vezető: Dr. Oroszi Beatrix

.....

Konzorciumvezető: Nemzeti Népegészségügyi Központ

(Konzorciumi tag: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ)

# TARTALOMJEGYZÉK

1. Vezetői összefoglaló.....	5
2. Háttér és előzmények .....	9
2.1. A kapcsolódó hazai szabályozás .....	10
2.2. A témakör jelentősége és gyakorisága .....	11
3. Célkitűzés .....	14
4. Alkalmazott módszerek.....	15
4.1. A vizsgált témakör definiálása .....	15
4.2. A szakirodalom áttekintése .....	15
4.3. A NEVES jelentések elemzése.....	18
4.4. Fókuszcsoportos megbeszélés.....	18
4.5. Esettanulmány .....	19
4.6. A folyamat áttekintése .....	20
4.7. Az oki kutatás és a megoldási lehetőségek keresése .....	20
4.8. A kockázatok értékelése .....	21
4.9. Prioritási mátrix .....	21
5. Eredmények .....	22
5.1. A folyamat áttekintése .....	22
5.1.1. A betegazonosítás folyamata .....	22
5.2. Az okok listázása .....	24
5.2.1. Okok és hozzájáruló tényezők a szakirodalmi források alapján.....	24
5.2.2. Okok és hozzájáruló tényezők a fókuszcsoportos egyeztetések alapján.....	28
5.3. A gyökérokok keresése .....	31
5.4. A releváns megoldások kiválasztása.....	37
5.4.1. A kezelendő gyökérokok kiválasztása .....	37
5.4.2. Megoldási javaslatok a szakirodalmi források alapján.....	37
5.4.3. Megoldási javaslatok a fókuszcsoportos szakértői vélemények alapján .....	43
5.5. A változtatási javaslatok kiválasztása .....	46
5.6. A változtatások bevezetése .....	46

5.7.	Hatásvizsgálat .....	47
6.	A súlyos nemkívánatos események kezelése.....	48
7.	Egy fiktív betegcsere kivizsgálása a neked-ajánlás alapján.....	50
7.1.	Esetismertetés .....	50
7.2.	Esetmenedzselés a NEKED-ajánlás alapján .....	50
7.2.1.	Dokumentálás és jegyzőkönyv-felvétel.....	50
7.2.2.	A kommunikáció.....	64
7.2.3.	Egyedi oki vizsgálat és intézkedések .....	67
8.	Megbeszélés, következtetések, javaslatok .....	80
8.1.	A munkáltató felelősségi körébe tartozó javaslatok .....	81
8.2.	A munkavállaló felelősségi körébe tartozó javaslatok .....	82
8.3.	Az ellátás főszereplőjének, a betegnek a szerepe .....	83
8.4.	Érzékenyítés.....	84
9.	Köszönetnyilvánítás .....	86
10.	Felhasznált szakirodalom .....	87
11.	Mellékletek .....	94
12.	Jegyzékek .....	153
12.1.	Táblázatjegyzék.....	153
12.2.	Ábrajegyzék.....	153

## 1. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

Az egészségügyi ellátás során – a szakirodalmi adatok szerint minden 10. beteg esetében – előfordul olyan nemkívánatos esemény, amely az ellátáshoz köthető ártalom, nem pedig a beteg állapotából vagy betegségéből adódó szövődmény. (Lám et al., 2016)

Ilyen nemkívánatos esemény a jelen kutatás témájául választott betegcsere és leletcsere is.

A nemkívánatos eseményekről általánosságban elmondható, hogy jelentős negatív következményekkel járhatnak mind a beteg és hozzátartozói, mind pedig az ellátásban részt vevő egészségügyi személyzet, valamint az egészségügyi szolgáltató számára is, ezért fontos törekedni ezen események megelőzésére. A közlemények szerint a nemkívánatos események 70%-a megfelelő intézkedésekkel megelőzhető, és ennek egyik legfontosabb eszköze a bekövetkezett nemkívánatos eseményekből való tanulás. (Lám et al., 2016)

A nemkívánatos eseményekből való tanulás jelentőségét több nemzetközi irányelv és ajánlás is alátámasztja. (*World Health Organization*, 2005, 2010/32/EU irányelv, 2010)

Hazánkban a nemkívánatos események jelentési és tanulórendszerét a WHO Magyarországi Irodája és az Egészségügyi Minisztérium felkérésére a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (SE-EMK) alakította ki és működteti 2006 óta, és a NEVES (**NE**m **V**árt **ES**emények) Program nevet viseli. A NEVES Program egyik fő eleme a kéthavonként megrendezett, betegbiztonsági témájú NEVES Fórum (további információ: <https://info.nevesforum.hu/>). A Program másik fő eleme a hazai egészségügyi szolgáltatók számára ingyenesen elérhető, az ellátás során bekövetkezett nemkívánatos események adatainak összegyűjtését és elemzését támogató NEVES online jelentési rendszer. Ebben a szoftverben jelenleg 21 témában van lehetőség – előre meghatározott kérdések mentén – a bekövetkezett nemkívánatos események jelentésére. A jelenthető témák közt szerepel a betegcsere és a leletcsere is. A jelentési rendszer elérhető a <https://neves.nevesforum.hu/> weboldalon.

Bár a NEVES rendszerben a betegcsere és leletcsere témakörében jelentett, jelenleg elérhető esetek száma igen csekély (statisztikai módszerrel ugyan feldolgozható, de általánosításra nem alkalmas), a nemkívánatos esemény bekövetkezésének potenciálisan súlyos következményei és a nemzetközi felmérésekben észlelt előfordulási gyakorisága miatt különösen fontosnak tartottuk a témakör mélyreható bemutatását magyar viszonyok között.

Bizonyított tény, hogy a betegek vagy a vizsgálat céljából gyűjtött mintáik helytelen azonosítása számos kedvezőtlen következménnyel járhat, beleértve a közvetlen betegkárosodást, a gyógyszerelési és diagnosztikai hibákat, a feleslegesen ismételt vagy nem a megfelelő betegen végzett beavatkozásokat, a diagnózis felállításának a késését, az ápolási idő megnövekedését, de akár az újszülöttek nem megfelelő családnhoz történő hazabocsátását is. Egyes esetekben ezek a hibák fatális következménnyel is járhatnak, például összecserélt transzfúzió esetén, vagy akkor is, ha a hibás minta vagy betegazonosítás következményként

jelentős mértékű késés következik be egy sürgető diagnózis felállításában (pl. infarktus vagy agyvérzés esetén).

A beteg-, illetve leletcserét eredményező hibák jelentőségét tovább növeli az, hogy egy-egy felcserélt vizsgálat, beavatkozás vagy gyógyszer a legtöbbször nem is egy, hanem két beteg számára veszélyes és okoz valamilyen mértékű károsodást vagy késlekedést, hiszen így egy adott beteg nemcsak a valaki más számára előírt ellátást kapja, de ezáltal a másik beteg számára előírt kezelés is késik vagy kimarad.

Bár a betegazonosítási hibák az ellátás bármely pontján és szintjén előfordulhatnak, az ilyen hibákkal kapcsolatos jelentési hajlandóság világszerte igen alacsony, így a jelentésekből nemigen lehet következtetni azok pontos előfordulási gyakoriságára. Sok esetben a hibák teljesen rejtve maradnak, még az ellátók sem ismerik fel, hogy nem a megfelelő beteg kapta a gyógyszert, vagy épp nem a megfelelő beteg adatai kerültek a mintavételi dobozra. Az időben felismert és megakadályozott potenciális hibákat vagy a következménnyel nem járó hibákat nem jelentik az ellátók, vagy azért, mert úgy vélik, hogy mivel nem történt károsodás, nincs mit jelenteni, vagy pedig azért, mert esetleg félnek a hibáztatástól, illetve a büntetéstől.

A szakértőkkel folytatott egyeztetéseink és gyakorlati tapasztalataink azonban azt mutatják, hogy ezek az események jelentős számban fordulnak elő, így fontos foglalkozni a témával annak ellenére is, hogy az ellátásban részt vevők nem szívesen ismerik be ennek a típusú hibának a létezését.

Célunk az egészségügyi társadalom figyelmét felhívni a betegcsere és leletcsere lehetőségére, kockázatára és következményeire. Szeretnénk elérni azt, hogy a munkatársak merjenek beszélni róla, mert ezzel elő lehet segíteni egy olyan szemléletformálást, amelynek eredményeként tudatosul, hogy milyen okok, illetve körülmények vezetnek ezen események kialakulásához. Ezek ismeretében pedig már a probléma létrejötte előtt fel tudják ismerni a kockázatot, és megelőző intézkedéseket tudnak hozni azok elkerülésére. Ehhez kívánunk támogatást adni azzal, hogy a tanulmányban bemutatjuk a betegcsere és leletcsere okainak és megelőzési lehetőségeinek tárgyában összegyűjtött hazai és nemzetközi szakirodalom alapvető anyagait, továbbá a szakértői, az ellátói és a saját tapasztalatokat.

Kutatásunk során feltártuk a betegcserehez és leletcserehez hozzájáruló legfontosabb okokat és kockázati tényezőket. Meghatározásra kerültek a téma szempontjából releváns kiemelt kockázati csoportok. A gyökérok-elemzés során az alábbi fő tényezők mentén kutattuk a gyökérokot és az egymás közötti összefüggéseiket: emberek (betegek, egészségügyi dolgozók), módszerek, eszközök, körülmények és kommunikáció. A betegcsere és leletcsere okai között számos tényező azonosítható, sokszor több tényező együttes jelenléte vezet a hibához. A legfőbb okok a szabályozás területén a nem létező vagy nem betartható szabályzat, a szabályok akaratlagos megszegése, azon belül is az arcképes azonosítás, valamint a pozitív betegazonosítás alkalmazásának hiánya. Gyakori az adminisztrációs hiba, a hibás adatbevitel, a betegről hiányzó, vagy a betegen nem az előírás szerint alkalmazott karszalag, továbbá a

fekvőbeteg-szakellátás során a munkatársak egymás közötti kommunikációjában a betegekre a fizikai lokalizáció szerint történő hivatkozás. A munkatársak körében a túlterheltséget, a fáradtságot, a megzavarást és az időnyomást is a legfőbb okok között lehet azonosítani. Az informatikai rendszerekben rejlő hibalehetőségek, továbbá a hiányosan kitöltött kérőlapok, a vér- és szövettani minták félrecímzése, ill. a nem megfelelő beteghez rendelt vizsgálatok vagy eredmények is látótérbe kerültek. A nem megfelelő oktatás vagy képzettség és a kockázatok felismerésének hiánya is gyakorta vezethetnek betegcseréhez vagy leletcseréhez. A szervezeti kultúra területén is azonosítani lehet problémákat, így például az őszinte kommunikáció hiányát, a hibákból történő tanulás elmaradását vagy a rendszerszintű hibák felismerésének hiányát.

Tanulmányunkban bemutatjuk a fenti okok kezelését célzó lehetséges megelőző intézkedéseket, és tudományos bizonyítékokon alapuló, működő jógyakorlatokat sorakoztatunk fel. Összegyűjtöttük a munkáltató, a munkavállaló, valamint az ellátás főszereplője, azaz a beteg és a hozzátartozó által megtehető lépéseket a betegcsere és leletcsere megelőzése érdekében, amelyekből most csak ízelítőként mutatunk be néhányat. A munkáltató például a megfelelő szabályozási környezet kialakításával, a betegazonosításhoz szükséges eszközök, illetve feltételek biztosításával és az esetleges hibák okainak alapos megismerésére törekvő, nyílt és támogató szervezeti kultúra kialakításával tud tenni ezen események elkerüléséért. A szisztematikus fejlesztő tevékenység részét kell képezniük az oktatásoknak és az aktuális gyakorlat rendszeres felülvizsgálatának. A munkatársak felelősségi körébe lehet sorolni a szabályok szerinti munkavégzést, a rendszeresített ellenőrző listák használatát, valamint az egységes kommunikációs elvek követését. A megzavarás elkerülése vagy lehetőségének minimalizálása is jelentős tényező a betegcserek megelőzése szempontjából, amit megfelelő munkaszervezéssel nagymértékben befolyásolni lehet. A betegek maguk is hozzá tudnak járulni a helyes betegazonosításhoz, az ő bevonásuk a betegellátási folyamatba egyre hangsúlyosabb szerepet kap. A betegeket azonban tájékoztatni kell arról, hogyan működhetnek együtt ellátóikkal, és bátorítani kell őket arra, hogy merjenek szólni, ha pontatlanságot tapasztalnak.

A jelen tanulmány egy valós eseten alapuló, fiktív kiegészítéssel bővített eset útján kívánja részletesen bemutatni a súlyos nemkívánatos esemény bekövetkezésekor követendő helyes esetmenedzselést.

Bízunk abban, hogy a tanulmány segítséget fog nyújtani a hazai egészségügyi ellátórendszerben dolgozók számára saját intézményükben a betegazonosítási folyamatok fejlesztéséhez, ezen keresztül pedig a betegcserek és leletcserek elkerüléséhez. Véleményünk szerint a tanulmányban összegyűjtött okok és megelőzési lehetőségek támogatják a saját intézményekben előforduló problémák és meghozandó intézkedések felismerését. A munkához eszközt is nyújtunk a tanulmányban ismertetett módszertanok részletes bemutatásával.

A tanulmány írásához a módszertani alapot a következők szolgáltatták:

- OKI KUTATÁSOK ELŐKÉSZÍTÉSE, MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ AZ OKI KUTATÁSOK KÉSZÍTÉSÉHEZ (továbbiakban: MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ) (Sinka et al., 2019), készült: az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” c. kiemelt projekt keretében
- „Ajánlás adott intézményben kialakult és ott észlelt, súlyos kimenetelű nemkívánatos eseményt követő eljárásra vonatkozóan”. NEKED: **Nem**kívánatos **E**semények **K**ezelésére vonatkozó **E**ljárásren**D**. (Belicza et al., 2012)  
(Az ajánlás szabadon elérhető a következő internetcímen: [http://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/neked\\_ajanlas\\_final.pdf](http://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/neked_ajanlas_final.pdf))



## 2. HÁTTÉR ÉS ELŐZMÉNYEK

A nemkívánatos eseményekből való tanulásnak, valamint ennek részeként a nem megfelelő beteg- és/vagy mintaazonosításból származó károsodások, azaz a beteg- vagy leletcserék megelőzésének jelentőségét több nemzetközi irányelv és ajánlás is alátámasztja.

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) 2005-ben jelentette meg azt az irányelvét, amely az egészségügyi ellátással összefüggésben kialakult nemkívánatos eseményekből való tanulást tűzte ki célul. Ebben megfogalmazta azokat a kulcsfontosságú üzeneteket, amelyek fontos alapot adnak az egyes tagországok számára saját jelentési rendszereik kialakításához. (*World Health Organization, 2005*)

Hazánkban a nemkívánatos események jelentési és tanulórendszerét a WHO Magyarországi Irodája és az Egészségügyi Minisztérium felkérésére a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (SE-EMK) alakította ki és működteti 2006 óta, mely a NEVES (**N**em **V**árt **E**semények) Program nevet viseli. (Lám et al., 2016)

A jelentési és tanulórendszerek működtetésének szempontjából fontos magyar vonatkozású körülmény, hogy az egészségügyi törvény 2016. január 1-jén hatályba lépett módosítása a belső minőségügyi rendszer működtetésének részeként elvárásként fogalmazza meg az egészségügyi szolgáltatók felé „a megbiztonsággal összefüggő kockázatok, a nemkívánatos események áttekintését, elemzését, értékelését és a megelőző intézkedések megfogalmazását”. (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 2019)

A törvény által kihirdetett cél megvalósulását segíti elő a NEVES Program, amely több elemből áll. Ezek a NEVES online jelentési rendszer, az arra épülő, a jelentésekből való tanulást támogató oki kutatások, valamint az ezekhez szorosan kapcsolódó megbiztonsági témájú fórunsorozat.

A WHO több nemzetközi megbiztonsággal foglalkozó szervezettel együttműködve 2007-ben témaspecifikus ajánlást is adott ki *Betegazonosítás* címmel, melyben a valamennyi egészségügyi ellátó intézményben bevezetendő intézkedéseket listázza a betegcseréhez vagy leletcseréhez köthető nemkívánatos események megelőzésének céljából. (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007*)

Az amerikai egyesült államokbeli Joint Commission szervezet – mely több mint 22.000 egészségügyi szolgáltató és program akkreditációjáért és minősítéséért felelős – a megfelelő betegazonosítás témakörét 2014-ben a legfontosabb nemzeti megbiztonsági célként definiálta. Az elmúlt évek során a témakör mit sem veszített jelentőségéből, amit jól szemléltet, hogy ez a törekvés azóta is, évről évre vezeti a Nemzeti Betegbiztonsági Célok listáját. (*The Joint Commission, 2020*)

## 2.1. A KAPCSOLÓDÓ HAZAI SZABÁLYOZÁS

Hazánkban is számos jogszabály és rendelet foglalkozik a megfelelő betegazonosítás követelményeivel.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet harmadik paragrafusának ötös bekezdése leírja, hogy „[m]inden fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi intézményben biztosítani kell a betegellátás biztonságát fokozó betegazonosító rendszer működését, melynek részletes szabályait a Szervezeti és Működési Szabályzatban kell meghatározni, figyelemmel a hatályos adatvédelmi rendelkezésekre is.” A rendelet, valamint az annak kiegészítéséről szóló 88/2004. (X. 20.) ESzCsM rendelet értelmében a hazai egészségügyi intézmények 2005. január 1-je óta kötelesek betegazonosító rendszert működtetni. (60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 2019)

A rendelethez kapcsolódóan Dr. Rácz Jenő, az akkori egészségügyi miniszter egy irányelvet adott ki „1/2005. (EüK. 1.) EüM irányelve a betegazonosító rendszer működéséről” címmel, abból a célból, hogy az egészségügyi ellátó intézmények számára megkönnyítse a rendeletnek történő megfelelést. Ez az irányelv azonban több olyan instrukciót is tartalmazott adatvédelmi szempontokra hivatkozva, amelyek megkérdőjelezhetővé tették a betegazonosító rendszer mindennapi használhatóságát, legfőképpen azt, hogy az a betegek biztonságát ily módon növelni tudja. Ilyen instrukció volt például, hogy „[a]z azonosító a lehető legszűkebb körben tartalmazzon adatot és a tartalom ne kerüljön nyilvánosságra (így például az egészségügyi ellátó hálózaton kívüli személyek számára az azonosító alapján a beteg ne legyen azonosítható)”, valamint hogy „[a] betegazonosító elemei lehetnek például: a TAJ szám utolsó négy számjegye és a beteg nevének monogramja, illetve a felvétel dátuma, az osztály (szervezeti egység) kódja stb.”. (Az egészségügyi miniszter 1/2005. (EüK. 1.) EüM irányelve a betegazonosító rendszer működéséről, 2005)

Az irányelv megjelenése számos szakmai és jogi vitát váltott ki. Ennek apropóján jelent meg még 2005-ben az állampolgári jogok országgyűlési biztosának és általános helyettesének közös jelentése az egészségügyi ellátóknál alkalmazott betegazonosító rendszerről, mely ezen vitás kérdéseket hivatott volna tisztázni. A jelentés összességében az irányelv korlátozásainak enyhítését javasolta, összefoglalóan arra hivatkozva, hogy „[...] az adatvédelem elvont érdeke miatt nem szükséges a személyes adatok e helyütt feltárt korlátozása, a korlátozás nem áll arányban az ezzel elérni kívánt céllal, azaz a személyes adatok védelmével.” (Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának és általános helyettesének közös jelentése az egészségügyi ellátóknál alkalmazott betegazonosító rendszerről az OBH 2015/2005. számú ügyben, 2005)

Az irányelv módosításáról pontos információ nem érhető el, mivel az Egészségügyi Minisztérium megszűnésével az irányelv aktualizálásáról és újbóli publikálásáról a jogutód nem gondoskodott.

Azonban ez a néhány kiragadott mondat is jól érzékelteti, hogy a hazai ellátó intézményeknek egy igen komplex, sokszor ellentmondásos szabályozási környezetben kell megvalósítaniuk a betegek megfelelő azonosítását.

2016-ban jelentek meg a fekvő- és járóbeteg-ellátás hazai fejlesztésű standardjai, amelyek közül az egyik szintén a betegek azonosításával, valamint a betegekhez tartozó dokumentumok, minták, anyagok és az egészségügyi ellátáshoz használt eszközök beteghez rendelésével foglalkozott. Ezt a standardot több hazai egészségügyi szolgáltató működésébe is bevezették, így az hatással volt az aktuális gyakorlatra és az ismeretekre, és jelenleg is útmutatásul szolgálhat a megbízhatóságért tenni akaró intézmények számára. A betegazonosításról szóló standard a kapcsolódó magyarázattal együtt az 1. mellékletben tekinthető meg. (*A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjai*, 2016)

A fentiekben ismertetettekén kívül több hazai jogszabály is érinti az adatkezeléssel összefüggésben a betegazonosítás témakörét (pl. az 1997. évi XLVII. törvény vagy a 62/1997. (XII. 21.) NM rendelet), azonban ezek a tanulmány szempontjából kevésbé meghatározó jelentőségűek, így most nem kerülnek bemutatásra.

## 2.2. A TÉMAKÖR JELENTŐSÉGE ÉS GYAKORISÁGA

Az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című kiemelt projekt keretében összesen nyolc, a NEVES rendszerben jelentett, egészségügyi ellátással kapcsolatos nemkívánatos esemény témájában készül részletes elemzés, amelyek közül a betegcsere és a leletcsere együttesen mutatjuk be a jelen tanulmányban.

Bár a NEVES rendszerben jelentett esetek száma mindkét témakörben igen csekély, a nemkívánatos esemény bekövetkezése esetén a potenciális következmények súlyossága és a nemzetközi kutatások által feltárt előfordulási gyakoriság miatt különösen fontosnak tartottuk a témakör mélyreható bemutatását.

Mindezt az a tény is alátámasztotta, hogy a hazai ellátórendszerben dolgozó szakértőink is megerősítették, hogy a betegcsere és leletcsere gyakori esemény, jóval gyakrabban fordul elő, mint amilyen gyakran szót ejtünk róla.

A NEVES rendszerben a gyógyszereléssel kapcsolatos nem várt események adatlapjaiban is találni lehet a betegcsere témakörébe illeszkedő eseteket. A részletes adatelemzésben a húsz jelentett gyógyszerelési esetből tíz esetben a jelentett esemény besorolásánál a nem megfelelő beteg (vagyis a betegcsere) kifejezés azonosítható.

Bizonyított tény, hogy a betegek vagy a vizsgálat céljából gyűjtött mintáik helytelen azonosítása számos kedvezőtlen következménnyel járhat, beleértve a közvetlen betegkárosodást, a gyógyszerelési és diagnosztikai hibákat, a feleslegesen ismételt vagy nem

a megfelelő betegen végzett beavatkozásokat, a diagnózis felállításának a késését, az ápolási idő megnövekedését, de akár az újszülöttek nem megfelelő családhoz történő hazabocsátását is. (Alassaf, 2017; Berdot et al., 2016; Lippi et al., 2009; Lippi et al., 2017; Ponemon Institute LLC, 2016; *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, 2007) Egyes esetekben ezek a hibák fatális következménnyel is járhatnak, például összecserélt transfúzió esetén, vagy akkor is, ha a hibás minta vagy betegazonosítás következményeként jelentős mértékű késés következik be egy sürgető diagnózis felállításában (pl. infarktus vagy agyvérzés esetén). (Lippi et al., 2017; Lippi et al., 2011; Schulmeister, 2008)

A beteg-, illetve leletcserét eredményező hibák jelentőségét tovább növeli az, hogy egy-egy felcserélt vizsgálat, beavatkozás vagy gyógyszer a legtöbbször nem is egy, hanem két beteg számára veszélyes és okoz valamilyen mértékű károsodást vagy késlekedést, hiszen így egy adott beteg nemcsak a valaki más számára előírt ellátást kapja, de ezáltal a másik beteg számára előírt kezelés is késik vagy kimarad. (Lippi et al., 2017)

A betegkárosodás mértékét tekintve enyhébb esetnek tekinthető a nem megfelelő betegnek kiadott zárójelentés vagy egyéb egészségügyi dokumentum, ugyanakkor az információs önrendelkezési jog megsértése miatt az ilyen esetek jelentős jogi következménnyel járhatnak. (Kelényi, 2004)

Ezek a hibák jelentős anyagi kárt is jelentenek az intézményeknek és a betegeknek egyaránt. Az ellátó rendszerre gyakorolt kár mértékét még megbecsülni is nehéz, hiszen a plusz kiadások – a hiba következményének és korrekciójának függvényében – nagyon széles skálán mozoghatnak. (Lippi et al., 2017)

Bár a betegazonosítási hibák az ellátás bármely pontján és szintjén előfordulhatnak, az ilyen hibákkal kapcsolatos jelentési hajlandóság világszerte igen alacsony, így a jelentésekből nem lehet következtetni az előfordulási gyakoriságra sem. Lippi és munkatársai kutatásaik során leírták, hogy sok esetben ezek a hibák teljesen rejtve maradnak, még az ellátók sem ismerik fel, hogy nem a megfelelő beteg kapta a gyógyszert, vagy éppen nem a megfelelő beteg adatai kerültek a mintavételi tartályra. Az időben felismert és megakadályozott potenciális hibákat vagy a következménnyel nem járó hibákat az ellátók leginkább az intézmény presztízsvesztesége/-csökkenése okán, továbbá az időszűke miatt nem jelentik, vagy mert úgy vélik, hogy mivel nem történt károsodás, így nincs mit jelenteni, nem éri meg a fáradságot. A jelentési hajlandóságot tovább csökkenti még az ellátók hibáztatástól, büntetéstől való félelme. (Lippi et al., 2009)

A Sürgősségi Ellátás Kutatóintézet (*Emergency Care Research Institute*, ECRI) 2016 nyarán egy átfogó irodalomkutatást jelentetett meg a témában, melyben a 2009 és 2016 között keletkezett nemzetközi betegazonosítási hibákat tárgyaló cikkek eredményeit összegezték. A tanulmány egyik fő fókusza a kapcsolódó hibák előfordulási gyakoriságának felmérése volt. Az irodalmi adatokat klinikai előfordulás szerint további csoportokba osztották, bemutatva a betegfelvétel, a betegazonosító karszalag alkalmazása, a vizsgálatkérések, a gyógyszerelési

folyamat, a műtétek, a képkalkotó és laborvizsgálatok, valamint a transzfúzió során feltárt hibaarányokat. (ECRI Institute, 2016) Az alábbiakban a teljesség igénye nélkül néhány beszédes kutatási eredményt mutatunk be.

Egy brazil oktatókórházban 385 betegazonosító karszalag vizsgálatára kiterjedő auditon azt találták, hogy a karszalagok 8,67%-a tartalmazott hibás vagy hiányos betegadatokat, beleértve a rosszul leírt betegneveket is, valamint az esetek 4,33%-ában fordult elő olyan hiba, hogy a karszalagon szereplő adatok nem egyeztek meg az elektronikus nyilvántartás adataival. (Hoffmeister, 2015)

Az amerikai Veterán Egészségügyi Hatóság (Veterans Health Administration, VA) 227 nemkívánatos esemény okait elemző vizsgálatában 182 esetben azonosítottak laboratóriumi vizsgálatot érintő betegazonosítási hibát, amelyek közül 132 esetben a hiba a preanalitikai fázisban keletkezett. A jelentések elemzése során 8 olyan esetet is találtak, ahol a hiba azért keletkezett, mert a betegek más beteg betegazonosító karszalagját kapták meg. Ugyanebben a vizsgálatban 31 olyan esetet is feltártak, amelyeknél a hiba forrása az volt, hogy nem megfelelő beteghez rögzítették a kérést a medikai rendszerben. (Dunn & Moga, 2010)

Egy 12 éves periódust felölelő svéd kutatásban 60 citotoxikus gyógyszerbeadással kapcsolatos hibajelentés elemzésekor azt találták, hogy 5 esetben a hibát az okozta, hogy nem a megfelelő beteg kapta meg a gyógyszert. (Fyhr, 2012)

A hazai gyógyszereléssel kapcsolatos nem várt események jelentései körében az elmúlt öt éves időszakban 20 jelentés közül 10 esetben a jelentett esemény besorolása a nem megfelelő beteg, azaz betegcsere volt. Mind a tíz esetben közös vonás volt, hogy a gyógyszerelés nem eseti szinten, a betegellátási ponton történt, hanem napi szinten, előre elkészítve kapták a gyógyszert a betegek. A hibákhoz többségében a pozitív betegazonosítás hiánya vagy a megszakítás, illetve megzavarás vezetett. (Gyógyszereléssel kapcsolatos nem várt események NEVES jelentések, 2015–2020)

Egy amerikai biztosítási adatbázisban szereplő nemkívánatos eseményeket vizsgáló kutatásban 27.370 esetből 25 olyat találtak, amelyben a műtétet nem a megfelelő betegnek hajtották végre. (Stahel et al., 2010)

Egy olasz kórház három osztályán zajló fél éves vizsgálatban kimutatták, hogy 8.567 laboratóriumi vizsgálatkérésből közel húsz olyan eset fordult elő, melynél a betegazonosító hiányos volt vagy nem megfelelő; 2.349 direkt megfigyeléssel vizsgált esetből pedig 15-nél nem ellenőrizték a beteg személyazonosságát a kérés leadása előtt. (Carraro, 2012)

Végezetül számos cikk foglalkozott a transzfúziós kezeléshez kapcsolódó betegazonosítási kérdésekkel. A kutatások alapján elmondható, hogy 0,016% és 1,12% közötti gyakorisággal fordul elő a transzfúziós vérkészítmények félrecímkezés. Bár ez a szám nem tűnik magasnak, klinikai következményeit tekintve minden egyes ilyen eset betegek életét veszélyezteti. (Askeland, 2009; Elhence, 2012; Grimm et al., 2010; Pagliaro, 2009)

### 3. CÉLKITŰZÉS

A jelen tanulmány célja a hazai fekvőbeteg-ellátásban előforduló leletcsere és betegcsere lehetséges okainak feltárása és ajánlások megfogalmazása az elkerülésükre az egészségügyi szolgáltatók számára.

A tanulmány segítségével tudatosítani kívánjuk az egészségügyi társadalomban a beteg- és leletcsere miatt bekövetkező súlyos nemkívánatos események jelentőségét és megelőzésének lehetőségeit. Munkánk célja, hogy a jövőben a szolgáltatók körében csökkenhessen a betegcsere és a leletcsere előfordulása. Mindezek értelmében láttatni kívánjuk a betegcsere és a leletcsere okainak és megelőzési lehetőségeinek tárgyában összegyűjtött szakirodalmi, szakértői, ellátói és saját tapasztalatokat.

Az oki kutatásunk során bemutatjuk a betegcseréhez és leletcseréhez hozzájáruló okokat és kockázati tényezőket. Azonosításra kerülnek a lehetséges gyökérokok is.

A tanulmány a NEKED ajánlás alapján (**Nem várt Események Kezelésére vonatkozó Eljárásrend**) egy valós eseten alapuló, fiktív kiegészítéssel bővített eset útján kívánja bemutatni a helyes esetmenedzselést egy súlyos nemkívánatos esemény bekövetkezésekor. Bemutatása mintát nyújt az ellátók részére ahhoz, hogyan kezeljenek egy esetlegesen bekövetkező hasonló helyzetet. Átfogó célunk a megbiztonság javítása, az ellátók támogatása a nemkívánatos eseményeket követő helyzetek kezelésében, a potenciális konfliktushelyzetek megelőzésében és enyhítésében, valamint a betegek és a hozzátartozók támogatása a kialakult, néha igen súlyos helyzet elfogadásában és kezelésében. *(Ajánlás adott intézményben kialakult és ott észlelt, súlyos kimenetelű nemkívánatos eseményt követő eljárásra vonatkozóan, NEKED, Belicza et al., 2012)*

A lehetséges megoldásokat és működő jógyakorlatokat is felsorakoztatunk. Mindezekből a szervezetek a saját egyéni, intézményi körülményeik és lehetőségeik ismeretében tudják kiválasztani azokat, amelyeket maguk várhatóan eredményesen tudnak alkalmazni. A felsorolt megelőzési lehetőségek inspirációt is jelenthetnek az új, saját megoldások kialakításához.

Módszertani támogatást kívánunk nyújtani a szolgáltatók részére. Továbbá javasoljuk a közös tanulásra, a tanulságok megosztására való nyitottságot. Nem titkolt célunk, hogy a szervezeti kultúra fejlesztését is ösztönözzük. Ez a folyamat a szervezet szereplőinek és az ellátás középpontjában álló betegeknek a közös, aktív részvételével valósulhat meg.

## 4. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

### 4.1. A VIZSGÁLT TÉMAKÖR DEFINIÁLÁSA

A NEVES adatlapokon egyértelműen meg van határozva, hogy melyik események tartoznak a betegcsere és melyek a leletcsere körébe (2. melléklet, NEVES Betegcsere adatlap v1; ill. 3. melléklet NEVES Leletcsere adatlap v1). Jelen tanulmányban ezeket a definíciókat tekintjük irányadónak:

„Betegcsere: ha valamely vizsgálat, beavatkozás, gyógyszerelés, egyéb terápiás tevékenység, diéta adása vagy egyéb egészségügyi szolgáltatás nem a megfelelő beteg számára történik.”

„Leletcsere: a beteg azonosítóját tartalmazó olyan lelet, amelynek szakmai tartalma nem az azonosított beteg mintája, képkötő vagy egyéb vizsgálata alapján készült.”

A nemzetközi szakirodalom a betegcserével és leletcserével járó eseményeket összefoglalóan betegazonosítási hibaként emlegeti, amelyen belül Lippi és munkatársai három kategóriát különítettek el:

- Nem megfelelő betegazonosítás (pl. hiba a rögzített betegadatokban, betegadatok összekeverése, hiányos vagy nem megfelelő betegazonosítás végzése az ellátás során)
- Nem a megfelelő betegtől származó minták használata (pl. nem a megfelelő betegtől származó vér, vizelet, szövettani minták és egyéb testfolyadékok elemzése)
- Nem megfelelően azonosított testrész (pl. ellenoldali műtét) (Lippi et al., 2017)

A nem megfelelő betegazonosítás alcsoport a NEVES adatlap definíciói szerint a betegcserének feleltethető meg, míg a nem a megfelelő betegtől származó minta használata a leletcsere fogalmi köréhez illeszkedik. A nem megfelelően azonosított testrész problémakörével önálló NEVES adatlap foglalkozik (Oldaltévesztés vagy más testrészen/szerven történő beavatkozás adatlapja), így ez utóbbival a jelen tanulmány nem foglalkozik, mivel ebbe a kategóriába azok az esetek sorolhatóak, amelyek esetén „a jól azonosított beteg nem megfelelő testrészén, anatómiai képletén vagy oldalán elvégzett beavatkozás vagy eszközös vizsgálat” történik, tehát itt elsősorban nem betegazonosítási hiba áll az esemény hátterében.

### 4.2. A SZAKIRODALOM ÁTTEKINTÉSE

A betegcsere és leletcsere témájának feltárása érdekében szakirodalom-kutatást végeztünk. Hazai publikációk esetében a MATARKA, a MOB, az MTMT, valamint a NOTA adatbázisaiban végeztünk kereséseket. A külföldi szakirodalmak tekintetében a PubMed, az OVID és az EBSCO adatbázisokat használtuk. Az alkalmazott keresőszavak, ill. szóösszetételek az alábbiak voltak: „betegcsere”, “patient\* mistake OR patient misidentificat\* AND (prevent\* OR caus\*)”, „patient\* mistake OR patient\* misidentificat\* AND (prevent\* OR caus\*)”.



A magyar szakirodalmak esetében nem alkalmaztunk szűrést, tekintettel a találatok csekély számára.

A külföldi szakirodalmak esetében a következő szűrők kerültek alkalmazásra: *Review, Full text, published in the last 10 years, Humans, English*.

A témában releváns jogszabályokat, irányelveket, közleményeket, a NEVES program kapcsolódó előadásait és esettanulmányait kézi kereséssel gyűjtöttük össze.

A szakirodalmi találatok vonatkozásában először duplikátumszűrést végeztünk, majd ezt követően cím, majd absztrakt alapján szelektáltuk az irodalmakat.

Szakirodalmi kutatásunk fő fókuszában a téma jelentőségének, a kapcsolódó definícióinak, a hiba okainak, valamint megelőzési lehetőségeinek feltárása volt.

A szakirodalmak kivonatolását strukturált szempontok alapján összeállított Excel-táblázatban végeztük el és dokumentáltuk. Az irodalmak áttekintésekor közvetlenül ebbe a táblázatba rögzítettük a kutatás szempontjából releváns információkat. Egy-egy irodalom tekintetében 34 típusú információt rögzítettünk a táblázatban. A kivonatoláshoz készített táblázat tartalmi elemeit a 4. mellékletben lehet megtekinteni.

Az elemezni kívánt szakirodalmak feldolgozásakor az általunk kivonatolt tartalmakhoz rendelt kulcsszavak alkalmazása volt a segítségünkre. Így csoportosíthatóvá váltak a megismert irodalmakból származó információk, az adott altémát érintő publikált irodalmak. Az alábbiakban, az 1. táblázatban a szakirodalmi találatok összesítése tekinthető meg.



1. táblázat: **A szakirodalmi találatok összesítése** (forrás: saját szerkesztés)

	Keresőmotor	Találatok száma	Összes találat	Duplikátum-, tartalomszűréssel kizárva	Felhasznált irodalomban tételenként felsorolt
Hazai szakirodalom	MATARKA	3	20	3	17
	MOB	0			
	MTMT	0			
	NOTA	4			
	Összesen:	7			
	Kézi keresés	13			
Külföldi szakirodalom	PubMed	130	233	178	55
	OVID	26			
	EBSCO	34			
	Összesen:	190			
	Kézi keresés	43			
Összesen:			253	181	72

A hazai szakirodalmak vonatkozásában négy adatbázisban hét cikket találtunk, az angol nyelvű szakirodalmak tekintetében pedig a három külföldi adatbázisban 190 találatot sikerült azonosítani a beállított keresőszavak és a megadott szűrési feltételek alapján. Az így kapott 197 szakirodalom a duplikátum- és tartalomszűrés után további kézi kereséssel egészült ki mind nemzetközi, mind hazai tekintetben. Összesen 72 szakirodalmat használtunk és hivatkoztunk a tanulmányban.

A szakirodalom áttekintése során az EFOP-1.8.0-VEKOP-17 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” c. kiemelt projekt keretében készült D.V.2.3. OKI KUTATÁSOK ÉS ELŐKÉSZÍTÉSE. MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ AZ OKI KUTATÁSOK KÉSZÍTÉSÉHEZ (a továbbiakban *módszertani útmutató*) című összefoglaló 2. függelékének 8. fejezete szerint jártunk el (Sinka et al., 2019).

### 4.3. A NEVES JELENTÉSEK ELEMZÉSE

A NEVES jelentési rendszerben a betegcsere és leletcsere témájában statisztikai módszerrel ugyan feldolgozható, de általánosításra nem alkalmas számú beküldött jelentés áll a rendelkezésünkre, hiszen a jelentett esetek száma kevesebb, mint 30 darab. Mindössze 3 darab jelentéssel rendelkezünk a konkrétan vizsgált témakörben, illetve további tíz témakörhöz illeszkedő, de a gyógyszereléssel összefüggően jelentett nemkívánatos események adatlapját vizsgáltuk még meg.

A szolgáltatók által beküldött jelentések adattartamát gondosan áttekintettük, megvizsgáltuk, hogy fellelhetők-e kockázati tényezők, van-e az esetek között azonos körülmény, történt-e betegazonosítás, hogyan, mikor és ki végezte azt, milyen okmányok alapján, továbbá ki észrevételezte az eseményt. A beküldött esetetek tartalmát beépítettük az elemzésekbe. A beküldött esetek alacsony száma miatt egy eset részletes feldolgozása mellett döntöttünk, amelyet a későbbiekben az *Esetismertetés* fejezetben részletezünk.

### 4.4. FÓKUSZCSOPORTOS MEGBESZÉLÉS

Fókuszcsoportos interjút szerveztünk a kutatás során felmerült szakmai kérdések egyeztetése céljából. A fókuszcsoportban különböző munkakörben dolgozó, a betegcsere és a leletcsere témájában naprakész ismeretekkel és gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező munkatársakkal volt lehetőségünk megvitatni a téma különböző kérdéseit.

A fókuszcsoportban az alábbi szakértők dolgoztak velünk: minőségügyi és stratégiai igazgató, egészségügyi minőségfejlesztési szakértő, járóbeteg-szakrendelő ápolásvezetője, jógyakorlatmunkacsoportvezető, betegjogi képviselő, orvos, főnővér (újszülött-osztály), ápoló (sürgősségi osztály), képpalkotó diagnosztikai szakasszisztens, laboratóriumi szakasszisztens, valamint gyógytornász. Az első fókuszcsoportos interjút 2020.02.25-én szerveztük meg, melyen minden résztvevő együttesen jelen volt. A résztvevők kiválasztása korábbi közös munka, szakmai tapasztalatok alapján történt. A NEVES munkacsoport munkatársai is tagjai voltak a fókuszcsoportnak, akik közül többen jelenleg is dolgoznak betegellátásban köz- és magánszférában egyaránt. Szabadszavas interjú folyt. A megbeszélést a tanulmány készítői moderálták.

A fókuszcsoportos interjúban az alábbiakra kerestük a válaszokat: a betegcsere és a leletcsere szakértők által tapasztalt előfordulási gyakorisága, illetve a gyér jelentési hajlandóság okai. Beszéltünk a szervezeti kultúrában tapasztalható háttérrel, az egyéni, illetve rendszerszintű megközelítésről. Megvitatottuk a gyakorlatban alkalmazott betegazonosítási módszereket és eszközöket. Kitértünk a speciális betegcsoportokra, a kiemelt kockázatú egyénekre, továbbá a betegek együttműködésének jellemzőire az ellátás folyamatában. Napirendre kerültek a

munkaszervezési és az infrastrukturális problémák. Áttekintettük a témában releváns képzési rendszerben és a résztvevők saját munkahelyén működő, betegazonosítással kapcsolatos oktatási gyakorlatokat. Megismertettük a fókuszcsoport résztvevőivel a tanulmányban is felhasznált esettanulmányt, és szakmai egyeztetést folytattunk az eset háttérében valószínűsíthető okokról, illetve a megelőzési lehetőségekről. Ezzel elindítottunk egy közös gondolkodást a témában, melyet a következő megbeszélés alkalmával terveztünk rendszerbe foglalni. A megbeszélés részleteit jegyzőkönyvben rögzítettük.

A második személyes találkozás megrendezésére a kialakult járványügyi helyzet (COVID-19 pandémia) miatt nem volt lehetőségünk. Ennek okán a személyes találkozás helyett a szakértők véleményét elektronikus levelezés útján kértük ki. Ennek keretében az esetismertetésben bemutatott eset gyökérok-elemzéshez kértünk információkat, továbbá a gyökérok kockázati mátrix szerinti értékelésében kértük az együttműködésüket. A legnagyobb kockázatú okokra vonatkozóan összegyűjtöttük a lehetséges megoldási javaslatokat. A megoldási javaslatokból képzett intézkedéscsomagokat prioritási mátrix segítségével értékeltük az alapján, hogy azok bevezetése várhatóan mekkora hatással jár a hasonló események megelőzése szempontjából.

Munkánk során a módszertani útmutató 2. függelékének 2., valamint 6. fejezete értelmében jártunk el.

#### 4.5. ESETTANULMÁNY

Az alaptörténetet egy járóbeteg-szakellátó intézménytől kaptuk. Az intézmény hozzájárulását adta az eset anonimizált módon való felhasználásához szervezeti tanulás céljából. A történetet fiktív részletekkel egészítettük ki annak érdekében, hogy azon keresztül bemutathassuk egy súlyos nemkívánatos esemény javasolt intézményi kezelési folyamatát. Az esemény feldolgozása a NEKED ajánlás alapján történt (**Nem várt Események Kezelésére vonatkozó Eljárásrend – Ajánlás adott intézményben kialakult és ott észlelt, súlyos kimenetelű nemkívánatos eseményt követő eljárásra vonatkozóan**) (Belicza et al., 2012). Az esettanulmány kitér a szükséges teendőkre, azok sorrendiségére, az esetben részt vevő szereplőkre, dokumentációs mintákat ad a gyakorlatba átültetve (jegyzőkönyv tartalma, bocsánatkérő levél a betegek számára), illetve kommunikációs tanácsokat nyújt. Bemutatásra kerül az adott eset gyökérok-elemzése, továbbá kockázati mátrix szerinti értékelése, és kitér a lehetséges megoldásokra, valamint azok prioritálására. Bár az esettanulmányt a betegcsere témakörére dolgoztuk ki, a NEKED-ajánlás bármilyen súlyos nemkívánatos esemény előfordulásakor hasonló módon alkalmazható.

#### 4.6. A FOLYAMAT ÁTTEKINTÉSE

A folyamatábra elkészítése segít áttekinteni (grafikus módon megjelenítve) a folyamat lépéseit, az abban meglévő kockázatokat, az esetleges ismétlődéseket és hibákat, beavatkozási pontokat, logikai kapcsolódásokat, illetve a folyamatban részt vevő szereplőket, határidőket, valamint a keletkező, avagy bemeneti dokumentumokat. Elkészítése alaposságra és a teljes folyamat ismeretére sarkall. Lehetővé teszi a kockázati pontok felismerését, így ellenőrző pontok beiktatását is, amelyek segítségével megelőzhetjük vagy minimalizálhatjuk a hibák előfordulását és így a károsodások kialakulását.

A betegazonosítás a betegcsere és a leletcsere megelőzésének legfontosabb eszköze. A betegazonosítás az egészségügyi ellátórendszerben az ellátás típusától, valamint a szolgáltatók részére rendelkezésére álló betegazonosító eszközöktől, technológiáktól függően többféle módszerrel történhet. Alapul véve az általános, hazai betegazonosítási gyakorlatot, a betegazonosító karszalag felhelyezését tekintjük át. Annak egy kiragadott részletét mintajelleggel emeljük ki és mutatjuk be folyamatábra segítségével a fekvőbeteg-ellátó intézményben felvételre jelentkező beteg esetében. A folyamatábra elkészítésénél a módszertani útmutató 2. függelékének 7. fejezete értelmében jártunk el.

#### 4.7. AZ OKI KUTATÁS ÉS A MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK KERESÉSE

A betegcsere és leletcsere tárgyában végzett oki kutatás során mind általános, azaz országos viszonylatban, mind pedig a konkrét esetbemutatás kapcsán is készítettünk gyökérok-elemzést. Az egyes okok a fő tényezők mentén kerültek azonosításra, úgymint emberek (ezen belül betegek, egészségügyi dolgozók), módszerek, eszközök, körülmények és kommunikáció – ezek mentén kutattuk a gyökérokot s az egymás közti összefüggéseiket.

Az országos kutatáshoz kapcsolódóan gyűjtött, a betegcsere, ill. leletcsere hátterében rejlő lehetséges okokat az 5.2. fejezetben listáztuk. Ehhez forrásként az elemzett NEVES jelentések, a szakirodalmi adatok, a betegazonosításról szóló jógyakorlat-oktatáson és a fókuszcsoporthoz megbeszélés alkalmával összegyűjtött szakértői vélemények szolgáltak.

Az esettanulmány kapcsán végzett oki vizsgálat eredményeit a 7.2.3. fejezet tartalmazza. Az okokat itt a történet alapján, valamint a fókuszcsoporthoz megbeszélésen részt vett szakértők meglátásait felhasználva gyűjtöttük össze és rendszereztük.

A gyökérok-elemzés során a módszertani útmutató 2. függelékének 10. fejezete alapján jártunk el.

#### 4.8. A KOCKÁZATOK ÉRTÉKELÉSE

Az összegyűjtött okok közül a legkockázatosabb és elsőként kezelendő okok kiválasztásához a kockázati mátrix nyújt segítséget. A módszer használatának szemléltetéséhez az esettanulmányt vettük alapul.

Az esetelemzés során összegyűjtött gyökérokotat rendszereztük, és így kialakításra került egy oki lista. Ezt a listát a kockázati mátrix segítségével értékeltük. Az alapján pontoztuk az egyes okokat, hogy azok milyen gyakorisággal fordulnak elő a napi működés során, és hogy a bekövetkezésük esetén milyen súlyosságú esemény várható.

Az így kapott válaszok értelmében kockázati érték alapján súlyosság szempontjából állítottuk fel a sorrendet, majd a későbbiekben ezekre az okokra gyűjtöttünk megoldási javaslatokat.

Tevékenységünk során a módszertani útmutató 2. függelékének 11. fejezete szerint jártunk el.

#### 4.9. PRIORITÁSI MÁTRIX

Az esettanulmányban bemutatásra kerülő eset megoldási javaslatainak értékelése során a prioritási mátrixot alkalmaztuk.

A prioritási mátrix segítségével a lehetséges intézkedések közül kiválasztottuk azokat, amelyeket a legcélszerűbb bevezetni. A módszer segítségével az egyes intézkedéseket három szempont alapján értékeltük: mennyiben érdekelt egy adott intézmény az intézkedés bevezetésében, milyen hatás várható az intézkedéstől a probléma megelőzését illetően, valamint hogy az mennyire megvalósítható.

A prioritási mátrix elkészítése során a módszertani útmutató 2. függelékének 14. fejezete értelmében jártunk el.

## 5. EREDMÉNYEK



### 5.1. A FOLYAMAT ÁTTEKINTÉSE

#### 5.1.1. A betegazonosítás folyamata

A betegazonosítás folyamatának áttekintése és elemzése fontos lépés a betegcserék és leletcserék megelőzését illetően. A betegazonosítás azonban mindössze csak egy elemet jelent az ellátás teljes folyamatában, így az intézményi fejlesztés során nem elegendő csupán ezt vizsgálni. A kapcsolódó folyamatok elemzése ugyanolyan jelentőségű (például a járóbetegszakellátásban, a különböző diagnosztikai tevékenységek esetén történő betegazonosítás, a gyógyszereléskor és a beavatkozások előtt történő betegazonosítás, a kommunikációra képtelen és/vagy ismeretlen beteg azonosítása vagy épp a beteghez tartozó minták kezelése).

A teljes folyamatot területi korlátok miatt nem áll módunkban bemutatni, de tekintettel arra, hogy az egyes folyamatok intézményenként jelentős eltérést mutathatnak, ez nem is lenne célszerű. Fontosnak tartottuk azonban, hogy bemutassuk, hogyan lehet elvégezni a folyamatvizsgálatot, ezzel segítve elő az eszköz helyes alkalmazásának elsajátítását. Ebből a célból az alábbiakban egy fekvőbeteg-intézményben felvételre váró beteg esetében mutatjuk be a betegazonosítás folyamatát egy folyamatábrán.

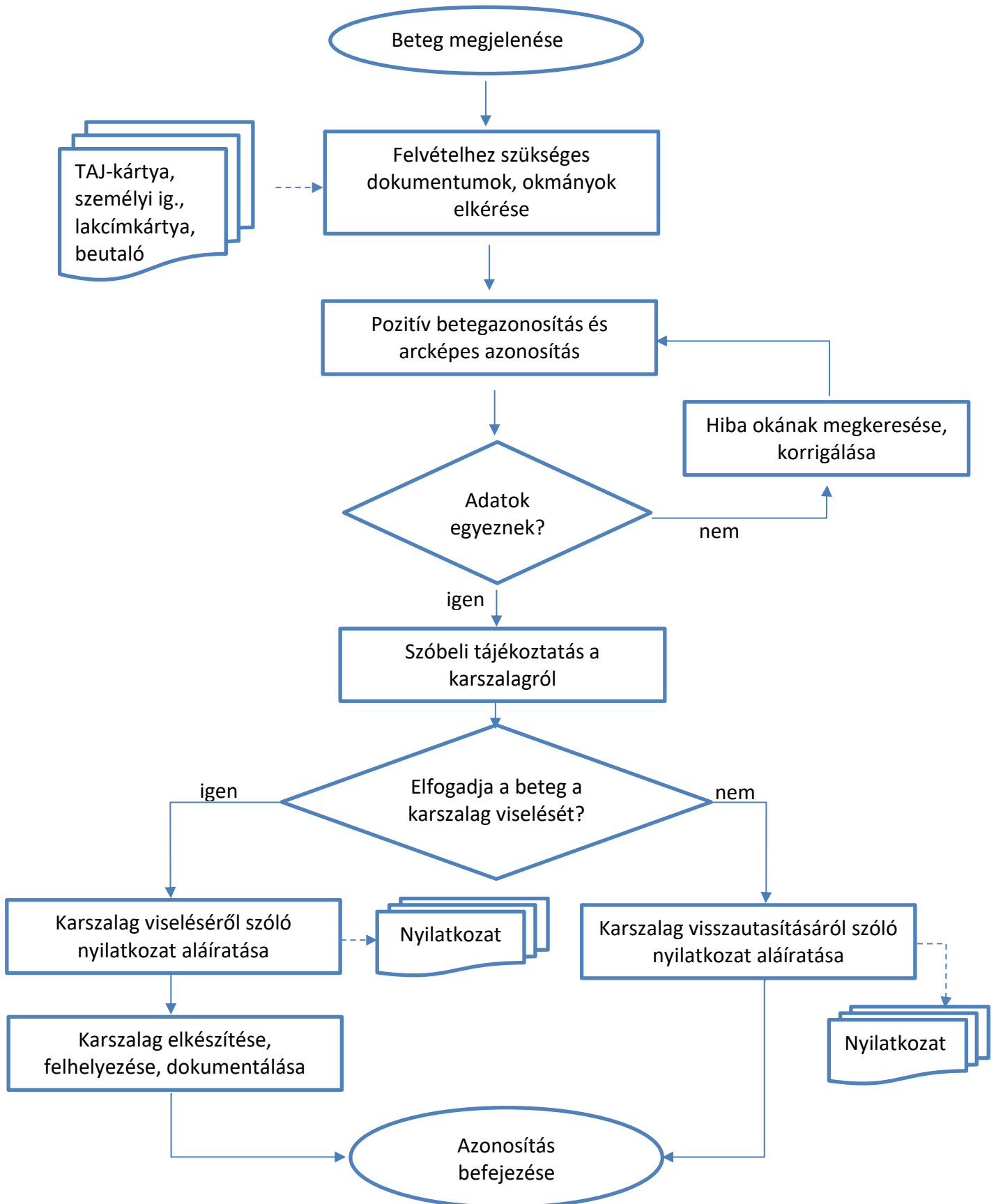
Figyelembe véve azt a hazai általános gyakorlatot, amelynek jegyében a legtöbb intézményben karszalagos betegazonosító eszközt alkalmaznak, ezt vesszük alapul.

A folyamatábrán a tevékenység lépéseinek részletes megjelenítésével, az egyes döntési pontok felvázolásával az esetlegesen a bemenethez szükséges, avagy a képződött dokumentumok alapján vizualizáljuk a folyamatot. A segítségével áttekinthető és mélyebben megismerhető, illetve fejleszhető a folyamat a kezdő és végpont között.

A módszer alkalmazása és a folyamat áttekintése azért jelentős a saját intézményi környezetünkben, mert az elvégzésével olyan szabályozást alakíthatunk ki, amelyben felismerhetjük a folyamatokban rejlő kockázatokat, kontrollpontokat építhetünk be a folyamatba, melyek kivédik azt, hogy a beteget károsodás érje, vagy minimalizálják a károsodás kockázatát. Olyan szabályzatot alkothatunk, amely támogatja a betegbiztonság érvényesülését, és a betartása sem ütközik akadályokba.

Az elkészített folyamatábrán az alábbiakban, az 1. ábrán tekinthető meg.

1. ábra: A betegazonosítás folyamata kórházi felvételre jelentkező, tudatánál levő fekvőbeteg esetén (forrás: saját szerkesztés)





## 5.2. AZ OKOK LISTÁZÁSA

A betegcsere és a leletcsere okainak elemzése során főleg szakirodalmi forrásokra és szakértői tapasztalatokra alapozhattunk.

Ugyanis – feltételezhetően a téma szenzitivitása, a magyar egészségügyben tapasztalható szervezeti kultúra és hierarchia miatt – a NEVES jelentési rendszerbe érkezett, megtörtént eseteket bemutató jelentések száma, illetve az ezekből megismerhető okok rendkívül szerények.

### 5.2.1. Okok és hozzájáruló tényezők a szakirodalmi források alapján

Az áttekintett szakirodalmak alapján meglehetősen sok okot és hozzájáruló tényezőt lehet azonosítani a betegcserehez, ill. leletcserehez vezető események háttérében, hiszen azok a betegfelvételtől a beteg hazabocsátásáig az ellátás bármely pontján előfordulhatnak.

Az okok és hozzájáruló tényezők csoportosítása a Sürgősségi Ellátás Kutató Intézet szakirodalmi összefoglalójának mintáját követi. (ECRI Institute, 2016)

A szakirodalom a szabályozással kapcsolatos okok között említi, ha nincs a betegazonosításra vonatkozó intézményi szabályzat, vagy ha van ugyan szabályzat, de az ellátók nem tartják be azt számos lehetséges okból (pl. az idő nyomása miatt, vagy mert az ismételt betegazonosítási folyamatot szakmaiatlannak, vagy életszerűtlennek tartják), de olyan esetről is ír a szakirodalom, amelyben a létező intézményi szabályozás nem volt alkalmas arra, hogy megelőzze a betegazonosítási hibákat. (Danaher et al., 2011; Henneman et al., 2010; Ortiz et al., 2009; Phipps et al., 2012; Sevdalis et al., 2009)

A betegfelvétel során bekövetkező azonosítási hibák közt gyakori okként említi az irodalom a személyazonosító okmányok hiányos meglétét, illetve azt is, hogy a legtöbb intézményben nem történik arcképes azonosítás, amely segíthetné a betegfelvételi irodában dolgozókat a hibás adatbevitel és a betegcsere időbeni felismerésében. Emellett az irodalmi adatok alapján az adatbevitel során gyakori az elgépelés, a számok és betűk felcserélése is. (Ponemon Institute LLC, 2016)

A betegfelvétel sok esetben a fényképes igazolvány bemutatása nélkül is végbemegy, és így különösen veszélyes következményekkel járhat, ha a társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkezők más személy adatainak felhasználásával próbálnak hozzáférni az ellátáshoz. (Mancilla et al., 2009; Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, 2017)



A betegazonosító karszalagok alkalmazásának célja a pontos betegazonosítás elősegítése, ugyanakkor fontos kiemelni, hogy a szakirodalom a nem megfelelő alkalmazás talaján is számos betegazonosítási hiba előfordulásáról számol be. Kiváltó ok lehet a hiányzó karszalag (főként a nehezen kommunikáló vagy kiskorú páciensek esetében); a betegek vagy az ellátók által eltávolított és vissza nem helyezett karszalag; a karszalagnak nem a betegre, hanem a beteg környezetében lévő tárgyra, eszközre történő helyezése; a karszalagok pótlására vonatkozó hiányos szabályozás; a karszalagon található információk hiányossága, hibája, nem megfelelősége (pl. az összecserélt betegadatok vagy az adatbevitel során tévesen rögzített adatok következtében); a műtét során eltávolított és vissza nem helyezett karszalag; a nem megfelelő méretű vagy anyagú karszalag; az elhasználódó, olvashatatlaná váló, elázó karszalag; továbbá a színkódok nem konzekvens alkalmazása is azonosítási hibához vezethet. (Burrows et al., 2009; Phillips et al., 2012; Sevdalis et al., 2009; Tase et al., 2015; Walley et al., 2013)

Mindemellett sok olyan nemkívánatos esemény is ismert, amikor az azonosító karszalagot az előírásoknak megfelelően alkalmazták, de az ellátó sietségében, fáradtságában a szabályzattól eltérően nem pillantott rá arra, mivel bízott a memóriájában és a beteg passzív önazonosításában. (Ponemon Institute LLC, 2016; Schulmeister, 2008)

Műtéti beavatkozások esetén betegazonosítás megtörténte után a karszalag eltávolítása gyakori, hogy az ne legyen zavaró pl. a branülök bekötésekor. Ugyanakkor ha a műtét befejeztével a betegre nem helyeznek fel újabb karszalagot, akkor az az anesztéziából ébredő, zavart beteg számára jelentős rizikóval jár. (Burrows et al., 2009)

Egy amerikai vizsgálat felhívta a figyelmet arra is, hogy az ellátók szóban gyakorta a fizikai lokációjuk szerint (ágyszám, kórterem száma) hivatkoznak a betegekre a nevük helyett, ami a betegáthelyezések lehetőségétől függetlenül nagy kockázatot jelent a betegellátás során. Ugyanezen vizsgálat eredményeiből az is kirajzolódott, hogy az orvosok a nővérek feladatának tekintik az azonosító karszalag ellenőrzését, annak ellenére, hogy ők maguk is végeznek beavatkozásokat a betegeken. (Phipps et al., 2012)

A vizsgálatkérés és ellátás közben végzett adatrögzítéshez kapcsolódó hibák hátterében gyakori okként említik az ellátók fáradtságát vagy megzavarását. A medikai rendszer kialakítása is számos hiba forrása lehet, amennyiben engedélyezi, hogy több beteg adatlapját egyidejűleg nyitva tartsák. Ilyen esetekben gyakori a rossz beteghez rögzített adat. Több kutatás említi hozzájáruló tényezőként a sürgősségi ellátás során az idő nyomását, az egymás utáni gyors vizsgálatkéréseket, a szimultán kezelt betegeket és a rövid orvos–beteg kapcsolatot. Sőt olyan eset is ismert, ahol a képzővizsgálatok eredményeit tartalmazó szoftver megjelenítési hibái vezettek a téves ellátáshoz. Ilyen megjelenítési hiba volt, hogy nem a kiválasztott beteg eredményei jelentek meg a képernyőn, vagy a kiválasztott beteg eredményei csak jelentős késedelemmel jelentek meg, és mindaddig a korábban megnyitott beteg eredményei látszottak a képernyőn. (Galanter et al., 2013; Levin et al., 2012; Magrabi

et al., 2012; *Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions*, 2017; Virginio et al., 2015)

Felhasználói hibához vezethet az is, ha a medikai rendszerben egyes adatokat, vizsgálati eredményeket több helyre is lehet rögzíteni, vagy ha a rendszerben nincsenek beépített figyelmeztetések (pl. a gyógyszerallergiáról), illetve ha azok túl könnyen kiiktathatók. (*Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions*, 2016)

A betegazonosítási hibával összefüggésbe hozható gyógyszerelési tévedések háttérében gyakori okként jelent meg, hogy az ellátók a szabályzat ellenére nem azonosították megfelelő módon a betegeket az egyes gyógyszerelési események előtt. Ennek egyik oka lehet az is, ha a gyógyszerelési protokoll túl komplex és időigényes. (Harkanen et al., 2015; Magrabi et al., 2012; Snyder et al., 2010)

Nem csak kórházi körülmények között fordulhat elő azonosítással összefüggő gyógyszerelési hiba. Gyógyszertári körülmények között is előfordulhat, hogy nem a megfelelő betegnek adják át a gyógyszert. Ennek háttérében az irodalmak szerint a kevésbé szigorú azonosítási protokollok vagy a több beteg szimultán kiszolgálásakor felmerülő összecserélés áll. (Cohen et al., 2012; Keers et al., 2013) A nem megfelelő azonosítás háttérében továbbá a gyógyszerelési folyamatnak a kollégák, betegek, családtagok vagy váratlan események miatti megzavarása is állhat. (*Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions*, 2012)

A labor- és patológiai vizsgálatok során leletcseréhez vezető okok közé leggyakrabban a félrecímkézett, azaz a nem a megfelelő beteghez rendelt vizsgálati anyag tartozik. Ennek háttérében állhat a címkézési folyamat hibája (pl. az azonosító címkék együttes nyomtatása megfelelő elkülönítés nélkül, a címkék csoportos felhelyezése, vagy épp a címkék nem kompetens személyek általi kezelése). Kutatások bizonyították, hogy a címkézési hibák gyakrabban fordulnak elő, ha a mintavétel és a címkézés időben és térben elkülönül egymástól. Jelentős hibaforrás lehet, ha a mintavétel során a beteget nem azonosítják megfelelően, ha a kézzel írt címke olvashatatlaná válik, továbbá ha a minták nem megfelelő kezelése, szállítása az azonosító adatok sérüléséhez vezet. Az eredmények medikai rendszerbe történő rögzítésekor a hasonló nevű betegek között is gyakorta történik leletcsere. Képkötő vizsgálatok esetén a nem megfelelően azonosított vizsgálati eredmény okozhat leletcserét. (Dunn et al., 2010; Grimm et al., 2010; Lippi et al., 2009; Lippi et al., 2017; Lippi et al., 2011; Rees et al., 2012; *Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions*, 2017; Schmidt et al., 2013)

Az emberi mulasztás okozta mintacsere gyanújára ad alapos okot a preanalitikai fázisban a következők észlelése: a vérvételi minta nem a kérésnek megfelelő mintavételi csőben érkezik a laboratóriumba; a vérvételi csővön nem szerepelnek azonosító adatok; valamely azonosító adat eltér a kéréslapon szereplőtől; vagy a mintavételi csővön a nevet átragasztották, áthúzták. Amennyiben a kapott eredmény jelentős eltérést mutat a beteg korábbi eredményétől (pl. alvadási paraméter), az is felveti a leletcsere/mintacsere gyanúját. A vércsoport megváltozása

egyértelműen mintacserét jelez. Speciális betegcsoportok, szervezeti egységek ápoltsai esetében különösen nagy lehet ez a kockázat, pl. a demens betegek, az intenzív osztályon ápoltak vagy az újszülöttek esetében. (Vásárhelyi et al., 2015).

A transzfúziós kezeléssel összefüggésben bekövetkező beteg- és mintaazonosítási hibák oki háttere nagyon hasonlatos a laboratóriumi minták esetén ismertettekhez. Ennek ellenére a következmények súlyossága miatt a szakirodalom kiemelten foglalkozik ezekkel a hibákkal, hangsúlyozva a vérkészítmények megfelelő és körültekintő azonosításának fontosságát, a vérkészítmény beadása előtt a beteg körültekintő azonosítását, továbbá a fel nem használt vérkészítmény szakszerű, elkülönített tárolását. Ezek hiányában nő a transzfúziós hibák kialakulásának kockázata. Az inkompatibilis vér beadása utáni szövődmények hátterében legtöbbször a betegágnál történő azonosítás hiánya, illetve a helytelenül azonosított és címkézett minta vagy vérkészítmény szerepelt kiváltó okként. (Askeland et al., 2009; Burrows et al., 2009; Delaney et al., 2013; Ferrera-Tourenc et al., 2015; Heddle et al., 2012; Karim et al., 2014) A szakirodalom szerint akkor is megnő a hibázási lehetőség, ha egy időben több beteg kap több egységnyi vérkészítményt, ha az azonosító karszalag nem olvasható, vagy ha a beteg és az ellátó kommunikációját nyelvi korlátok nehezítik. (ECRI Institute, 2016)

A szakirodalom kiemelten foglalkozik a pozitív betegazonosítás fontosságával is, mert számos nemkívánatos esemény hátterében feltárták a passzív betegazonosítással járó félreértéseket. A pozitív betegazonosítás azt jelenti, hogy a beteget megkérjük arra, hogy mondja meg az azonosító adatait (általában a nevét és a születési dátumát). Az egyes beavatkozások, vizsgálatok, gyógyszerelési események előtt ezzel ki lehet zárni azt a lehetőséget, hogy a beteg a nevét félrehallotta, félreértette. Zsúfolt várótermek esetén gyakori, hogy a megszólításra nem a megfelelő beteg érkezik a vizsgálóhoz. Amennyiben az ellátóban fel sem merül a kétség, és nem végez a vizsgálat/beavatkozás előtt újbóli azonosítást, akkor sok esetben fény sem derül erre a tévedésre, vagy csak utólag, amikor ez a beteg károsodásával járt. Több tanulmány rávilágított arra, hogy a nővérek sok esetben feleslegesnek vagy megalázónak tekintik az ismételt pozitív betegazonosítást, mondván, pontosan ismerik a betegeiket, és szerintük a betegek elveszítik a bizalmukat az ellátóik irányában, ha azok újra és újra megkérdezik tőlük a nevüket vagy az adataikat. (Phipps et al., 2012; Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, 2017; Schulmeister, 2008)

Nem egyértelmű, hány független és milyen jellegű betegadatot kell használnak az azonosításhoz. Általában a beteg nevét és születési dátumát szokták alkalmazni. Bár kicsi az esélye annak, hogy egy ugyanolyan nevű és születési dátumú beteg tartózkodjon ugyanabban az intézményben és/vagy osztályon, de gyakori vezetéknev esetén ez előfordulhat, így ezzel a kockázattal is számolni kell. (Lippi et al., 2017)

Egy finn vizsgálat azt mutatta, hogy bár a nővérek átlagos körülmények között hajlamosak eltekinteni a részletes betegazonosítástól, jelentősen megnő a protokollkövetési hajlandóságuk, ha a zavaró tényezők száma megemelkedik. (Härkänen et al., 2015)

Több szakirodalmi forrás említi fontos hozzájáruló tényezőként az ellátók nem megfelelő képzettségét, amely pedig lehetővé tenné a kockázatok felismerését és megfelelő súllyal történő értékelését. (Lippi et al., 2017; Ponemon Institute LLC, 2016)

A nem megfelelő betegen végzett műtétek háttérében jelentős hozzájáruló tényezőként azonosították, hogy a műtéti ellenőrző listát a beteg jelenléte és közreműködése nélkül töltötték ki, egyes esetekben még a beteg intézménybe / ellátó egységbe történő érkezése előtt. (Stahel et al., 2010)

### 5.2.2. Okok és hozzájáruló tényezők a fókuszcsoportos egyeztetések alapján

A különböző szakterületeket képviselő, eltérő szakmákat gyakorló szakértőink az alábbiakban foglalták össze saját, területi tapasztalataikat a betegcsere és a leletcsere okaival és hozzájáruló tényezőivel kapcsolatban.

#### *Gyakoriság, jelentés, szervezeti kultúra*

Egyöntetű véleményük, hogy jóval gyakrabban történnek betegcserek és leletcserek, mint ahogy az tudatosulna az ellátónál. A munkatársak is tudatában vannak annak, hogy a jelentős részüket utólag sem fedezik fel, így ki sem vizsgálják. A gyakoriságukat sajnos még csak becsülni sem tudták. A legtöbb esetben az intézményekben a helyi szervezeti egység szintjén kezelik a problémát, és nem jelentik a nemkívánatos eseményt sem a felső vezetés, sem a megbízottsági koordinátor felé, sem pedig a NEVES jelentési rendszerbe. Éppen a súlyossága miatt hallgatják el. Ennek egyik magyarázata, hogy az esetek egy részében a hiba egyértelműen egy konkrét személyhez köthető, és így számon kérhető. Félnak az intézményen belüli következményektől. Kifejezésre adták, hogy a NEVES jelentési rendszerben a témához kapcsolódó adatlapok kitöltése igen időigényes (NEVES Betegcsere adatlap v1, illetve NEVES Leletcsere adatlap v1), továbbá az adatlap járóbeteg-szakellátásra nehezen értelmezhető. Beszámoltak arról is, hogy a betegcserek és a leletcserek gyakorta különböző szervezeti egységek közötti munkafolyamatok során alakulnak ki, így nehezen deríthető ki, hogy mi vezetett a kialakulásához. Az sem egyértelmű, hogy kinek a feladata lenne az eset jelentése. A hibák esetében jellemző, hogy az intézmények nem a rendszerben, a folyamatokban rejlő okokat keresik és tárják fel, hanem az egyszemélyi felelőst. Így a munkatársak félnak a következményektől, a szolgáltatók pedig a jogi következményektől, valamint attól, hogy a hír nyilvánosságra kerül, és megrendül a betegek bizalma az intézmény iránt.

Az oktatási rendszerrel való összefüggés is szóba került. A szakértők megerősítették, hogy a közép- és felső szintű egészségügyi oktatásban és orvosképzésben is a tanmenet részét képezi a betegazonosítás, s a szakmai vizsgáztatásban is hangsúlyos szerepet kap ez a téma. A fiatalabb munkatársak ezért rutinszerűen alkalmazzák, s ők maguk is bemutatkoznak,

partnerként tekintenek a betegre. Így a beteg együttműködését is sikerül elnyerniük. Egy másik szakértőnk arról számolt be, hogy az orvoscépzésben szerinte hiányos ennek oktatása, nem elég transzparens a téma. Amennyiben kezdetben alkalmazzák is, a napi gyakorlatban könnyen kikopik. Véleménye szerint ez az orvostársadalom patriarchális szocializációjának is köszönhető.

### *Betegazonosítás, együttműködés, speciális betegcsoportok*

Beszámoltak arról, hogy a betegek sok esetben iratok nélkül érkeznek, vagy nem akarnak együttműködni, átadni az okmányukat ellenőrzésre, azonosításra. Az ellátók nem elég határozottak, nem akarnak konfrontálódni vagy megtagadni az ellátást, nehogy ezért a betegek egészségi állapota később károsodjon. Ezért megfelelő azonosítás hiányában is megkezdik az ellátást. Felmerült a VIP-betegek körében jellemző betegazonosítási probléma, amikor azért nem kérdezik rá a beteg azonosító adataira, mert úgy érzik, azokat illene tudniuk. A másik jellemző hibaforrás az, amikor a VIP-betegeket a kapcsolati jellemzőjük alapján azonosítják, nem pedig a saját személyes adataik alapján. Amennyiben „XY ismerőseként” kezelik a beteget, és két ilyen jellemzővel bíró páciens is van, egyből fennáll a csere lehetősége. Különösen akkor, ha nem ugyanazok az ellátók az érintettek, nem egy kézben futnak össze a szálak, és mindenki csak egy, az általa ellátott VIP-betegről tud. Az alapellátás esetében gyakran okoz nehézséget a kézzel írott, olvashatatlan vagy a hiányosan kitöltött beutaló, azaz amelyen nem szerepel személyi adat, vagy nincsenek teljeskörűen kitöltve az adatok, esetleg hibásak vagy összecszerelt adatokkal vannak kiállítva.

A leletvétesztés a szakértők véleménye alapján a laboratóriumi diagnosztika területén gyakoribb és nehezebben derül ki, mint például a radiológiai szakterület esetében. Problémának tekintik, hogy – a vércsoport meghatározása kivételével – nincs országosan szabályozva a beavatkozások előtt az eredeti, validált lelet bemutatásának kötelezettsége. Sokszor csak begépelik a beutalóra vagy az ambuláns lapra az eredeti leletről származó eredményeket, a betegnek nem adják át az eredeti leletet, az átmásolásnál pedig előfordulhat a tévesztés, csere.

Felhívták a figyelmet a pszichiátriai betegek mint speciális betegcsoport esetében fennálló kockázatokra. Valamint arra, hogy a pszichiátriai betegek is különleges figyelmet igényelnek, ugyanis előfordulhat, hogy téves okmányokkal szállítják be egy otthonból a kórházba a beteget, és bár a beteg megfelelően azonosítja önmagát, az okmányokkal való diszkrepanciát nem értelmezik megfelelően.

A szakértők kifejezésre juttatták a humánerőforrás problémáit, a túlterheltséget. Továbbá hangsúlyozták az ellátás komplexitását. Mindezek tévesztésekhez, cserékhez vezethetnek. Kiemelték, hogy a technológiai háttér fejlődéséből nem következik a humánerőforrás helyettesítése, kiváltása. Hiába van pl. betegazonosító karszalagja a betegnek, ha a beteg azonosítása nem történik meg a szükséges azonosítási pontokon.

### *Kiemelt kockázatú csoportok*

A fókuszcsoporthoz egyeztetés során összesítésre kerültek a betegcsere szempontjából kiemelt kockázatú csoportok a korábbi szakirodalmi források adatai, valamint a jógyakorlat-képzések információi alapján.

Összegzésük a 2. táblázatban szerepel. A felsorolás sorrendje véletlenszerű, nem tükröz fontossági sorrendet.

Klinikum vonatkozásában további részletes kifejtésük az 5. mellékletben kerül bemutatásra.

2. táblázat: **A betegcsere szempontjából kiemelt kockázatú csoportok összefoglalása** (forrás: saját szerkesztés)

Sorszám	Betegcsere szempontjából kiemelt kockázatú csoportok
1	bármilyen okból cselekvőképtelenné vált beteg
2	kiskorú beteg
3	kommunikációra képtelen vagy kommunikációban akadályozott beteg
4	idegennyelvű beteg
5	értelmi fogyatékos
6	hallászavar
7	látássérülés
8	mozgáskorlátozottság
9	halmozott fogyatékos
10	érzészavar
11	fájdalom
12	eszméletlenség
13	átmeneti öntudatlanságot okozó állapotok
14	bármilyen okból önrendelkezésre képtelenné válás
15	ismert, gyakori eszmélet- vagy tudatvesztést okozó betegségek
16	tudat- vagy személyiségzavar, amely a személyi adatok közlésének képtelenségéhez vezet
17	mentálisan zavart beteg
18	tudatállapotot befolyásoló gyógyszeres kezelés alatt álló beteg
19	érvényes társadalombiztosítási jogviszonnyal nem rendelkező beteg
20	ismeretlen személyazonosságú beteg
21	megkülönböztetés nehézsége küllem alapján: nem európai rasszhoz tartozó beteg, küllemi hasonlóság



### 5.3. A GYÖKÉROKOK KERESÉSE

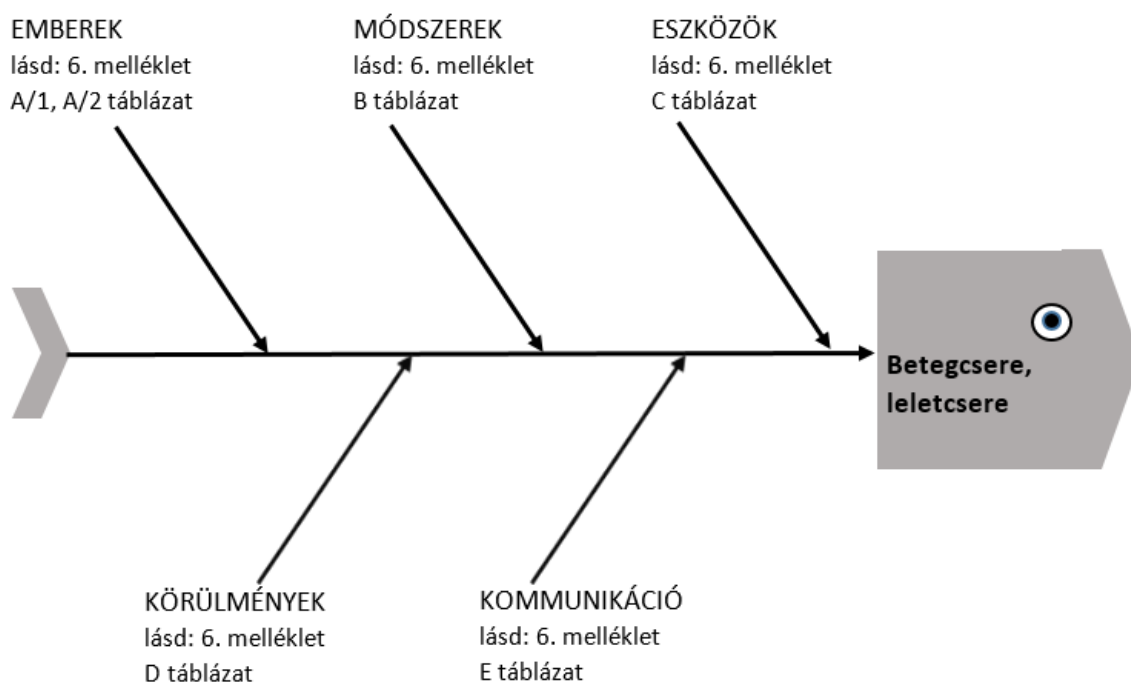
A szakirodalom-kutatás, a NEVES jelentési rendszerből származó információk, a fókuszcsoportos egyeztetések, valamint a saját következtetések alapján összegyűjtött – a betegcsere és leletcsere szempontjából ismert – okokat Excel-táblázatban rendszereztük, majd a közöttük fennálló ok-okozati összefüggések feltárása során gyökérok-elemzést végeztünk.

Tekintettel arra, hogy az országos kutatásban nem egy konkrét eseményt vizsgáltunk, és azt nem tudtuk egy adott intézményi környezetre vonatkoztatni, az elemzés eredményeként csak általános okokat tudtunk megjeleníteni. Nem zárható ki, hogy a bemutatott elemzésben szereplő okok háttérében egy adott intézményi környezetben további okokat és hozzájáruló tényezőket is azonosítani lehet.

Az ok-hatás-diagram elkészítésekor meghatároztuk a problémát, amely jelen esetben a betegcsere és a leletcsere volt, majd ezt követően a hatást okozó fő tényezők mentén – mint az emberek, a módszerek, az eszközök, a körülmények vagy épp a kommunikáció – vizsgáltuk tovább az okokat és hozzájáruló tényezőket.

Munkánk során a módszertani útmutató 2. függelékének 10. fejezete alapján jártunk el. A módszer alkalmazását a 2. ábrán vizualizáljuk. A fő okok háttérében álló okok kibontása részletesen az ábrán hivatkozott 6. mellékletben, a megfelelő betűjellel ellátott táblázatban tekinthető meg.

2. ábra: **A betegcsere, ill. leletcsere ok-hatás-diagramjának váza** (forrás: saját szerkesztés)



Elemzésünkben a fekvő- és járóbeteg-ellátásban előforduló betegcserék, illetve leletcserék általános okainak meghatározására fókuszáltunk. Az alábbi felsorolásunk nem tükröz fontossági vagy gyakorisági sorrendet.

**Az emberekkel kapcsolatban az alábbi fő, általános okok kerültek azonosításra:**

A betegek tekintetében:

- a páciens együttműködésének hiánya;
- személyazonosításra alkalmas iratok nélkül érkező beteg;
- téves okmányok betegazonosításra történő átadása kiemelt kockázati csoportú egyén esetén;
- kiemelt kockázati csoportú beteg;
- életveszélyes állapotú páciens;
- hívásra más beteg jelentkezése;
- a beteg elcseréli a karszalagját;
- ismeretlen vagy azonosítatlan beteg.



Az egészségügyi dolgozók részéről:

- a szabályok nem követése;
- figyelmetlenség;
- ismerethiány;
- motiváció hiánya;
- ideiglenes munkatárs, külsős/részmunkaidős dolgozó;
- pályakezdő munkatárs;
- tudatmódosító szer használata;
- szándékos károkozás.

**A módszerek vonatkozásában a legfontosabb okok a vizsgálat alapján:**

- adminisztrációs hiba;
- a betegtársak bevonásának hiánya;
- a pozitív betegazonosítás hiánya az előkészítés, a beavatkozás vagy az ellátás előtt;
- az ellenőrző lista használatának hiánya;
- az ellenőrző lista nem megfelelő használata;
- hibás szállítási folyamat az osztályok, részlegek, ill. telephelyek között (betegek, minták);
- a beavatkozás előtti azonosítás hiánya;
- a diagnosztikus kép beutalóval való összevetésének, ellenőrzésének hiánya;
- a betegazonosító karszalagok alkalmazásával kapcsolatos problémák;
- a protokoll/szabályozás hiánya;
- a kockázatmenedzsment-tevékenység nem része a mindennapi munkának;
- a klinikai audit hiánya;
- a betegazonosítás szempontjából kockázatos betegek meghatározásának hiánya;

- az azonosító pontok (az ellátási folyamat azon pontjai, amikor betegazonosítás végzésére van szükség) nem definiáltak;
- a beteggel nem ellenőrzik a saját adatai helyességét;
- a színkódok nem következetes használata;
- hiba vagy hiányosság a betegátadás során;
- szóbeli utasítás;
- pontatlan utasítás;
- mintavétel folyamatának hibái;
- a bekövetkezett vagy majdnem bekövetkezett betegcsere jelentésének és kivizsgálásának hiánya;
- a tanulásra, ill. a tanulságok megosztására való hajlandóság hiánya.

#### **Az eszközök oldaláról az alábbi okok kerültek azonosításra:**

- a betegazonosítás eszközeinek hiánya;
- a betegazonosítást támogató modern rendszerek, ill. eszközök hiánya;
- a betegazonosításhoz használt informatikai háttér működéssel kapcsolatos problémák;
- az elektronikus betegazonosító rendszer esetén a leolvasók hiánya vagy a kevés leolvasó; vagy eltérő nyelvű leolvasó és szoftver esetén tévesztés (pl. magyar-angol Y-Z karakterek)
- a betegazonosítás eszközeinek minőségi problémái (pl. a megfelelő méretű karszalag hiánya);
- a betegazonosítás eszközeinek technikai problémái (pl. a karszalagon nem fér valamelyik beteg teljes neve);
- a képkötő vizsgálatok eredményeit tartalmazó megjelenítő szoftver hibái (pl. az azonosításra szolgáló jel vagy szám nem jelenik meg, vagy nehezen olvasható);
- az egyforma küllemű, de eltérő betegek adatait tartalmazó eszközök egyidejű jelenléte (pl. ambuláns vérnyomásmérő monitorok (ABPM), hordozható EKG készülékek (Holter monitorok));

- a betegazonosításhoz használt eszközök meghibásodása (pl. nem megfelelő karbantartás miatt).

#### **A körülmények tekintetében az alábbi okok merültek fel a vizsgálat alapján:**

- leterheltség;
- késés, időhiány;
- figyelmetlenség;
- zsúfoltság;
- ügyeleti idő, hétvége, munkaszüneti nap;
- műszakváltás;
- a szükségesnél kisebb létszámú személyzet;
- sürgősségi ellátás;
- kapkodás;
- rossz világítás.

#### **A kommunikációval kapcsolatos legfontosabb okoknak az alábbiak mutatkoztak:**

- a munkatársak közötti kommunikáció sérül;
- a betegek, a hozzátartozók és a lakosság bevonásának, a velük folytatott kommunikációnak a hiánya;
- a szervezeti egységek, intézmények közötti kommunikáció problémái.

Az itt listázott általános okokat a fent ismertetett forrásokból gyűjtöttük össze és rendszereztük. Amennyiben egy adott intézmény a cserék elkerülése érdekében fejleszteni kívánja a saját betegazonosítási folyamatát, a munka során segítséget nyújthat a tanulmányban felsorolt lehetséges okok megismerése. Bár törekedtünk arra, hogy a felsorolás minél teljesebb legyen, lehetnek olyan, akár intézményi specialitásokból adódó okok is, amelyek a jelen tanulmány készítése során nem kerültek a látókörünkbe. Emellett kicsi a valószínűsége annak, hogy egyetlen szervezeten belül az itt ismertetett okok többsége, vagy mindegyike előfordulna. Éppen ezért nagyon fontos, hogy minden szolgáltató a saját

szakellátási típusa és helyi sajátosságai ismeretében mérje fel és elemezze az aktuális helyzetet, hiszen csak így tudja feltárni a saját intézményében / szervezeti egységében fellelhető, kezelendő konkrét okokat, illetve problémákat.

A 6. melléklet A–E táblázatai ezek feltárásában nyújtanak segítséget.



## 5.4. A RELEVÁNS MEGOLDÁSOK KIVÁLASZTÁSA

### 5.4.1. A kezelendő gyökérokok kiválasztása

Az intézményi fejlesztési folyamatnál fontos, hogy rangsoroljuk az okokat azok jelentősége alapján, és elsőként azokra keressünk megoldást, amelyek a legnagyobb jelentőségűek (vagy azok előfordulási gyakoriságánál fogva, vagy a bekövetkezése esetén várható következmények súlyossága miatt). Ehhez nyújt segítséget a kockázati mátrix, amelynek leírása a módszertani útmutató 2. függelékének 11. fejezetében található.

Az 5.3. fejezetben ismertetett okok az országos tanulmány jellegéből adódóan általánosak, a kockázati mátrix elkészítéséhez ugyanakkor a gyökérokok rangsorolására van szükség. A gyökérokok meghatározása csak egy konkrét esemény adott intézményi környezetben elvégzett vizsgálata esetén lehetséges, így a mátrix alkalmazásának módszerét a tanulmány második felében, az esettanulmány kapcsán mutatjuk be, hogy az mintaként szolgálhasson a hasonló értékelések elkészítéséhez (lásd a 7.2.3. fejezet 3. táblázatát).

### 5.4.2. Megoldási javaslatok a szakirodalmi források alapján

A betegazonosítási hibák és így a betegcsere, valamint a leletcsere bekövetkezésének megelőzését célzó intézkedések vonatkozásában az áttekintett szakirodalmakban igen széles körű ajánlások találhatóak, amelyek megoldásként szolgálnak az oki háttér elemzések bemutatott esetekre.

Fontos leszögezni, hogy mivel a betegazonosítási hibák háttérében többféle ok lehetséges, így nem létezik általános megoldás ezekre a problémákra. Az ellátóknak a helyi sajátosságokhoz illeszkedő, többszemponú megközelítést szükséges alkalmazniuk ahhoz, hogy biztonságosabbá tegyék az ellátást és megelőzzék az azonosítási hibákból eredő nemkívánatos eseményeket. (*Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, 2017*)

A megoldási javaslatokat az irodalomkutatás által feltárt okok csoportosításával összhangban adjuk.

Az intézményi szabályozások tekintetében a szakirodalom azt javasolja, hogy egyértelművé kell tenni, a szervezeten belül milyen ellátói csoportoknak milyen azonosítási feladatokat kell ellátniuk, milyen ellátási eseményekhez köthetően és milyen betegazonosító adatok felhasználásával. Egyértelművé kell tenni, hogy az adott beavatkozást, gyógyszerelést, kezelést vagy vizsgálatot végző személy minden esetben felelős a megfelelő azonosítás

elvégzéséért az ellátás megkezdése előtt. A szakirodalmi ajánlások között szerepel továbbá az is, hogy egy adott ellátó intézményen belül egyféle elfogadott betegazonosítási módszer legyen bevezetve és minden ellátó egységben alkalmazva. Ezen felül fontos konkrét utasításokat adni mind a kommunikációképtelen betegek azonosítására (beleértve az újszülötteket is), mind pedig a személyazonosító iratokkal nem rendelkező betegek egyedi azonosítási módjára vonatkozóan. A 7. mellékletben az ismeretlen vagy iratok alapján nem azonosítható betegek biztonságos azonosításának módszerére vonatkozóan található útmutató (Brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, 2018). Szükség lehet külön eljárásrend kialakítására az egyidejűleg kezelt azonos nevű betegek ellátásának esetére is. (ECRI Institute, 2016; Schulmeister, 2008; WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007)

Schulmeister megközelítése szerint a betegfelvételi folyamatban érintett kollégákat oktatni kell, hogy a betegfelvétel során ne csak adatbevitelt végezzenek, hanem aktívan ellenőrizzék a betegek személyazonosságát. Emellett ajánlasként fogalmazza meg azt is, hogy a betegfelvételi folyamat részévé kell tenni a fényképes dokumentum és egy további, személyazonosításra alkalmas okmány alapján végzett azonosítást. (Schulmeister, 2008) A medikai rendszerbe épített fényképes azonosítás eredményességét Hyman és munkatársainak közleménye is alátámasztja. A betegcserék körébe tartozó problémák közt nagy arányt képviselt az, hogy nem a megfelelő beteg számára rendelték el a vizsgálatot. Ennek kivédésére a medikai rendszerben egy új kontrollt vezettek be. A betegek arcáról készített fényképeket feltöltötték a rendszerbe, és a vizsgálatkérő dokumentum kitöltését követően, de az aláírást/elküldést megelőzően a monitoron automatikusan megjelent egy, a beteg fotóját és azonosító adatait tartalmazó ablak, mely alapján az elrendelt vizsgálatot meg kellett erősíteni. A fényképes azonosítás bevezetését követő 15 hónapban nem jeleztek a fényképpel rendelkező betegek körében nem megfelelő vizsgálatkérést. (Hyman et al., 2012)

Ahogy azt az oki struktúrát részletező fejezetben már kiemeltük, a betegazonosító karszalagok sem jelentenek biztos megoldást a betegazonosítási hibák kiküszöbölésére, amennyiben azok nem megfelelőek, vagy nem megfelelően alkalmazzák azokat. A karszalagok nem megfelelő használatához köthető hibákra nézve a szakirodalom számos ajánlást fogalmaz meg, amelyek közül a legfontosabbak az alábbiak:

- Amennyiben a beteg rendelkezik azonosító karszalaggal, akkor minden egyes beavatkozás, gyógyszerelés, vizsgálat, kezelés vagy szállítás esetén ellenőrizzük a beteg személyazonosító adatait. Amennyiben a beteg speciális étrend szerinti ellátásban részesül, akkor az étkezésekhez kapcsolódóan is ellenőrizzük, hogy a beteg a megfelelő ételt kapja-e.
- Kérjük meg a beteget arra, hogy minden beavatkozás, illetve vizsgálat alkalmával mutassa meg az azonosításra használt karszalagját.
- A karszalag felhelyezésekor vagy az első adandó alkalommal kérjük meg a beteget arra, hogy ellenőrizze a karszalagon található adatokat.

- Ragaszkodjunk hozzá, hogy a beteg a csuklóján tartsa az azonosítót. Amennyiben az kényelmetlen vagy irritatív számára, védjük a bőrét sebtapasz vagy géz alkalmazásával.
- Ha ideiglenesen el kell távolítani a karszalagot (pl. ha az infúzió vagy branül bekötése során az zavaró), akkor amint lehetséges, biztosítsuk az új karszalag felhelyezését a beteg számára.
- Rendszeresen ellenőrizzük a karszalag állapotát, és szükség esetén gondoskodjunk a pótlásról.
- Csak a szükséges betegazonosító adatok szerepeljenek a karszalagon.
- Tegyük egyértelművé, hogy az ellátóknak mikor és hogyan kell ellenőrizniük a karszalag adatainak megfelelőségét.
- Egyféle színű karszalagot használjunk, lehetőleg fehéret, amelyen a fekete betűk megfelelően olvashatóak.
- Olyan karszalagot használjunk, amelynek anyaga és kialakítása megfelel az előírásoknak, illetve az elvárásoknak. A legtöbb kialakításból eredő problémát könnyen orvosolni lehet. A használhatóságot javító intézkedéseket az ellátók is örömmel fogadják, ami hozzájárulhat az azonosítási protokoll magasabb arányú betartásához is. (*ECRI Institute, 2016; Lippi et al., 2009; Schulmeister, 2008*)

A betegazonosító karszalagok használata kapcsán felmerülhet az a kérdés is, hogy megéri-e a befektetést, hogy az intézmények vonalkódos karszalagokat alkalmazzanak a nyomtatott vagy kézzel írott azonosítók helyett. A szakirodalmi összevetés alapján elmondható, hogy az utóbbi kettő kétségtelenül olcsóbb megoldás, az olvashatósága azonban – az alkalmazott azonosítóadatok jellegétől függően – adatvédelmi kérdéseket is felvethet. A vonalkódos azonosítás viszont megkívánja, hogy az ellátók rendelkezzenek a megfelelő mennyiségű vonalkódolvasó készülékkel. (Fontos, hogy a szoftver és a leolvasó nyelve azonos legyen, különben karaktérvesztés jelentkezhet.) A vonalkódos azonosítás egyúttal azt is lehetővé teszi, hogy ne csak a betegeket lássák el vonalkódos azonosítóval, hanem a betegekhez rendelt egyéb eszközöket, gyógyszereket is. Ezzel biztosítani lehet, hogy a gyógyszerelési esemény előtt a gyógyszer- és a betegadatok együttesen kerüljenek ellenőrzésre, kiküszöbölve a nem megfelelő azonosításból eredő gyógyszerelési hibákat. A módszer eredményességét Poon és munkatársai kutatásuk során is igazolták. (*ECRI Institute, 2016; Lippi et al., 2017; Poon et al., 2010*)

A vonalkódos azonosítás mellett egyre inkább elterjedőben van a rádiófrekvenciás azonosítás, azaz az RFID-rendszer is. Számos előnye mellett (nagyobb hatótáv, könnyebb beolvashatóság, gyorsaság, újrahasználhatóság) azonban több kutatás rávilágított bizonyos hátrányos tulajdonságaira is, emiatt nem egyértelműek az ajánlások az alkalmazására vonatkozóan. A

hátrányai közül a legkiemelkedőbbek, hogy a nagy teljesítményű RFID-olvasók egyéb orvosi eszközök működését zavarhatják, illetve károsíthatják azokat, az egymáshoz közeli azonosítók zavarhatják egymás jeleit, az azonosítóknak korlátozott az élettartamuk a beépített akkumulátor miatt, továbbá a rendszer bevezetése a vonalkódos rendszerhez képest jelentős költségterhet ró az intézményekre. (*ECRI Institute, 2016*)

A vizsgálatkérések és a vizsgálatok kapcsán is számos ajánlás született. Ezek közül a teljesség igénye nélkül az alábbiakban kiemeljük a legfontosabbakat:

- Minden esetben történjék pozitív betegazonosítás a vizsgálatok/beavatkozások megkezdése előtt.
- Ha a vizsgálatkérő lap adatai és a betegazonosító adatok között eltérést fedezünk fel, ne kezdjük meg a vizsgálatot az eltérés tisztázásáig.
- Egy időben egy vizsgálatkérő lap kitöltésén dolgozzunk.
- Hiányosan vagy olvashatatlanul kitöltött vizsgálatkérőt ne adjunk ki és ne fogadjunk el.
- Részesítsük előnyben a digitálisan kitöltött vizsgálatkérő lapokat a nehezen olvasható kézírásból eredő hibák kiküszöbölése érdekében.
- Alkalmazzunk a medikai rendszerben olyan figyelmeztetéseket, amelyek csak a beteg azonosságának megerősítését követően engedik továbblépni a vizsgálatkérőt.
- Alkalmazzunk olyan korlátozást a medikai rendszerben, amely meggátolja, hogy egyszerre több betegadatlap is nyitva legyen tartva.
- Alkalmazzunk a medikai rendszerbe beépített figyelmeztetéseket (pl. azonos nevű betegek jelenléte vagy az egymásnak ellentmondó adatok bevitele esetén – mint amilyen a prosztatavizsgálat kérése női páciens esetén).
- Érvényesítsük az ellenőrzési nyomvonalakat (ellenőrzési pontok, ellenőrzési listák).

A beépített figyelmeztetések kapcsán mindazonáltal több irodalom is kiemelte, hogy „a kevesebb néha több” alapon érdemes időként felülvizsgálni az alkalmazott figyelmeztetések megfelelőségét. Bár a figyelmeztetések több kutatás során is bizonyítottan csökkentették a nem megfelelő vizsgálatkérések számát, a felhasználók értesítésekkel történő elárasztása könnyen azok ignorálásához vezethet, valamint jelentősen lassíthatja az ellátási folyamatot. (*ECRI Institute, 2016; Hughes et al., 2017; Lippi et al., 2009; Lippi et al., 2017; Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions, 2016, 2017; Schulmeister, 2008*)

A gyógyszerelési hibákhoz kapcsolódó ajánlásokban a korábban már említett vonalkódos összekapcsolás, a folyamatban részt vevő ellátók oktatása, valamint a megzavarásmentes



gyógyszerelési környezet biztosítása szerepelt. (Berdot et al., 2016; *Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions*, 2012)

A leletcsere elkerülése érdekében is számos gyakorlati tanács szerepel a szakirodalomban. Azzal kapcsolatban máig jelentős szakmai vita áll fent, hogy célszerű-e a vérvételi csöveket előre felcímkézni, vagy csak a vérvételt követően, abban a tekintetben azonban egyértelmű az egyetértés a kutatók között, hogy a legfontosabb, hogy a mintaazonosító adatokat még a beteg jelenlétében egyeztessék a beteg adataival, valamint hogy a mintát a lehető legrövidebb időn belül ellássák az azonosító adatokkal. Ezen felül ajánlott a vizsgálatkérő adatai alapján generálódó címkék használata, illetve a mintaazonosításhoz mintavételi edényenként legalább két betegazonosító használata is. (Lippi et al., 2017; Schulmeister, 2008) Schulmeister cikkében kiemeli, hogy bár a minták csoportos címkézése elterjedt gyakorlat, az – mindamelllett, hogy nem biztonságos – kutatásokkal igazolhatóan nem is hatékonyabb az egyedi címkézésénél. Így tehát javasolt mindig annyi címkét nyomtatni, amennyi éppen aktuálisan szükséges, valamint egyidejűleg kizárólag egyetlen beteggel foglalkozni; azaz a minta megjelöléséig nem szabad megkezdeni egy másik beteg vérvételi folyamatát. (Lippi et al., 2009; Schulmeister, 2008)

A speciális, kisméretű vérvételi csövek azonosításának technikáját is ki kell dolgozni az intézményekben például újszülöttek esetén. A flebotómusok rendszeres oktatása, illetve a személyes kapcsolatok ápolása a beküldőkkel kiemelt jelentőségű. Az automatizálás csökkentheti a hibákat. A folyamatok megfelelő szervezésével anyagi befektetések nélkül is javíthatunk az ellátás minőségén és a betegbiztonságon. (Vásárhelyi et al., 2015)

Meyer és munkatársainak vizsgálatából általános következtetésként megfogalmazható, hogy amennyiben kézi és nyomtatott azonosító is kerül a mintákra, akkor azok semmiképpen se fedjék egymást. Csak így lehet az azonosítókat összevetni. (Meyer et al., 2009)

Mindezeken felül a WHO javaslatában szerepel az is, hogy az intézményeknek célszerű arra az eshetőségre is rendelkezniük eljárásrenddel, ha a beteg klinikai adataival, korábbi értékeivel összeegyeztethetetlen eredményt ad egy vizsgálat. (*WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, 2007)

A transzfúziós kezelésre vonatkozó ajánlások már jóval konkrétabb elvárásokat fogalmaznak meg a megfelelő azonosítással kapcsolatban. Karim és munkatársai saját intézményi kutatások tapasztalatai alapján azt javasolják, hogy a transzfúziós kezelést megelőzően két személy egymástól függetlenül vesse össze a betegadatokat a vérkészítményen szereplő adatokkal, illetve azt is, hogy a kiadás előtt a vérkészítményeket szintén ketten ellenőrizzék. Abban az esetben, ha a beteg vércsoportja korábbról nem ismert, akkor két egymástól független vércsoportazonosításra van szükség. Ha vészhelyzet miatt erre nincs idő, akkor a beteg a megerősített vércsoportazonosítás befejezéséig csakis 0-ás vért kaphat. (Karim et al., 2014)

A transzfúziós hibákat vizsgáló szisztematikus irodalomkutatás eredményeként Cottrell és munkatársai javasolják a transzfúzió megkezdése előtti megerősítő vércsoportazonosítást a

betegágy mellett, valamint azt, hogy a nem megfelelően címkézett minták előfordulási gyakoriságát időről időre jelezzék az érintett ellátók felé, hisz ezzel csökkenteni lehet azok előfordulását. (Cottrell et al., 2013)

Egy, az Egyesült Királyságban végzett kutatás rávilágított arra, hogy a vérkészítmények vonalkóddal történő ellátása, majd a betegazonosító vonalkóddal való összerendelése a vizsgált időszakban teljes mértékben kiküszöbölte a hibák előfordulását. (Lippi et al., 2011)

A nagy vérveszteséggel járó műtéteket követően különösen fontos szerepe van annak, hogy a még bódult beteget is megfelelően tudják azonosítani a szükség szerinti transfúzióhoz. Mivel a műtétek alatt sok esetben eltávolítják a betegazonosító karszalagot, ilyen esetekben javasolt, hogy a betegre helyezzenek fel még egy további azonosítót, amely nem érinti a műtéti területet. (Heddle et al., 2012)

A nem megfelelő betegen végzett műtétek kiküszöböléséhez javasolt a betegek bevonása az azonosítási folyamatba – különös tekintettel arra, hogy megfelelő típusú és lokalizációjú legyen a műtét – még azelőtt, hogy az anesztézia megkezdődne és a beteg bódulttá válna. Ennek egyik eszköze lehet a beleegyező nyilatkozat közös áttekintése. (Hughes et al., 2017)

A WHO műtéti ellenőrző listájának bevezetése és alkalmazása kis ráfordításigényű, klinikai vizsgálatokkal bizonyítottan eredményes eljárás, amely a megbiztonságot szolgálja a műtetre kerülő betegek esetében. A lista 19 pontból áll, és a műtéti folyamat három kritikus pontján kell alkalmazni, azaz az anesztézia bevezetése előtt, közvetlenül a sebészi bemetszés előtt, valamint a beteg műtőből történő távozását megelőzően. A beteg személyazonosságának, a műtéti területnek, valamint a műtét típusának szóbeli visszaigazolása releváns a témánk szempontjából. Ez egy egyszerű, könnyen alkalmazható eszköz, amely minden műtőben használható, kulcsfontosságú biztonsági elemeket épít be a műtői rutintevékenységbe, valamint a műtéti team tagjai közötti kommunikáció fejlesztését is szolgálja. (*WHO Surgical Safety Checklist*, 2010)

A legtöbb betegazonosítással foglalkozó tanulmány kitér a pozitív betegazonosítás szerepére a hibák megelőzésében, valamint arra is, hogy legalább két betegazonosító alkalmazása javasolt minden beavatkozást, vizsgálatot és áthelyezést megelőzően. Ezek között nem szerepelhet a betegágy vagy a kórterem száma. Amennyiben a beteg tudatánál van, be kell vonni az azonosításba, és kerülni kell az ellátók által elmondott azonosítók passzív megerősítését alkalmazó metódust. (Hughes et al., 2017; Lippi et al., 2009; Lippi et al., 2017; Schulmeister, 2008; *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, 2007)

Mind az ellátók, mind pedig a betegek oktatásának fontosságát is számos közlemény említi. Az ellátók képzésében rendszeresen szerepet kell kapnia a betegazonosítási gyakorlatnak, valamint a helytelen betegazonosítás következményeinek egyaránt. Bátorítani kell az ellátókat, hogy jelezzék a betegazonosítás szempontjából kockázatosnak vélt eseményeket. (Cottrell et al., 2013; Hughes et al., 2017; *WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*, 2007)

Fontos a betegek felvilágosítása arról, hogy miért szükséges a betegazonosítás és miként tudják azt ők is segíteni. Érdekes tájékoztató plakátokat elhelyezni olyan helyeken (pl. rendelők előtt), ahol viszonylag sok beteg fordul meg (lásd 8. melléklet). Ennek segítségével elkerülhető az ellátók által sokszor emlegetett ellenérv, miszerint az ismételt betegazonosítás rombolja a beteg és az ellátó közötti kapcsolatot. A betegek és a hozzátartozók aktív együttműködése jelentősen javítja az azonosítás biztonságát. (Hughes et al., 2017; Lippi et al., 2017; WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions, 2007)

A kommunikáció fejlesztése kiemelt jelentőségű, a második helyen szerepel a betegbiztonság javítását célzó stratégiai feladatok között. Ez a betegekkel való kommunikációt és a szakmai kommunikációt egyaránt érinti. (JCAHO Patient Safety Goals, 2009) Rendkívül fontos, hogy a kommunikációban részt vevő mindkét fél (a beteg, illetve a szakma/team) aktívan együttműködjön a kommunikáció elégtelensége miatt fellépő hibák, illetve nemkívánatos események megelőzése érdekében. Az SBAR (szituáció; betegségelözmény; aktuális státusz; javaslat/kérés) kommunikáció alkalmazásával lehetővé válik, hogy rövid idő – legfeljebb egy perc – alatt, egységes szakmai kommunikációs sémák alkalmazásával adják át a beteggel kapcsolatos legfontosabb információkat (amilyen az állapot vagy a teendők). Ennek az alkalmazásával a kommunikáció zavara miatt fellépő hibák számát a felére lehet csökkenteni. (Dékán, 2009)

Végezetül fontos kiemelni, hogy egyre több szakirodalomban jelenik meg a megelőző intézkedések szerves részeként a megtörtént hibák feldolgozása, illetve elemzése, aminek a segítségével tanulhatunk a hibákból, és a megfelelő intézkedések gyakorlatba ültetésével az újbóli előfordulásukat is kiküszöbölhetjük. A gyökérok- vagy hibamód-elemzések segítik az intézményeket abban, hogy feltárják és megértsék a nemkívánatos események hátterét, valamint azonosítsák azokat az okokat és a hozzájáruló tényezőket, amelyek a hibák előfordulásához vezetnek. (Hughes et al., 2017; Lippi et al., 2011)

Bár a technológia fejlődésével egészen új lehetőségek nyíltak meg a betegazonosítás terén, a fent felsorolt intézkedések legtöbbször egyszerű és költségtakarékos módon képesek javítani a betegazonosítási gyakorlatot. Egy-egy átgondolt, az érintettek bevonásával kialakított fejlesztési javaslat óriási mértékben növelheti a betegek biztonságát. (ECRI Institute, 2016)

### 5.4.3. Megoldási javaslatok a fókuszcsoportos szakértői vélemények alapján

A fókuszcsoportos megbeszélés, majd pedig a későbbi, e-mailen folytatott szakértői egyeztetés során törekedtünk rá, hogy összegyűjtsünk minden olyan további ötletet, amely segítheti a betegazonosítás fejlesztését, a szakirodalmak áttekintése során viszont nem került képbe.

A pozitív betegazonosításnak a szakértők véleménye szerint is meg kell valósulnia az ellátásban. Gyakorlati tapasztalataik alapján következetességgel bevezethető, működtethető és fenntartható ez a megközelítés.

Szakértőink is megerősítették a betegcsere és a leletcsere elkerülése érdekében a megzavarásmentes, nyugodt környezet jelentőségét. Különösen igaz ez a betegfelvételi pultok esetében, ahol egymás mellett egyszerre több személy adatait rögzítik, illetve ellenőrzik, és közben még telefonhívásokat is kezelnek. Az is megoldást jelenthet, hogy a betegfelvételi pultot/pontokat – célszerűen – úgy alakítják ki, hogy azzal csökkentsék az áthallás lehetőségét, ezzel is elősegítve a pontos betegazonosítást. Segíthet, ha fizikai távolság van a felvételi pontok között. Amennyiben egyetlen pultnál történik minden betegfelvétel, javasolt odafigyelni arra, hogy a munkatársak ne kizárólag a megszokások alapján foglalják el a helyüket a pultnál. Amennyiben nem minden munkaállomás működik, akkor célszerű úgy elhelyezkedni, hogy az egyes aktív munkaállomások a lehető legtávolabb essenek egymástól. A megzavarások számának csökkentése érdekében javasolt lehet még szétválasztani a személyes betegfelvételi feladatokat és a telefonos ügyintézéseket. Más-más személyek végezzék ezeket a feladatokat, akár egymástól távolabb eső helyszíneken.

A fókuszcsoport valamennyi résztvevője úgy vélte, hogy fontos a lakosság, a betegek és a hozzátartozók bevonása és tájékoztatásuk a betegazonosítás jelentőségéről. Ehhez az intézmények honlapján, valamint az intézményekben történő tájékoztatást látják szükségesnek. A különböző piktogramok, infografikák felhasználását preferálják. Egyetértés volt abban a tekintetben is, hogy a beteg partnerként történő kezelése jelentős mértékben fejlesztheti az együttműködést. A lakossági attitűdön kívül azonban az egészségügyi dolgozói szemlélet formálására is szükség van.

A digitális eszközök használata ugyan segít elkerülni a kézírás olvasásának nehézségeiből adódó problémákat, de az egyszerre, ugyanazon a gépen megnyitott több betegdokumentáció jelentősen növelheti a tévesztés esélyét. A gyakorlati tapasztalatok alapján a hazai rendszerekben erre vonatkozóan jelenleg nincsen általános korlátozás. Ezért kiemelt jelentősége van annak, hogy a számítógépen egyszerre csak egyetlen beteg dokumentációja legyen megnyitva.

A megoldási javaslatok közt felmerült olyan gondolat is, hogy ha a fehér színű karszalag helyett valamilyen feltűnő színű karszalagot használnak (pl. narancssárgát, világossárgát vagy világoskékét), az könnyebben észrevehetővé teszi az eszközt, nem téveszthető össze például a kötszerrel. Fontos ugyanakkor, hogy a nyomtatott szöveg vagy írás jól kivehető, jól olvasható legyen rajta.

Szakértőink érdekesnek tartják mérlegelni, hogy milyen kockázatok merülhetnek fel a speciális ellátási szükségletű betegek kapcsán, illetve azokat hogyan tudják kivédeni. A vakokat és gyengénlátókat ne sorszám szerint szólítsák, hanem alkalmazzanak valamilyen egyértelmű intézményi jelzési/jelölési rendszert. Ilyen lehet például, ha az előjegyzésben eleve megjelölik

az ilyen speciális segítséget igénylő betegeket, vagy hogy ha betegfelvételi pult működik az intézményben, akkor a beteg érkezésekor értesítik a szakrendelést, esetleg oda is kísérik a beteget. Egyetértés volt abban a tekintetben is, hogy a betegcsere szempontjából a legveszélyeztetettebb csoport abból a betegkörből kerül ki, akik aktuálisan viszonylag jól vannak, de váratlanul, hirtelen rosszul lesznek, és már nem tudják azonosítani saját magukat. Tekintettel arra, hogy ez leginkább a sürgősségi betegellátásban részesülő betegek esetében fordul elő, a sürgősségi ellátásra érkező betegeknél is javasolt a karszalagos vagy elektronikus azonosítók felhelyezése.

Kiemelt jelentőségűnek tekintik a betegellátás folyamatában a betegazonosítási pontok meghatározását, szabályozását, oktatását és betartatását. A kompetencia tisztázása is fontos, például hogy az adja ki a leletet, aki azonosít. Az ellátási folyamatban résztvevő összes munkatárs számára oktatást kell tartani, ideértve a diagnosztikában és a betegszállításban dolgozó munkatársakat is. Véleményük szerint a fekvőbeteg-ellátás esetén a műszakátadásokba is be kell építeni a betegazonosítást.

A szervezeti kultúra fejlesztésével kapcsolatban az alábbiak kerültek összegzésre. Fontosnak tartják tudatosítani, hogy akkor is beszélni kell a tévesztésről, ha azt sikerült időben észrevenni és a cserét kivédeni. A megelőzés érdekében az esetek részletes kivizsgálásának, az azokból történő tanulásnak, az indikátorok kigyűjtésének, az elemzésekből származó eredmények dolgozók felé és a szabályozásba történő visszacsatolásának, valamint a megalapozott változtatások bevezetésének kiemelt jelentősége van. A betegek visszajelzései segíthetik a folyamatok fejlesztését.

Járóbeteg-ellátásban dolgozó szakértőnk véleménye az volt, hogy bár a betegcsere/leletcsere a járóbeteg ellátásban is problémát jelenthet, a jelenleg használt NEVES adatlapok inkább fekvőbeteg-specifikusak, a járóbeteg-szakellátásban kevésbé alkalmazhatóak. Ezzel kapcsolatos fejlesztési javaslatait megosztotta velünk, amelyet az adatlap továbbfejlesztése során figyelembe fogunk venni.

Amint látjuk, a szakirodalmi és a szakértői információk alapján számos megoldási javaslat áll rendelkezésre. Bár törekedtünk ezek minél alaposabb összegyűjtésére, minden bizonnyal felmerülhetnek további ötletek (főként a helyi viszonyok ismeretében), amelyek segítségével csökkenteni lehet a betegazonosítási problémából adódó nemkívánatos események kockázatát. Ha egy intézményben megelőző intézkedéseket szeretnének hozni e téma kapcsán, ki kell tudni választani a számos megelőzési lehetőség közül azokat az intézkedéseket, amelyekről a legtöbb eredmény várható.



## 5.5. A VÁLTOZTATÁSI JAVASLATOK KIVÁLASZTÁSA

Az előzőekben ismertettek értelmében a szakirodalmi és a szakértői információk alapján számos megoldási lehetőség áll rendelkezésre. Mindezek értékelése és a megfelelő intézkedések kiválasztása a változtatási lehetőségek közül intézményenként eltérő eredményt hozhat a helyi sajátosságok függvényében.

Így az adott szolgáltató, illetve szervezeti egység szintjén célszerű tovább vizsgálni a szóba jövő megoldásokat és azok bevezethetőségét, fenntarthatóságát. A kiválasztásban segítségünkre lehet az erőter-elemzés, az érdekcsoport-elemzés és a prioritási mátrix, amelyek részleteiről a módszertani útmutató 2. függelékének 11–14. fejezetében találhatóak bővebb információk.

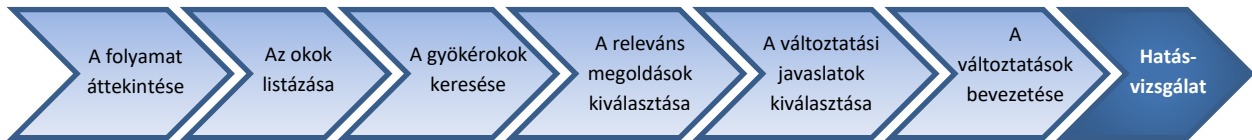
Az esettanulmányon keresztül bemutatjuk a prioritási mátrix használatát is, amely a 7.2.3. fejezetben kerül ismertetésre.



## 5.6. A VÁLTOZTATÁSOK BEVEZETÉSE

A betegcsere és leletcsere megelőzése érdekében bevezetett változtatások támogatásához a módszertani útmutató 3. függeléke ad részletes útmutatást.

A Kotter-féle változtatásvezetési modell nyolc lépésének alkalmazása elősegíti a változtatások eredményes bevezetését és fenntartását. Ezen kívül számos projektmenedzsment-eszköz lehet alkalmazni, mint amilyen például a Gantt-diagram a feladatok ütemezése, áttekintése és nyomon követése érdekében. Alkalmazásával a feladatokat részfeladatokra, határidőkre és felelősökre lehet bontani. Számos esetben szükségessé válhat új szabályozások elkészítése és bevezetése, továbbá a már meglévők módosítása is. Fontos, hogy körültekintően járjunk el, és a szabályozottság elérését elősegítő lépéseket alkalmazzuk. Végezetül a szervezeti kultúra fejlesztésének vonatkozásában is találunk hasznos tanácsokat.



## 5.7. HATÁSVIZSGÁLAT

A változtatás bevezetését követően, pár hónap elteltével hatásvizsgálatot kell végezni. Mindez történhet klinikai audittal, a tevékenység megfigyelésével vagy akár interjú révén. Mindezek alapján megvizsgálható, hogy a hozott intézkedés módosította-e a munkavégzés folyamatát, és hogy milyen esetleges további fejlesztési teendők szükségesek. Amennyiben eddig nem volt bevezetve, a téma vonatkozásában indikátorokat alakíthatunk ki, amelyeket folyamatosan követve, azokat visszajelezve fejleszthetjük tovább a folyamatainkat.

## 6. A SÚLYOS NEMKÍVÁNATOS ESEMÉNYEK KEZELÉSE

„A súlyos nemkívánatos esemény olyan egészségkárosodás, amely nem betegséghez köthető szövődmény, hanem az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó tevékenység vagy annak elmaradása miatt alakul ki, és a beteg egészségi állapotát és/vagy életkilátásait jelentős mértékben rontja. A súlyos nemkívánatos események meghatározása egyrészt egy tételes lista (lásd 9. melléklet), másrészt a súlyossági mátrix besorolása alapján történik”. (NEKED-ajánlás alapján Belicza et al., 2012)

A súlyos nemkívánatos esemény individuális felülvizsgálatot igényel minden előfordulásakor.

A súlyos nemkívánatos események kivizsgálását el kell különíteni a nemkívánatos események előfordulásakor szükséges teendőktől. A betegcsere olyan súlyos nemkívánatos esemény, amely az azonnali, károsodások megelőzését/enyhítését célzó intézkedések mellett soron kívüli kivizsgálást is igényel a további hasonló esetek megelőzése érdekében. Előfordulásakor – a kivizsgálás során – az „Ajánlás adott intézményben kialakult és ott észlelt, súlyos kimenetelű nemkívánatos eseményt követő eljárásra vonatkozóan”, azaz a NEKED-ajánlás alapján (**Nemkívánatos Események Kezelésére Vonatkozó Eljárásrend**) alapján javasolt eljárni. A NEKED-ajánlás alkalmazása a betegellátás biztonságának javításában, a helyzet elfogadásában és kezelésében, a betegek és hozzátartozók támogatásában és a potenciális konfliktushelyzetek megelőzésében, illetve enyhítésében ad segítséget. (NEKED-ajánlás Belicza et al., 2012) Ennek a folyamatábrája a 3. ábrán tekinthető meg.

Bár minden súlyos nemkívánatos eseményt önállóan is kezelni kell, a jelentett esetek együttes vizsgálata is fontos. A NEVES jelentési rendszerbe a betegcsere és a leletcsere témájában a szolgáltatók által beküldött jelentések segítségével lehetőség adódik az esetek kialakulásában szerepet játszó hibák, illetve okok feltárására. Rendszerezni lehet a kiváltó okokat és a hozzájáruló tényezőket. Az így összegyűjtött adatok azért is relevánsak, mert a nagyobb esetszám okán lehetőséget nyújtanak olyan – korábban (az egyedi kivizsgáláskor) rejtve maradt – okok felszínre kerülésére, amelyekkel kapcsolatban szintén intézkedésekre van szükség.

A következő fejezetben egy valós történeten alapuló, fiktív kiegészítéssel bővített eset útján fogjuk bemutatni a NEKED-ajánlás szerinti helyes esetmenedzselést.

Tekintettel arra, hogy az alábbiakban a NEKED-ajánlás intézményi alkalmazására mutatunk példát lépésről lépésre, mindvégig az abban leírtak szerint, annak üzenetei mentén haladtunk. Az esettanulmányban gyakran szerepelnek a NEKED-ajánlással összhangban megfogalmazott gondolatok, ezeket azonban az áttekinthetőség kedvéért nem hivatkoztuk meg minden egyes előfordulási helyen.

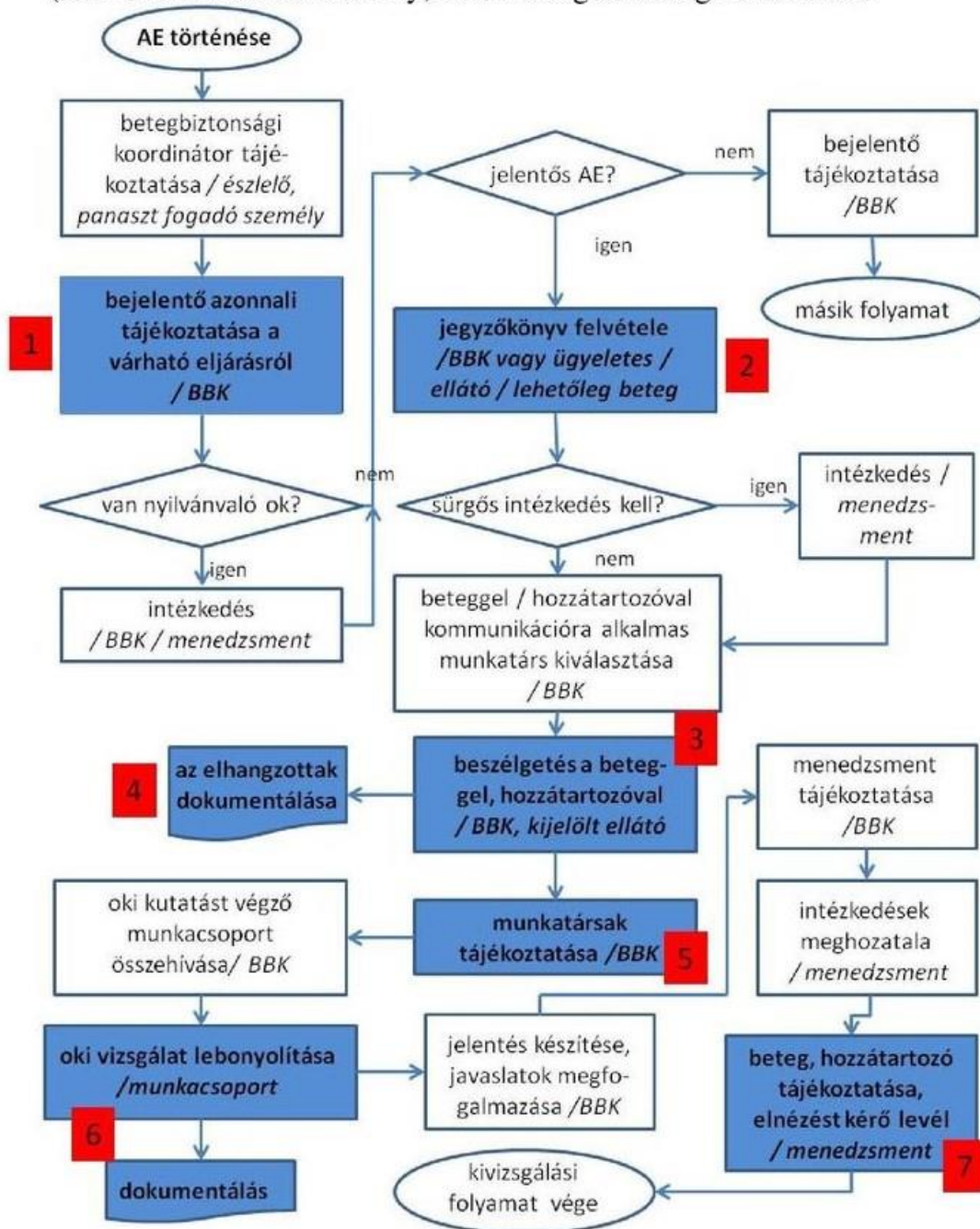
Az esetben ismertetésre kerülő intézmények és személyek, így a betegek, az egészségügyi dolgozók és az azonosító adataik is teljességgel kitaláltak. Minden esetleges egyezés a véletlen műve. Feltüntetésük a teljességgel, a hivatkozásokat, az érthetőséget szolgálja.



## 3. ábra: A NEKED-ajánlás folyamatábrája

(forrás: NEKED-ajánlás Belicza et al., 2012)

(AE= nemkívánatos esemény, BBK: betegbiztonsági koordinátor)



## 7. EGY FIKTÍV BETEGCSERE KIVIZSGÁLÁSA A NEKED-AJÁNLÁS ALAPJÁN

### 7.1. ESETISMERTETÉS

Egy rendelőintézet urológiai szakrendelésén szövettani leletcsere történt.

Két teljesen azonos vezeték- és keresztnévű, valamint egyező születési évű betegnél végeztek prosztatata-biopsziavizsgálatot az urológiai szakrendelésen. A vizsgálatokat mindkét esetben azonos orvos végezte egy héten belül, így a szövettani eredmények egyszerre érkeztek vissza.

A betegazonosítás sajnos nem elég részletesen történt meg, hisz csak a névre, valamint a születési évre vonatkozóan végezték el azt. A betegek anyja neve, a TAJ száma és a többi adat egyeztetése nem zajlott le. Így az ambuláns lagra a másik azonos nevű beteg eredménye került. A szövettani eredmény *adenocarcinoma* volt. Ezzel az ambuláns lappal érkezett a beteg az ellátó kórházba, ahova személyes kapcsolaton keresztül került felvételre.

Annak érdekében, hogy kiderítsék, van-e már áttétje, csontizotóp-vizsgálatot végeztek, amelynek az eredménye negatív lett. Így sor került a műtétre, a beteg prosztatáját eltávolították.

A műtétet követően, az eltávolított prosztatata szövettani vizsgálata kapcsán a vizsgálatot végző patológus telefonált a rendelőintézetbe, hogy teljesen negatív az eredmény, semmi eltérést nem talált, nem is érti, hogy miért került sor a műtétre.

A beteget a rendelőintézeti ambuláns lap alapján operálták meg, az eredeti szövettani eredmény megtekintése nélkül.

A beteg prosztatája teljes mértékben eltávolításra került, a beteg inkontinens és impotens lett, azóta is pelenkával él. Bírósági kártérítési per van folyamatban.

A szakrendelő urológusa elismerte a hibáját. A kórház nem. A rendelőintézetben belső vizsgálat indult az eset hátterének felderítésére.

### 7.2. ESETMENEDZSELÉS A NEKED-AJÁNLÁS ALAPJÁN

#### 7.2.1. Dokumentálás és jegyzőkönyv-felvétel

Nemkívánatos esemény történt.

Az információ – amely felvetette a súlyos nemkívánatos esemény gyanúját – telefonon érkezett egy fekvőbeteg-intézmény szövettani laboratóriumának patológusa részéről. A tájékoztatás a járóbeteg-szakellátás urológiai szakrendelésére, a beteg kezelőorvosa felé

irányult. *Adenocarcinomás* prosztata helyett egy teljesen egészséges prosztata került eltávolításra és vizsgálatra.

Az urológus azonnal utánanézett a számítógépes rendszerben és feltárta az esetet, aminek nyomán igazolást nyert a patológus elmondása. Egymáshoz közeli időszakban két ugyanolyan nevű, azonos évben született beteg került ellátásra, felcserélték a két beteg leletét.

Az urológus azonnal **értesítette** a rendelőintézeti igazgatót és a **betegbiztonsági koordinátort**.

A koordinátor tájékoztatta a bejelentőt, azaz az urológus szakorvost a várható eljárásról.

Nyilvánvaló ok van.

Intézkedés történt.

**A nemkívánatos esemény jelentős mértékű.** A betegcsere a súlyos nemkívánatos események tematikus listáján szerepel (lásd 9. melléklet). **Másik betegen elvégzett műtét** kategóriába sorolt esemény történt, egyben a másik beteg terápiához történő időbeli hozzáférése, azaz időszerűsége sérült.

Jegyzőkönyv felvételére került sor, amelyet a betegbiztonsági koordinátor készített el.

*A jegyzőkönyv feladata az esettel kapcsolatban rendelkezésre álló összes tényadat, információ objektív módon történő rögzítése, és nem a vizsgálat lefolytatása. A jegyzőkönyvet az esetről való értesülést követően a lehető legrövidebb időn belül – a további lehetséges károsodások megelőzésére és a következmények súlyosságának a csökkentésére irányuló intézkedések után – rögzíteni kell. A korai időbeliségnek amiatt is jelentősége van, hogy így nem merülnek feledésbe olyan részletinformációk, amelyeknek hatásuk lehet a kivizsgálásra. A jegyzőkönyv készítése során nem kell foglalkozni a nemkívánatos esemény kialakulásának lehetséges okaival.*

Mielőtt a betegeket visszarendelték, a szolgáltató felkészült a beteggel való találkozóra és kommunikációra, valamint előkészítették a jegyzőkönyveket azon adatok feltöltésével, amelyekről már rendelkeztek információval.

**A felkészülés során az alábbiak kerültek egyeztetésre.**

Kik legyenek jelen:

a szolgáltató részéről:

- a kezelőorvos,
- az ellátásban részt vevő szakasszisztens,
- a rendelőintézet igazgatója,
- az orvosigazgató,

- a vezető asszisztens,
- a betegbiztonsági koordinátor;

az érintett részéről:

mivel **a betegekkel lehetett kommunikálni**, így mindkét beszélgetésen

- a beteg és a hozzátartozója.

Ki vezeti a jegyzőkönyvet és milyen módon:

- a betegbiztonsági koordinátor;
- elektronikusan, számítógépen;
- a jegyzőkönyvvezetést és a személyét a megbeszélés elején el kell fogadtatni és ennek a tényét rögzíteni kell;
- továbbá azt is rögzíteni kell, hogy milyen adatot ismerhet meg a hozzátartozó (az Ön [a beteg] egészségi állapotát érintő érzékeny, bizalmas adatokról lesz szó, hozzájárul Ön mint beteg, hogy a felesége értesüljön ezekről az információkról?).

Ki fogja prezentálni a tényeket, mit fog mondani?

- a kezelőorvos

A megoperált beteg esetében a kezelőorvos a következőt mondja:

Köszönjük, hogy befáradtak. Azért kértük, hogy jöjjenek el hozzánk ma délután, mert egy sajnálatos eseményt kell, hogy közöljünk Önökkel. A mai napon a műtétes kórházból telefonált a kórszövettanról a főorvos úr, és arról számolt be, hogy az eltávolított prosztatata egészséges volt, nem mutatta daganatos megbetegedés jeleit. Két másik munkatársa is megismételte a vizsgálatot, ők sem találtak kóros eltérést az Ön esetében.

Ez egyrészt örömteli esemény, hogy Önnek nem volt daganata, másrészt viszont sajnálatos, hogy egy olyan beavatkozást végeztek el, amelyre nem lett volna szükség. Őszintén sajnálom, hogy ez történt.

Mik lehetnek a felvetődő kérdések és a lehetséges válaszok?

**Kérdés:** Hogy fordulhatott ez elő?

**Válasz:** Nem vagyunk még egészen biztosak afelől, hogy hogyan történhetett, de keressük az okokat és a megoldásokat, és amint lehet, azonnal további tájékoztatással fogunk szolgálni.

**Kérdés:** Mit lehet tenni?

**Válasz:** Segíteni szeretnénk az Ön minél teljesebb és mielőbbi felépülését. Kérésére megszervezzük az Ön további orvosi ellátását, rehabilitációját, igény szerint az otthonápolást, a gyógyászati segédeszköz-ellátást, annak kiszállítást, illetve a szociális segítségnyújtást, emellett az események feldolgozását segítő pszichés támogatást is tudunk nyújtani. Kivizsgáljuk az esetet és tájékoztatni fogjuk Önt az eredményről. Konkrét lépéseket teszünk annak érdekében, hogy ez máskor ne fordulhasson elő. Munkatársaink számára belső továbbképzést is szervezünk a témában.

**Kérdés:** Ki a felelős?

**Válasz:** Lefolytatjuk a vizsgálatot és tájékoztatni fogjuk Önt annak eredményéről. Nagyon sajnáljuk. Mindent megteszünk annak érdekében, hogy mielőbb tájékoztassuk, és hogy ne forduljon elő többet ilyen esemény.

**Kérdés:** Mi történik, ha én most az újsághoz, TV-hez fordulok?

**Válasz:** Természetesen joga van hozzá, bár ez nem fogja megkönnyíteni az Ön életét és az átélt nehézségek feldolgozását. A felajánlott támogatások ebben az esetben is érvényesek, ugyanakkor örülnénk annak, ha megtisztelne bizalmával, és ránk bízna, hogy kivizsgáljuk az ügyet. Fontosnak tartjuk a mielőbbi alapos kivizsgálást, szeretnénk arra, és a megelőző intézkedésekre koncentrálni annak érdekében, hogy ilyen eset többé ne fordulhasson elő. Amennyiben szükségét érzi, panaszával a betegjogi képviselőhöz is fordulhat, az ő elérhetőségeit megtalálja a folyosón lévő plakáton.

Ki fog válaszolni?

- alapvetően a kezelőorvos;
- a kezelőorvos fokozott érzelmi bevonódása esetén elsősorban az orvosigazgató, a kérdés jellegétől függően szükség esetén a rendelőintézet igazgatója.

A műtéti ellátásban nem részesült beteg esetében a kezelőorvos a következőt mondja:

Köszönjük, hogy befáradtak. Azért kértük, hogy jöjjenek el hozzánk ma délután, mert egy sajnálatos eseményt kell, hogy közöljünk Önökkel. A mai napon felmerült annak a gyanúja, hogy nem a megfelelő szövettani eredményt kapta meg az urológiai szakrendelésen. Az Ön tényleges eredménye sajnos rosszindulatú daganat. Mielőbb további vizsgálatokra és műtéti ellátásra van szüksége. Őszintén sajnálom, hogy ez történt.

### Mik lehetnek a felvetődő kérdések és lehetséges válaszok?

**Kérdés:** Hogy fordulhatott ez elő?

**Válasz:** Nem vagyunk még egészen biztosak afelől, hogy hogyan történhetett, de keressük az okokat és a megoldásokat, és amint lehet, azonnal további tájékoztatással fogunk szolgálni.

**Kérdés:** Mit lehet tenni?

**Válasz:** További sürgős vizsgálatokat kell végeznünk a diagnózis megerősítése céljából. A vizsgálatok eredményétől függően nagy valószínűséggel kórházban végzett műtetre, a prosztatata eltávolítására lesz szükség. Segítünk a vizsgálatok gyors megszervezésében, a kórházi orvos megtalálásában és a műtét időpontjának gyors kijelölésében. Igény esetén az események feldolgozását segítő pszichés támogatást is nyújtunk, illetve a lábadozás idejére szükség szerint megszervezzük a rehabilitációt, az otthonápolást, a gyógyászati segédeszköz-ellátást, annak kiszállítását, illetve a szociális segítségnyújtást. Kivizsgáljuk az esetet és tájékoztatni fogjuk Önt az eredményről. Konkrét lépéseket teszünk annak érdekében, hogy ez máskor ne fordulhasson elő. Munkatársaink számára belső továbbképzést is szervezünk a témában.

**Kérdés:** Ki a felelős?

**Válasz:** Lefolytatjuk a vizsgálatot és tájékoztatni fogjuk Önt annak eredményéről. Nagyon sajnáljuk. Mindent megteszünk annak érdekében, hogy mielőbb tájékoztassuk, és hogy ne forduljon elő többet ilyen esemény.

**Kérdés:** Ez a késlekedés mit eredményez a betegségem szempontjából?

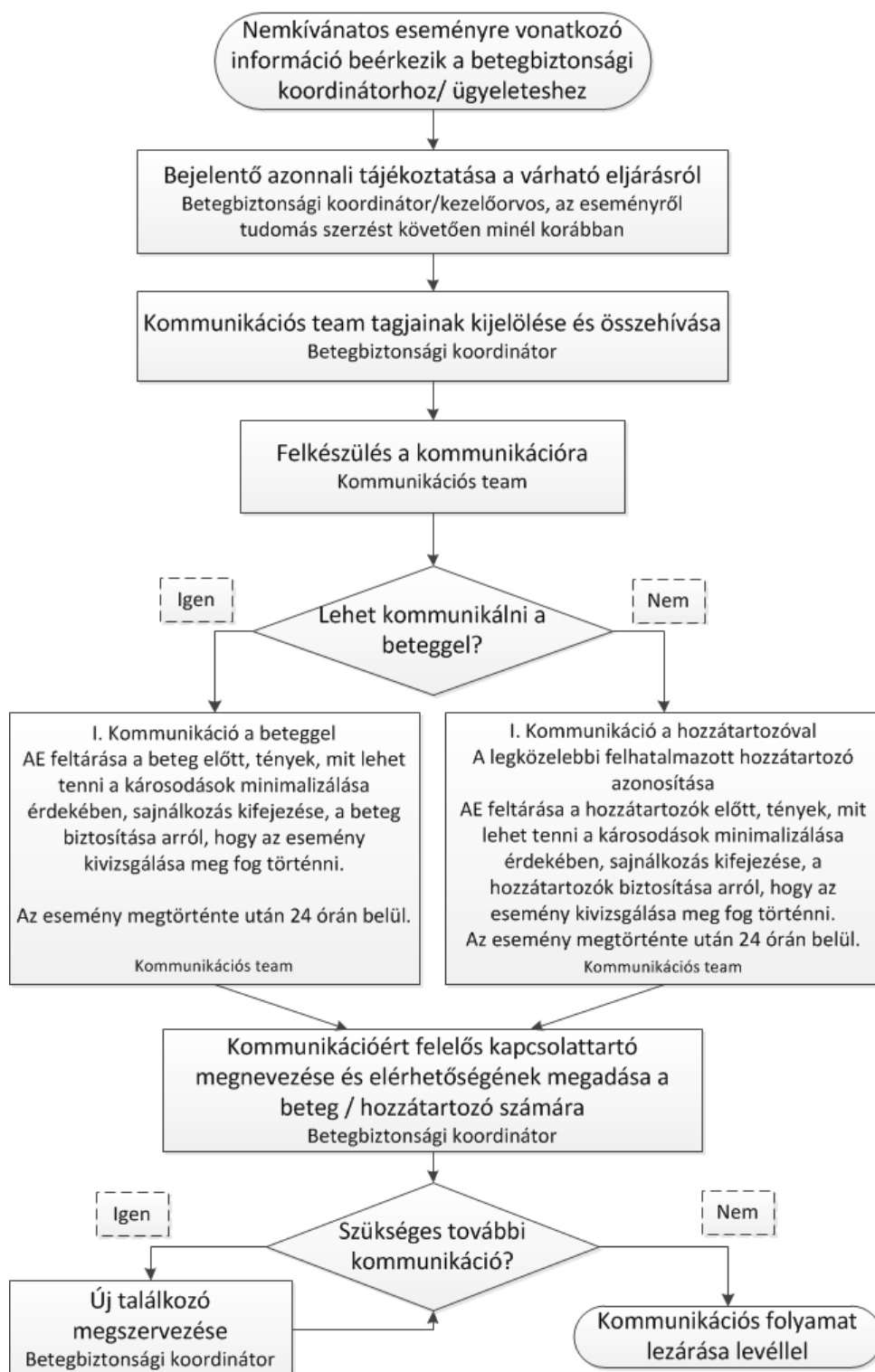
**Válasz:** Tudom, hogy aggasztja, ami történt. Mivel kiemelten, sürgősséggel szervezzük meg a szükséges vizsgálatokat és a műtétet, a késedelem nem lesz jelentős mértékű, csupán néhány nap különbséget jelent ez a normál előjegyzés szerint végzett műtétkezéssel képest.

### Ki fog válaszolni?

- alapvetően a kezelőorvos;
- a kezelőorvos fokozott érzelmi bevonódása esetén elsősorban az orvosigazgató, a kérdés jellegétől függően szükség esetén a rendelőintézet igazgatója.

Az alábbi, 4. ábrán foglaljuk össze és segítjük a beteggel, illetve a hozzátartozóval történő kommunikáció folyamatát.

4. ábra: **A beteggel és a hozzátartozóval történő kommunikáció folyamatábrája** (forrás: NEKED-ajánlás)



A felvett virtuális jegyzőkönyvek az alábbiakban kerülnek bemutatásra („Jegyzőkönyv 1.”: a megoperált beteg; „Jegyzőkönyv 2.”: a műtétben nem részesült beteg).

**JEGYZŐKÖNYV 1.** (A NEKED-ajánlásban található minta szerint elkészítve)

**A beszélgetés helyszíne:** Budapest, XXX. kerületi Rendelőintézet, Igazgatóság

**Dátuma:** 2019. 10. 11., ideje: 16:30–17:45

A jegyzőkönyvvezető bemutatásra került, a személyét és a jegyzőkönyvvezetés tényét elfogadták.

A beteg hozzájárul ahhoz, hogy a felesége minden adatot, információt megismerhet.

Jelenlévő személyek:

Beteg: Kovács Sándor	Telefon: +36-1-111-1111 Lakcím: Budapest 1301 Fő utca 111. E-mail: –
Hozzá tartozó vagy képviselője: Kovács Sándorné	Telefon: +36-1-111-1111 Lakcím: Budapest 1301 Fő utca 111. E-mail: –

Az ellátó intézmény részéről jelen van	Beosztás	Osztály, részleg	Telefon
Dr. Szabó István	urológus szakorvos	urológiai szakrendelés	+36-1-222-2222
Kovács Ágnes	szakasszisztens	urológiai szakrendelés	+36-1-222-2222
Dr. Pekk Péter	rendelőintézet-igazgató	igazgatóság	+36-1-333-3333
Dr. Kis József	orvosigazgató	igazgatóság	+36-1-444-4444
Molnár Piroska	vezető asszisztens	igazgatóság	+36-1-555-5555
Lázár Éva	betegbiztonsági koordinátor	minőségirányítási osztály	+36-20-123- 4567

Az esemény rövid, tényszerű összefoglalása:

A mai napon, 2019. 10. 11-én 10:30-kor X. Z. fekvőbeteg-intézmény szövettani laboratóriumának patológus főorvosa, Dr. Tóth János részéről (pecsétszám: 11111) telefonon megkeresés érkezett az urológiai szakrendelésre Dr. Szabó István szakorvos felé (pecsétszám: 55555). A patológus közölte, hogy nem érti, miért kellett Kovács Sándor beteg esetében



(született: 1955. 01. 01., TAJ: 123-456-789, anyja neve: Nagy Ilona, lakcím: Budapest 1301 Fő utca 111.) prosztatatektómiát végezni, hiszen az eltávolított szerv szövettani elváltozástól mentes. A diagnózisban jelzett *adenocarcinomás* elváltozás jeleit a munkatársaival történt többszöri, egymástól független vizsgálattal sem tudták igazolni. Másodlelelező munkatársak: Dr. Pap Mária főorvosnő (pecsétszám: 22222), Dr. Pál András szakorvos (pecsétszám: 33333). A felállított szövettani diagnózis egyöntetűen sine morbo, kóros szövettani elváltozás nem észlelhető.

A beteg ellátásának időtartama: 2019. 08. 12–2019. 10. 11.

Tételesen az ellátások időpontjai és helyszínei:

- 2019. 08. 12. XXX. kerületi Rendelőintézet, urológiai szakrendelés: vizsgálat, vérvétel
- 2019. 08. 12. Laboratórium: PSA meghatározása
- 2019. 08. 19. XXX. kerületi Rendelőintézet, urológiai szakrendelés: kontrollvizsgálat
- 2019. 08. 23. XXX. kerületi Rendelőintézet, urológiai szakrendelés: prostata-biopszia – mintavétel
- 2019. 08. 23. X. S. Kórház Szövettani Laboratórium: prostata-biopszia minta vizsgálata
- 2019. 09. 09. XXX. kerületi Rendelőintézet urológiai szakrendelés: kontrollvizsgálat, eredmény-megbeszélés
- 2019. 09. 12. X. Z. Kórház, urológiai szakrendelés: vizsgálat, további kivizsgálás megbeszélése
- 2019. 09. 16. X. Z. Kórház, Nukleáris Medicina Labor: csont-szcintigráfia-vizsgálat
- 2019. 09. 25–2019. 10. 02. X. Z. Kórház: urológiai osztályos ápolás, 2019. 09. 26-án műtét: radikális prosztatatektómia
- 2019. 10. 11. X. Z. Kórház, patológia: szövettan
- 2019. 08. 23-án történt prostata-biopszia, amelynek az eredményéért kontrollvizsgálatra érkező vizit során 2019. 09. 09-én másik beteg szövettani eredménye került a páciens ambuláns lapjára rögzítésre. A szakrendelésen szolgálatot teljesítő személy Dr. Szabó István szakorvos (pecsétszám: 55555) és Kovács Ágnes szakasszisztens (működési nyilvántartási szám: 777777) volt. A beteg a szövettani leletet nem kapta meg. Az urológiai ambuláns lap alapján folytatódott tovább a betegút. Az orvos–beteg-találkozás során rendkívüli körülmény nem állt fenn.

A beteg klinikai állapotváltozásának leírása és a beteg, valamint segítője által elmondottak összefoglalója:

A beteg és családja nem észlelt semmit a problémából. Megdöbbenve és sérelmezve fogadják, hogy mindez bekövetkezett. Nem tudják elképzelni, hogy „ez hogyan fordulhatott elő”. A felelős megnevezését kérik.

Az intézmény részéről felajánlott segítségék és az ajánlatok fogadása:

A rendelőintézet felajánlotta a további szükséges ellátás megszervezését (orvosi ellátás, rehabilitáció, otthonápolás, gyógyászati segédeszköz-ellátás, szociális segítségnyújtás), ezekre a beteg jelen állás szerint igényt tart. A pszichés támogatást nem kívánja igénybe venni. A kivizsgálás eredményéről szóló tájékoztatást feltétlenül elvárja.

A további követés terve:

Az intézmény részéről kijelölt kapcsolattartó elérhetőségeit a beteg számára átadtuk. A kapcsolattartó neve, beosztása és elérhetősége: Lázár Éva betegbiztonsági koordinátor, Minőségirányítási Osztály, I. emelet 111. szoba Tel.: +36-20-123-45-67; e-mail: lazar.eva@rendelointezet.hu.

A kijelölt kapcsolattartó lesz a beteg segítségére a felajánlott ellátások megszervezésében. A betegnek időre és jogi segítségre van szüksége, hogy átgondolja a továbbiakat. Jelentkezni fog a napokban.

Megtörtént-e a nemkívánatos eseménnyel kapcsolatos sajnálkozás kifejezése?

igen    nem

A sajnálkozás kifejezésének / annak elmaradásának fogadása:

A beteg és felesége jelenleg úgy érzi, nem tudja megbocsátani a történeteket.

Kijelentjük, hogy ez a dokumentum valós leírása a lezajlott párbeszédnek.

Beteg vagy képviselője aláírása:

Dátum: 2019. 10. 11.

olvasható név: Kovács Sándor

Amennyiben a beteg vagy képviselője elzárkózik az aláírás elől, az elzárkózás okának rövid leírása: –

Felelős (a jelenlévő legmagasabb beosztású dolgozó) aláírása:

Dátum: 2019. 10. 11.

Dr. Pekk Péter, pecsétszám: 44444

Tanúsítja:

aláírás

Betegbiztonsági koordinátor

Dátum: 2019. 10. 11.

olvasható név: Lázár Éva, működési nyilvántartási szám: 666666

Osztály: Minőségirányítási Osztály

Készült 3 példányban.

Kiosztási lista:

1. betegdokumentáció része
2. további kivizsgálás részére
3. beteg példánya

**JEGYZŐKÖNYV 2.** (A NEKED-ajánlásban található minta szerint elkészítve)

**Beszélgetés helyszíne:** Budapest, XXX. kerületi Rendelőintézet, Igazgatóság

**Dátuma:** 2019. 10. 11., ideje: 15:00–16:00

A jegyzőkönyvvezető bemutatásra került, a személyét és a jegyzőkönyvvezetés tényét elfogadták.

A beteg hozzájárul ahhoz, hogy a felesége minden adatot, információt megismerhet.

Jelenlévő személyek:

Beteg: Kovács Sándor	Telefon: +36-1-777-7777 Lacím: Budapest 1301 Fő utca 154. E-mail: –
----------------------	---

Hozzá tartozó vagy képviselője: Kovácsné Tóth Mária	Telefon: +36-1-777-7777 Lakcím: Budapest 1301 Fő utca 154. E-mail: –
--	--

Az ellátó intézmény részéről jelen van	Beosztás	Osztály, részleg	Telefon
Dr. Szabó István	urológus szakorvos	urológiai szakrendelés	+36-1-222-2222
Kovács Ágnes	szakasszisztens	urológiai szakrendelés	+36-1-222-2222
Dr. Pekk Péter	rendelőintézet-igazgató	igazgatóság	+36-1-333-3333
Dr. Kis József	orvosigazgató	igazgatóság	+36-1-444-4444
Molnár Piroska	vezető asszisztens	igazgatóság	+36-1-555-5555
Lázár Éva	betegbiztonsági koordinátor	minőségirányítási osztály	+36-20-123- 4567

Az esemény rövid, tényszerű összefoglalása:

A mai napon, 2019. 10. 11-én 10:30-kor érkezett egy telefonhívás, amely alapján kiderült, hogy két beteg szövettani leletét felcserélték. Az egyik beteg, aki érintett az eseményben, sajnos Ön. Önnél egy másik beteg eredménye van. Az Ön eredménye sajnos rosszindulatú daganatos elváltozást jelez, így mielőbb további kivizsgálásra és kezelésre van szüksége.

A beteg több intézményen és szervezeti egységen átívelő ellátásának intervalluma: 2019. 08. 13–2019. 10. 11.

Tételesen az ellátások időpontjai és helyszínei:

- 2019. 08. 13. XXX. kerületi Rendelőintézet, urológiai szakrendelés: vizsgálat, vérvétel
- 2019. 08. 13. Laboratórium: PSA meghatározása
- 2019. 08. 21. XXX. kerületi Rendelőintézet, urológiai szakrendelés: kontrollvizsgálat
- 2019. 08. 26. XXX. kerületi Rendelőintézet, urológiai szakrendelés: prosztatabiopszia – mintavétel
- 2019. 08. 26. XS Kórház, Szövettani Laboratórium: prostata-biopszia minta vizsgálata
- 2019. 09. 12. XXX. kerületi Rendelőintézet, urológiai szakrendelés: kontrollvizsgálat, eredménymegbeszélés

- 2019. 08. 26-án történt prosztatata-biopszia, amelynek az eredményéért kontrollvizsgálatra érkező vizit során, 2019. 09. 12-én másik beteg szövettani eredménye került a páciens ambuláns lapjára rögzítésre. A szakrendelésen szolgálatot teljesítő személy Dr. Szabó István szakorvos (pecsétszám: 55555) és Kovács Ágnes szakasszisztens (működési nyilvántartási szám: 777777) volt. Az orvos–beteg-találkozás során rendkívüli körülmény nem állt fenn.

A beteg klinikai állapotváltozásának leírása és a beteg, valamint segítője által elmondottak összefoglalója:

A beteg és felesége megértette az elhangzottakat. Elfogadták a további ellátás, a sürgős további vizsgálatok szükségességét. Érdeklődnek afelől, hogy az idővesztés mit jelent az ő esetükben. Teljes bizonyossággal kérik a diagnózis meghatározását, második szakorvosi véleményt kérnek.

Az intézmény részéről felajánlott segítség és az ajánlatok fogadása:

A rendelőintézet biztosítja az ellátás folyamatosságát, valamint az elkötelezettségét arra vonatkozóan, hogy bármikor elérhetőek lesznek, akár ellátásról vagy támogatásról legyen szó.

Meghatározásra került az intézmény részéről a kapcsolattartó neve, beosztása, elérhetősége: Lázár Éva betegbiztonsági koordinátor, Minőségirányítási Osztály, I. emelet 111. szoba Tel.: +36-20-123-45-67; e-mail: lazar.eva@rendelointezet.hu.

Felajánlottuk segítségünket a beteg és családja részére arra az esetre, ha más intézeti vagy azon kívüli szakemberrel szeretne további vizsgálatot vagy éppen a betegút megszervezését.

A további információkkal kapcsolatban abban egyeztünk meg, hogy újabb prosztatata-biopsziát végzünk a következő munkanapon, és sürgős szövettani eredményt kérünk. Időpontot foglalunk a további kiegészítő vizsgálatokra, továbbá fekvőbeteg-gyógyintézetben műtéti ellátásra. Amennyiben nem igazolódik be a tumor, azok lemondásra kerülnek. A további megbeszélésekre és gyógykezelésekre felajánljuk intézeti gépkocsival a szállítást. A beteg elfogadja és megköszön minden támogatást.

A további követés terve:

Egyeztettük a további vizsgálatok ütemezését, a diagnózis megerősítésével és a kivizsgálással kapcsolatos teendőket. Hétfőn reggel, 2019. 10. 14-én 8 órára a beteg szövettani mintavételre érkezik, a mintát rögtön elszállíttatjuk vizsgálatra. A patológussal a vizsgálatot telefonon előzetesen egyeztetjük, az eredményt sürgősséggel kérjük.

Megtörtént-e a nemkívánatos eseménnyel kapcsolatos sajnálkozás kifejezése?

igen    nem

A sajnálkozás kifejezésének / annak elmaradásának fogadása:

A beteg és a felesége elfogadta.

Kijelentjük, hogy ez a dokumentum valós leírása a lezajlott párbeszédnek.

Beteg vagy képviselője aláírása:

Dátum: 2019. 10. 11.

olvasható név: Kovács Sándor

Amennyiben a beteg vagy képviselője elzárkózik az aláírás elől, az elzárkózás okának rövid leírása: –

Felelős (a jelenlévő legmagasabb beosztású dolgozó) aláírása:

Dátum: 2019. 10. 11.

Dr. Pekk Péter, pecsétszám: 44444

Tanúsítja:

aláírás

Betegbiztonsági koordinátor

Dátum: 2019. 10. 11.

olvasható név: Lázár Éva, működési nyilvántartási szám: 666666

Osztály: Minőségirányítási Osztály

Készült 3 példányban.

Kiosztási lista:

1. betegdokumentáció része
2. további kivizsgálás részére
3. beteg példánya

**Sürgős intézkedés vált szükségessé.** A ténylegesen *adenocarcinomás* beteg értesítésére volt szükség, hogy mielőbb megkezdődhessen a szakszerű ellátása. Ezen intézkedést az urológus orvos tette meg.

## 7.2.2. A kommunikáció

Miután megérkezett az információ a leletcseréről, a betegeket huszonnégy órán belül értesítették. Két megbeszélés vált szükségessé, mivel két beteg volt érintett az eseményben. Mindkét beteg aznap délutánra vissza lett rendelve a szakrendelő igazgatóságára. A tájékoztatás nem telefonon történt meg.

Kiválasztották a beteggel és a hozzátartozóval kommunikáló munkatársakat.

Az elsődleges kommunikációs *teamet* az alábbi személyek alkották:

- a kezelőorvos;
- az ellátásban részt vevő szakasszisztens;
- a rendelőintézet igazgatója;
- az orvosigazgató;
- a vezető asszisztens;
- a betegbiztonsági koordinátor (aki egyben a jegyzőkönyvvezető is).

A két megbeszélés egymástól elkülönülten zajlott, egymást követő pár órán belül, ahogy a betegek és hozzátartozóik szabaddá tudták tenni magukat. A beszélgetésre az esetben érintett két személlyel és hozzátartozóival a Rendelőintézet igazgatósági tárgyalójában került sor munkaidő után, a telefonokat lenémítva, a vezetékes telefont foglalt helyzetbe helyezve, a titkárnő által biztosított megszakításmentes, nyugodt környezetben.

A kommunikációra a munkatársak közösen felkészültek, előre jól átgondolták, megbeszélték, mit kell és mit nem kell tartalmaznia a beszélgetésnek.

Tárgyszerűségere törekedtek, rögzítették a beszélgetés fő pontjait:

- mi történt;
- mikor történt;
- mikor került felfedezésre a leletcsere;
- milyen vizsgálatok történtek azóta és milyen további vizsgálatok fognak történni.



A kommunikáció során az alábbi elvek érvényesülésére kiemelten figyeltek:

- felkészültség, jól átgondolt mondanivaló;
- őszinteség, együttérzés, empátia;
- visszakérdezés, meggyőződés, hogy a beteg és hozzátartozója megértette-e az elmondottakat;
- a sajnálat hangsúlyozása, egyértelmű bocsánatkérés;
- az ellátás folyamatosságának biztosítása;
- az elkötelezettség biztosítása: folyamatos elérhetőség mind az ellátás, mind a támogatás tekintetében;
- ki lesz/lehet az ellátást folytató potenciális személy;
- segítség felajánlása, ha a beteg más szakembert vagy intézményt szeretne választani
- a személy kijelölése, aki a kapcsolatot fogja tartani a továbbiakban a beteggel;
- kommunikációs terv felállítása (mikor lesz további információ);
- jegyzőkönyv készítése, vezetése.

Tudatosan figyeltek a megfelelő kommunikációra, a kommunikációs hibák elkerülésére:

- felkészültek előre a megbeszélésre;
- előre megtervezték a kommunikáció tartalmát, kerülték a spontán kommunikációt;
- figyeltek a megfelelő, nyugodt környezetre, időzítésre;
- kijelöltek egy személyt a beszélgetés irányítására;
- figyeltek arra, hogy lehetőleg csak a beszélgetést irányító személy nyilatkozzon;
- kerülték az ellentmondásos információk közlését;
- csak a biztos információk átadására törekedtek, kerülve a félinformációk kiadását;
- együttérzésüket, sajnálkozásukat kifejezték;
- nem tagadták a megtörtént eseményt;
- kerülték a vádaskodást;

- kerülték a magyarázkodást;
- nem tettek utólag számonkérhető, megalapozatlan kijelentéseket.

#### Utólagos kommunikáció, folyamatos beteg-hozzátartozó támogatás

Az utólagos tájékoztatók is előre tervezett módon zajlottak le, jegyzőkönyvben dokumentáltak, hitelesítve. A betegek és hozzátartozóik részére a kellemetlenségek csökkentése érdekében felajánlottuk a szállításukat intézményi járművel az otthonuk és a Rendelőintézet között.

A betegeket biztosítottuk arról, hogy a hasonló események előfordulásának elkerülése érdekében intézkedéseket teszünk, és ennek részleteit megosztjuk az érintett betegekkal.

Az egyik beteg részéről felvetett peres eljárással kapcsolatban felajánlottuk részére a peren kívüli egyezség lehetőségét. Tájékoztattuk a menetéről. A kommunikációért a betegbiztonsági koordinátor volt a felelős mindkét beteg esetében, telefonos, e-mailes és fizikai elérhetősége megadásra került az érintettek és hozzátartozóik részére.

#### Kommunikáció az érintett dolgozók felé

A szakrendelés érintett dolgozóit, a szakorvost és a szakasszisztenszt bevontuk a teljes vizsgálati folyamatba. Az információ a szakorvoshoz érkezett, az asszisztenssel azonnal megbeszélték és utánanéztek, hogy mi történhetett. Közösén értesítették a történetekről a felettest és a betegbiztonsági koordinátort. Mind a két beteggel folytatott beszélgetésen és a jegyzőkönyv felvételekor jelen voltak, illetve a felkészülésben és a teljes folyamatban is.

#### Kommunikáció a szervezeti egység felé

A szervezeti egységben más személy nem teljesít munkavégzést a fent említett érintetteken kívül. Amennyiben lenne más érintett is, akkor megfelelő körülmények között, belső körben, az alkalmas időben és helyiségben szükséges lebonnyolítani az ezzel kapcsolatos tájékoztatást.

Ismertetni kell a tényeket, azt, hogy mi történt és mik a beteg további lehetőségei az állapot rendezése irányában, továbbá az oki vizsgálat lefolytatásáról is tájékoztatást kell nyújtani. Fontos hangsúlyozni, hogy mentegetőzés és klikkesedés ne alakuljon ki.

### Kommunikáció az intézmény eseményben nem érintett egységei, munkatársai felé

Az intézmény egyéb, az eseményben nem érintett szervezeti egységei felé történő kommunikációt jó, ha a betegbiztonsági koordinátor készíti elő és hangolja össze. Súlyos kimenetelű, nagy médiavisszhangot kiváltó esetekben szükség lehet a munkatársak erkölcsi támogatására, illetve arra vonatkozó útmutatásra, hogy ki milyen információt és hogyan kommunikálhat az intézményből kifelé az eseménnyel kapcsolatban. Az egyes szervezeti egységek között konfliktusok alakulhatnak ki, valamint a munkatársak részéről információk kiszivárogtatása fordulhat elő.

### Külső médiakommunikáció

Fel kell ismerni saját szerepünk súlyát a folyamatban. Az intézmények saját érdeke a még folyamatban lévő ügy esetében is a kiegyensúlyozott híradás, ami előre felkészülten, előzetes ellenőrzés alapján történhet. Egyszerű válaszok és tények közlésére van szükség. Együttérzést kell kifejezni. Az „egy kérdés – egy válasz” elvét kell preferálni. Mindig a beteg után kell nyilatkozni. A kivizsgálásra és a tanulságok levonására kell koncentrálni. Ragaszkodni kell a vetítés előtti megtekintés jogához. A nyilatkozónak orvosnak vagy szóvivőnek kell lennie.

### **7.2.3. Egyedi oki vizsgálat és intézkedések**

Az alábbi kérdésekre igyekeztek választ kapni:

- Mi történt?
- Miért történt?
- Mit szükséges annak érdekében tenni, hogy ne forduljon elő újra?

A betegbiztonsági koordinátor megállapította, hogy az esemény a súlyos nemkívánatos események listájában szerepel, mint „másik betegen elvégzett műtét”.

Formális döntés született a vizsgálat lefolytatásának szükségességéről.

A betegbiztonsági koordinátor vizsgáló *team*et állított fel és indító megbeszélést szervezett. A *teamben* az érintett munkatársak (szakorvos, asszisztens, valamint a vezetés) vettek részt. A koordinátor összefoglalta a fent ismertetett célokat és a vizsgálat módszerét. Biztosította a tagokat arról, hogy nem a hibást keresik. Megbeszéltek, hogy mely napokon, egy héten belül kb. kétszer két órás időtartamban (2019. 10. 14. 16:00–18:00, 2019. 10. 17. 16:00–18:00) fognak tanácskozni. Az időpont munkaidő utáni, a helyszín egy semleges helyiség (a szociális helyiség) lesz, és teljes titoktartás mellett tanácskoznak.

### A nemkívánatos eseményt megelőző lépések sorozatának azonosítása

A betegbiztonsági koordinátor összekészítette az esettel kapcsolatban fellelhető valamennyi információt és dokumentumot (ambuláns lapok, szövettani eredmények, a betegek vizsgálatának kronologikus megjelenítése, napi betegforgalmi napló, jegyzőkönyv, ill. a beteg egyéb dokumentumai).

Mintegy a lépéssorozatot figyelembe véve folyamatábrát készített, a „**mi történt**” kérdésre koncentrálna.

### A lehetséges befolyásoló tényezők azonosítása és a szakmai megbeszélés

Az első szakmai megbeszélés alkalmával a lépéssor megbeszélése és jóváhagyása után ötletbörzét tartottak. A cél az volt, hogy mindenkiben ugyanaz a kép legyen jelen az eseményről. Nem az okokkal és javaslatokkal foglalkoztak, hanem a tényekkel, és igyekeztek felülről tekinteni a történésekre.

A lehetséges befolyásoló tényezők ötletbörzéjét folytatták le.

Az alábbiak hangzottak el: kevés idő; rutinszerű munkavégzés; telefonok; megzavarás; kapkodás; stressz; kopogtatás; rövid orvos–beteg-találkozás; sok hasonló típusú vizsgálat; fáradtság; leletek tárolása; leletek előkészítése; betegazonosítás módja; betegazonosító adatok közötti nagymértékű hasonlóság; két vizsgálat között eltelt idő rövideje.

Majd ugyanezen megbeszélés második részében a lehetséges okokra, a „**miért, hogyan történhetett**” kérdésre próbáltak válaszolni. A személyeskedés elkerülésére hívták fel a figyelmet. Válaszokat nem lehetett adni, csak kérdéseket feltenni.

Az alábbi kérdések kerültek felszínre: Kevés volt az idő? Sok beteg volt előjegyezve? Helyettesített valaki? Volt valami zavaró tényező? Késés volt? Közeledett a munkaidő vége? Elég alapos eljárás történt? Szabályzat szerinti munkavégzés történt? Volt a témában oktatás? Mikor oktatták utoljára a témát? Elkérték a beteg okmányait? Milyen okmányok lettek elkérve? Le lettek ellenőrizve az adatok? Milyen módszerrel? Pozitív betegazonosítás történt? A betegösszerendelés minden ponton megtörtént? Oda lett adva a betegnek a lelet? Meg lett kérve a beteg, hogy ellenőrizze a leletén az adatait? A betegnél fennállt valamilyen kockázati tényező? Kiemelt kockázati csoportba tartozott a páciens a betegcsere szempontjából?

Majd a **lényeges érdemi kérdéseket összerendezték, és ezekre válaszoltak.**

A feltételezett kiváltó okokról a betegbiztonsági koordinátor anyagot állított össze. Az okok hátterét a „Miért?” kérdések sorozatával igyekeztek feltárni, összegyűjtve ezzel a gyökérokokat. A gyökérok elemzést a 3. táblázatban mutatjuk be.

3. táblázat: Gyökérok-elemzés (forrás: saját szerkesztés)

Fő tényező	Ok – 1. szint	Ok – 2. szint	Ok – 3. szint	Ok – 4. szint	Ok – 5. szint
<b>Módszer</b>					
	az azonosítás nem kellően alapos				
		nincs érvényes szabályozás az azonosítás helyes elvégzésére vonatkozóan			
		az azonosítás általában csak egy okmány (TAJ-kártya) alapján történik, csak a név és a születési év alapján			
			helytelen szokás		
				nem tartják fontosnak, nem érzik a jelentőségét	
				példamutatás hiánya	
				ellenőrzés hiánya	
		nem tudják, hogyan kell helyesen elvégezni			
			ismerethiány		
				a témával kapcsolatos formális vagy informális oktatás fellelhető időn belül nem zajlott le	
				a dolgozók belső oktatási rendszerének hiányossága	
	elmaradt a betegek bevonása az azonosításba				
		nem történt pozitív betegazonosítás			
			nem a napi rutin része		
		távozás előtt nem kérték meg a betegeket az ambuláns lapon szereplő adataik ellenőrzésére			
			nem a napi rutin része		
		a betegek nem rendelkeznek információval arról, hogy ők hogyan segíthetik az azonosítást			
	a betegek csak az ambuláns lapot kapták meg, az eredeti szövettani leletet nem				
		a szövettani lelet egy példányban papír alapon érkezik, és kötelező megőrizni			
		a szövettani eredményt bemásolták az ambuláns lapra (azonosító adatok nélkül)			
			ez volt a megszokott eljárás, amivel kapcsolatban korábban nem merült fel kifogás		
<b>Körülmények</b>					
	sietség, kapkodás				
		kevés az egy vizitre jutó idő			
	sok a megzavarás (telefon, kopogtatás stb.)				

		rendelési időben a rendelőben is kérnek előjegyzési időpontot
		a rendelési idő csúszása miatt sok a türelmetlen beteg, akik bekopognak
		kevés az egy vizitre jutó idő

A **második szakmai team-megbeszélés** alkalmával az elkészült anyagot áttekintették, és a gyökérokra koncentrálnak, azt keresve feltették azt a kérdést, hogy ha ezt a gyökérokot megszüntették volna, akkor megakadályoztuk volna a nemkívánatos esemény kialakulását? Megtörtént a végső kiváltó okok megvitatása.

A megállapított gyökérok az alábbiak voltak:

- nincs érvényes szabályozás az azonosítás helyes végzésére vonatkozóan;
- nem tartják fontosnak, nem érzik a jelentőségét;
- a példamutatás hiánya;
- az ellenőrzés hiánya;
- a dolgozók belső oktatási rendszerének hiányossága;
- a betegek bevonása az azonosításba nem a napi rutin része;
- a betegek nem rendelkeznek információval arról, hogy hogyan segíthetik ők maguk is az azonosítást;
- a szövettani lelet egy példányban papír alapon érkezik, és kötelező megőrizni;
- a szövettani lelet ambuláns lapra történő bemásolása volt a megszokott eljárás, amivel kapcsolatban korábban nem merült fel kifogás;
- kevés az egy vizitre jutó idő;
- a rendelési időben a rendelőben is kérnek előjegyzési időpontot.

Ezekre a gyökérokra kockázati mátrix készült. A szakértők véleménye alapján értékelésre kerültek a gyökérok az előfordulási gyakoriságuk és a következményeik súlyossága alapján. A téma specialitása okán, mivel súlyos nemkívánatos eseményről van szó, a következmény súlyosságát minden ok esetében egységesen katasztrofálisnak tekintettük. A kockázati mátrix eredménye a 4. táblázatban kerül bemutatásra.

4. táblázat: **Kockázati mátrix** (forrás: saját szerkesztés)

Okok	Előfordulás	Következmény súlyossága	Kockázati érték
	Gyakran – 4 pont Alkalomszerűen – 3 pont Ritkán – 2 pont Elvétve – 1 pont	Katasztrofális – 4 pont Súlyos – 3 pont Mérsékelt – 2 pont Kicsi – 1 pont	
nincs érvényes szabályozás az azonosítás helyes elvégzésére vonatkozóan	4	4	16
nem tartják fontosnak, nem érzik a jelentőségét	3	4	12
a példamutatás hiánya	4	4	16
az ellenőrzés hiánya	4	4	16
a dolgozók belső oktatási rendszerének hiányossága	4	4	16
nem a napi rutin része	4	4	16
a betegek nem rendelkeznek információval arról, hogy ők hogyan segíthetik az azonosítást	3	4	12
a szövettani lelet egy példányban papír alapon érkezik, és kötelező megőrizni	4	4	16
ez volt a megszokott eljárás, amivel kapcsolatban korábban nem merült fel kifogás	4	4	16
kevés az egy vizitre jutó idő	4	4	16
rendelési időben a rendelőben is kérnek előjegyzési időpontot	3	4	12

A kockázati mátrixban néhány kivételtől eltekintve (nem tartják fontosnak; nem érzik a jelentőségét; a betegek nem rendelkeznek információval arról, hogy ők hogyan segíthetik az azonosítást; a rendelési időben a rendelőben is kérnek előjegyzési időpontot) valamennyi ok a legmagasabb kockázati értékre lett pozicionálva.

Mindezek tekintetében a szakértőink segítségével az alábbi **megoldási javaslatokat** gyűjtöttük össze.

Az azonosítás helyes elvégzésére vonatkozó (beleértve a pozitív betegazonosítást is) szabályozás körültekintő elkészítése (az azonosítási pontokkal, az ellátásban részt vevők felelősségével és kompetenciáival) és bevezetése, valamint rendszeres, ismétlődő oktatása.

A munkatársak érzékenyítése, felelősségteljes munkavégzés kialakítása.

Ellenőrzések bevezetése és fenntartása.

A pozitív betegazonosítás bevezetése, rutinszerű alkalmazása, elvégzésének dokumentálása.

Az ambuláns lap, illetve a lelet adattartamának ellenőrzésének kérése a betegtől. Biztatni arra, hogy ha az adataiban eltérés van, jelezze. Oktatófilm elkészítése és levetítése, amelyben a betegek szerepének ismertetése kerül a fókuszba a betegcsere és a leletcsere megelőzése szempontjából.

Szövetteni leletek kezelésének megváltoztatása. Két eredeti példány kérése a patológiáról, egy példány átadása a beteg részére, a másik példány megőrzése.

A nyugodtabb munkavégzés biztosítása érdekében a betegek előjegyzését hosszabb vizitidőre kell módosítani.

Rendelési időben a befutó hívások átirányítása a kartonozóba vagy a titkárságra.

**Prioritási mátrix** segítségével döntöttek arról, hogy a lehetséges beavatkozások közül melyek a legígéretesebb beavatkozások a kiváltó okok szanálására. (5. táblázat)



5. táblázat: **Prioritási mátrix** (forrás: saját szerkesztés)

Sorszám	Ötlet	Érdek (pont)	Hatás (pont)	Megvalósíthatóság (pont)	Szorzat (pont)
1	betegazonosítás folyamatának megváltoztatása (szabályozás, oktatás)	5	5	5	125
2	szövetteni leletek kezelésnek megváltoztatása	5	5	5	125
3	betegoktatás	5	5	5	125
4	zavaró hatások mérséklése	5	5	3	75
5	betegoktatás partneribb kezelése	3	3	5	45
6	egy vizsgálat időtartamának növelése	3	3	3	27

A táblázat értékelési pontjainak kifejtése:

#### **Érdek**

- 1: a szervezet nem érdekelt az ötlet megvalósításában
- 3: a szervezet részben érdekelt az ötlet megvalósításában
- 5: a szervezet érdekelt az ötlet megvalósításában

#### **Hatás**

- 1: az ötlet csekély hatással van a probléma megoldására
- 3: az ötlet közepes hatással van a probléma megoldására
- 5: az ötlet nagy hatással van a probléma megoldására

#### **Megvalósíthatóság**

- 1: nem valósítható meg
- 3: nehézségekkel valósítható meg
- 5: megvalósítható

**Akciótervet dolgoztak ki**, amely konkrét és időhöz kötött; felelőssel és határidővel van ellátva, és a gyökérokok megszüntetéséhez vezet.

### **Megváltoztatták a betegazonosítás folyamatát.**

Aktualizálták az ezzel kapcsolatos szabályzatot, amellyel kapcsolatosan a folyamatban részt vevő valamennyi munkatársat oktatásban részesítették. A beteg adatainak ellenőrzését minden munkaállomáson (betegfelvétel/kartonozó, szakrendelő, gondozó, diagnosztikai egység), minden beteggel történő interakció során (orvos–beteg-találkozás, mintaátadás, leletkiadás) külön listán írásban dokumentálni kell az alábbi öt szempont alapján: név, születési idő, anyja neve, lakcím, TAJ-szám). A napi listán minden beteg esetében öt piros pipának kell szerepelnie.

A szabályozásért felelős: a rendelőintézet igazgatója, ill. a betegbiztonsági koordinátor.

Határidő: 2 héten belül.

Oktatás: a betegbiztonsági koordinátor feladata, 1 hónapon belül.

Ellenőrzés felelőse: orvosigazgató, vezető asszisztens, betegbiztonsági koordinátor.

Az ellenőrzés határideje: naponta az előző napi eseteket.

Minta: az összes napi összesítő.

### **Megváltoztatták a szövettani leletek kezelést.**

A patológiai osztályról minden beteg esetében két eredeti lelet kérnek, amelynek az egyik példányát átadják a betegnek, a másik példányt pedig lefűzik és 50 évig zártan őrzik. Felhívják a beteg figyelmét, hogy ellenőrizze a személyi adatait a leleten.

A szabályozásért felelős: a rendelőintézet igazgatója, ill. a betegbiztonsági koordinátor.

Határidő: 2 héten belül.

Oktatás: a betegbiztonsági koordinátor feladata, 1 hónapon belül.

Ellenőrzés felelőse: orvosigazgató, vezető asszisztens, betegbiztonsági koordinátor.

Az ellenőrzés határideje: szűrőpróbaszerűen, havonta 30 eset.

### **A munkakörnyezet optimalizálását hajtották végre.**

A nyugodtabb körülmények biztosítása érdekében **állítottak a rendelési idő kontingensein, a vizsgálatok bővebb időintervallumra lettek beállítva**, így naponta kevesebb esetet látnak el a kiegyensúlyozottabb munkavégzés biztosítása érdekében.

Felelős: vezető asszisztens (kartonozó).

Ellenőrzés: vezető asszisztens – napi, heti beteglimit-áttekintés.

Határidő: a holt napi naptól történő előjegyzések esetében.

A telefonhívásokat a zavaró hatások kiiktatása érdekében átirányították a kartonozóba, illetve a titkárságra. A szakrendelést rendelési időben csak sürgős esetben lehet telefonon keresni, a sürgős hívás okáról a központtal történt egyeztetést követően.

Felelős: vezető asszisztens.

Ellenőrzés: vezető asszisztens, interjú útján.

Határidő: a holt napi naptól.

**Oktató videófilmeket készítettek és vetítenek** a várakozási idő türelmesebb eltöltésének és a betegek oktatásának céljával. A lakossági hozzájárulás a beteg-, ill. leletcsere témájában is „műsoron” szerepel. A betegeket szóban is tájékoztatják arról, hogy miért fontos a betegazonosítás, és hogyan tudnak együttműködni, valamint hogyan ellenőrizzék minden egészségügyi dokumentumokon az adataik helyességét. Eltérés észlelése esetén pedig azonnali bizalommal jelezzék.

### **Végső jelentés, a vezetés jóváhagyásának elnyerése**

A betegbiztonsági koordinátor elkészítette az összefoglalót és elküldte a *team*-tagoknak észrevételezés és jóváhagyás céljából. Az összefoglaló nem tartalmazott neveket vagy egyéb azonosításra vonatkozó adatokat, jóllehet jelen esetben a bizottságnak a menedzsment is tagja volt. Módosítási javaslat nem érkezett. A vezetés elfogadta a jelentést. A tartalmát tanulási szándékkal a minőségügyi bizottsági ülésen is megosztották. Az eseményben érintett munkatársak – mivel tagjai voltak a bizottságnak – értesültek annak minden részletéről.

Az esetben érintett betegek részére a vizsgálat lezárása után tájékoztató levelet írtak, amelyek tartalma az alábbiakban tekinthető meg.

Kovács Sándor

részére

Budapest 1301 Fő utca 111. szám

Kedves Betegünk!

Ezúton szeretném tájékoztatni az Önt érintő, 2019. 09. 09-én történt nem kívánt ellátási esemény körülményeiről.

Nekünk, egészségügyi dolgozóknak, hivatásunk a betegek szolgálata, gyógyulásuk segítése, és mindent megteszünk ezért. Azonban az egészségügyi ellátás során, annak természetéből fakadóan akkor is előfordulhatnak nem kívánt ellátási események, ha az ellátó személyzet tevékenységét a szakma szabályainak betartásával, az elvárható gondosság tanúsítása mellett végzi.

Az esemény kapcsán a következőkre derült fény:

Az urológiai szakrendelésen 2019. 09. 09-én nem kellő pontossággal történt meg az Ön személyének azonosítása. Így sajnos egy másik, Önnel azonos nevű és ugyanazon születési évű beteg prosztatata-biopszia szövettani leletének eredménye került dokumentálásra az Ön ambuláns lapjára.

Szeretnénk kifejezni őszinte együttérzésünket az Önnel törtétekért, és egyben tájékoztatjuk, hogy a továbbiakban is azon fáradozunk, hogy az esemény káros következményeit a lehetőségekhez képest elhárítsuk.

Az Önt ért kellemetlenségek enyhítésére a következő lehetőségeket szeretnénk felajánlani:

- szeretnénk biztosítani arról, hogy bármikor elérhetőek vagyunk, akár ellátásról, akár támogatásról legyen szó;
- amennyiben más intézeti vagy azon kívüli szakemberrel szeretne további vizsgálatot, azt – vagy a betegút megszervezését is – elősegítjük, megszervezzük az Ön részére;
- a rehabilitáció és a pszichés segítségnyújtás tekintetben egyaránt támogatni szeretnénk;
- szeretnénk a segítségére lenni az otthonápolás és a gyógyászati segédeszköz-ellátás, illetve -kiszállítás megszervezésében;
- a szociális segítség nyújtás vonatkozásában is állunk rendelkezésre;

- Lázár Éva intézményi kapcsolattartónk továbbra is szívesen áll az Önök rendelkezésére.

Egyúttal szeretnénk ismertetni azokat az intézkedéseket is, amelyeket az Ön esetéből kiindulva annak érdekében vezetünk be, hogy lehetőség szerint megelőzzük a hasonló események bekövetkezését.

- Megváltoztattuk a betegazonosítás folyamatát. Az ezzel kapcsolatos szabályozást aktualizáltuk, és a folyamatban részt vevők számára oktattuk. Betegeink adatainak ellenőrzését minden munkaállomáson (betegfelvétel/kartonozó, szakrendelő, gondozó, diagnosztikai egység), minden beteggel történő interakció során (orvos–beteg-találkozás, mintaátadás, leletkiadás) külön listán dokumentáljuk az alábbi öt szempont alapján: név, születési idő, anyja neve, lakcím, TAJ-szám.
- A betegek szövettani leletéből két példányt kérünk a patológiáról, az egyik példányt átadjuk a betegeknek, a másik példányt pedig lefűzzük és 50 évig zártan őrizzük.
- A nyugodtabb munkafeltételek biztosítása érdekében egy vizsgálatra hosszabb rendelési időt állítottunk be, így naponta kevesebb beteget – azok számára viszont több időt biztosítva – látunk el. A környezeti zavaró hatásokat munkaszervezéssel áthidaltuk.
- A betegek saját ellátásukba történő aktív bevonása érdekében oktatófilmet készítettünk, melyet a váróteremben vetítünk. A kisfilm célja a betegcsere és leletcsere megelőzése érdekében a beteg aktív közreműködésével kapcsolatos tájékoztatás (az ellátás során az adatok ellenőrzésére vonatkozóan). Továbbá személyesen is tájékoztatjuk betegeinket a betegazonosításban történő aktív részvételük lehetőségéről és fontosságáról.

Amennyiben bármilyen további kérdése és/vagy kérése van az esettel kapcsolatban, kérem, keressen fel bennünket, szívesen állunk a rendelkezésére!

Budapest, 2019. 10. 21.

Tisztelettel:

Dr. Pekk Péter

rendelőintézet igazgató

Kovács Sándor

részére

Budapest 1301 Fő utca 154. szám

Kedves Betegünk!

Ezúton szeretném tájékoztatni az Önt érintő, 2019. 09. 12-én történt nem kívánt ellátási esemény körülményeiről.

Nekünk, egészségügyi dolgozóknak, hivatásunk a betegek szolgálata, gyógyulásuk segítése, és mindent megteszünk ezért. Azonban az egészségügyi ellátás során, annak természetéből fakadóan akkor is előfordulhatnak nem kívánt ellátási események, ha az ellátó személyzet tevékenységét a szakma szabályainak betartásával, az elvárható gondosság tanúsítása mellett végzi.

Az esemény kapcsán a következőkre derült fény:

Az urológiai szakrendelésen 2019. 09. 12-én nem kellő pontossággal történt meg az Ön személyének azonosítása. Így sajnos egy másik, Önnel azonos nevű, és ugyanazon születési évű beteg prosztatata-biopszia szövettani leletének eredménye került dokumentálásra az Ön ambuláns lapjára.

Szeretnénk kifejezni őszinte együttérzésünket az Önnel törtétekért, és egyben tájékoztatjuk, hogy a továbbiakban is azon fáradozunk, hogy az esemény káros következményeit a lehetőségekhez képest elhárítsuk.

Az Önt ért kellemetlenségek enyhítésére a következő lehetőségeket szeretnénk felajánlani:

- szeretnénk biztosítani arról, hogy bármikor elérhetőek vagyunk, akár ellátásról, akár támogatásról legyen szó
- amennyiben más intézeti vagy azon kívüli szakemberrel szeretne további vizsgálatot, azt – vagy a betegút megszervezését is – elősegítjük, megszervezzük az Ön részére;
- a diagnózis újbóli felállítása és megerősítése érdekében azonnal sürgős vizsgálatokat végzünk, további gyógykezelését kiemelt sürgősséggel megszervezzük;
- a további vizsgálatokra, kezelésekre felajánljuk a szállítást intézeti gépkocsival;

- Lázár Éva intézményi kapcsolattartónk továbbra is szívesen áll az Önök rendelkezésére.

Egyúttal szeretnénk ismertetni azokat az intézkedéseket is, amelyeket az Ön esetéből kiindulva annak érdekében vezetünk be, hogy lehetőség szerint megelőzzük a hasonló események bekövetkezését.

- Megváltoztattuk a betegazonosítás folyamatát. Az ezzel kapcsolatos szabályozást megújítottuk, és a folyamatban résztvevő valamennyi munkatárs részére oktattuk. Betegeink adatainak ellenőrzését minden munkaállomáson (betegfelvétel/kartonzó, szakrendelő, gondozó, diagnosztikai egység), minden beteggel történő interakció során (orvos–beteg-találkozás, mintaátadás, leletkiadás) külön listán dokumentáljuk az alábbi öt szempont alapján: név, születési idő, anyja neve, lakcím, TAJ-szám.
- A betegek szövettani leletéből két példányt kérünk a patológiáról, az egyik példányt átadjuk a betegeknek, a másik példányt pedig lefűzzük és 50 évig zártan őrizzük.
- A nyugodtabb munkafeltételek biztosítása érdekében egy vizsgálatra hosszabb rendelési időt állítottunk be, így naponta kevesebb beteget – azok számára viszont több időt biztosítva – látunk el. A környezeti zavaró hatásokat munkaszervezéssel áthidaltuk.
- A betegek saját ellátásukba történő aktív bevonása érdekében oktatófilmet készítettünk, melyet a váróteremben vetítünk. A kisfilm célja a betegcsere és leletcsere megelőzése érdekében a beteg aktív közreműködésével kapcsolatos tájékoztatás (az ellátás során az adatok ellenőrzésére vonatkozóan). Továbbá személyesen is tájékoztatjuk betegeinket a betegazonosításban történő aktív részvételük lehetőségéről és fontosságáról.

Amennyiben bármilyen további kérdése és/vagy kérése van az esettel kapcsolatban, kérem, keressen fel bennünket, szívesen állunk a rendelkezésére!

Budapest, 2019. 10. 21.

Tisztelettel:

Dr. Pekk Péter

rendelőintézet igazgató

Az esetismertetés ezen a ponton lezárul. A tanulmány visszatér az eredeti struktúrára.

## 8. MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

A betegcsere és leletcsere mint súlyos nemkívánatos esemény bekövetkezésének potenciális súlyossága, több személyt érintő volta és esetenkénti fatális következményei indokoltá teszik a megelőzésük érdekében folytatott aktív kutatómunkát.

Az előidézett közvetlen betegkárosodáson és a megnövekedett költségeken túl ezek súlyos lelki terheket rónak mind az elszenvedőire, mind az előidőzésben résztvevő munkatársakra.

A betegcsere és leletcsere előfordulásához vezető hibák az ellátás bármely pontján és szintjén előfordulhatnak. Így az alapellátástól a szakellátásig (járóbeteg-szakellátás, fekvőbeteg-szakellátás, diagnosztika, műtéti terület) minden területen kiemelten foglalkozni kell a nem kívánt hatás kialakulásának megelőzésével, valamint a megbízhatóság érvényesülése érdekében fel kell ismerni az ebben rejlő kockázatot.

A beteg- és leletcserek előfordulásában számos ok, illetve azok kombinációja is szerepet játszhat. Ezek közül kiemelendő az elavult, nem betartható szabályzat, a pozitív betegazonosítás alkalmazásának hiánya, a nem megfelelő oktatás, a munkaszervezési problémák vagy épp a túlterheltség és a megzavarás.

Az okok feltárásával, a kockázati tényezők azonosításával és a folyamatok megfelelő szabályozásával a szervezetek sokat tehetnek a megelőzés érdekében. A betegközpontú, partneri ellátás, a beteg bevonása a saját ellátásába, a megfelelő kommunikáció és oktatás a betegcsere és leletcsere megelőzését eredményezheti.

Ahhoz, hogy tenni tudjunk a betegcserek, illetve leletcserek megelőzése érdekében, fontos olyan támogató környezetet kialakítani, ahol akár egy majdnem bekövetkezett eseményről is nyíltan beszélni lehet. Egy esetleges csere előfordulásakor annak kell a legfontosabbnak lennie, hogy megtudjuk, mi vezetett el a cseréig. Ha ezt a körülményt sikerül megszüntetni, vagy ennek hatását kiküszöbölő ellenőrzési pontot építünk a tevékenységbe, akkor azzal megelőzhetjük, hogy másokkal is előforduljon mindez.

A megelőzés lehetőségei a munkáltató, a munkavállalók és a betegek szempontjából is összegzésre kerültek. A kutatás eredményeként az alábbiakban összegezhetjük a betegcsere és a leletcsere megelőzése érdekében tett javaslatokat.



## 8.1. A MUNKÁLTATÓ FELELŐSSÉGI KÖRÉBE TARTOZÓ JAVASLATOK

- Világos, támogató szervezeti kultúra, hibáztatásmentes környezet kialakítása és fenntartása;
- célok meghatározása, ismertetése és elfogadtatása;
- a középvezetők és felsővezetők példamutatása és következetessége;
- a szabályzó dokumentumok rendszeres felülvizsgálata (évente egyszer, illetve a nemkívánatos esemény bekövetkezésekor azonnal), a munkatársak építő jellegű javaslatainak felhasználása, bevonásuk a fejlesztési folyamatba;
- a szabályozás javasolt tartalma: pozitív betegazonosítás, szabályzat szerinti munkavégzés, beteg–lelet-összerendelés, az eredeti lelet átadása a betegnek, a másolat megőrzése, az ambuláns lap és a lelet adattartamának ellenőrzésének kérése a betegtől, a kockázati csoportok szerinti azonosítási eljárások meghatározása;
- eljárásrendek: a pozitív betegazonosítás, dokumentálás, azonosítási pontok, lelet átadása a betegnek, az ellátásban részt vevők felelőssége és kompetenciái, rendszeres, minden érintett munkaköri csoportra specializált oktatás biztosítása a betegazonosítás témakörét érintően és az elsajátított ismeretek ellenőrzése (tanulók, rezidensek, adminisztrátorok, ápolók, asszisztensek, orvosok, betegszállítók, műtő alkalmazottjai, diagnosztikai egységek munkatársai – labor, patológia, RTG, CT, MR, angiográfia, SBO – részéről);
- továbbképzések szervezése és az azokon történő munkavállalói részvétel biztosítása (máshonnan is hallja, megerősítésre kerüljön a fontossága);
- értekezleteken: középvezetői, különböző bizottsági fórumokon (főorvosi, főnővéri, oktatónővéri, minőségirányítási, etikai bizottsági) a téma napirenden tartása, esetismertetések, az azokból történő tanulás biztosítása és megszervezése;
- a betegazonosítás feltételeinek biztosítása: megfelelő minőségű és mennyiségű eszközök; gyors informatikai háttér; megfelelő munkaszervezés: elegendő létszám, megzavarásmentes környezet (betegek, telefonok, fölösleges személyek adott munkaterületen, mobiltelefonok magánjellegű használata); kifáradás esetén pihenés/rotáció alkalmazása, a pontos munkavégzés feltételeinek biztosítása és ellenőrzése (késések, szóbeli utasítások kivédése);
- a betegazonosítással kapcsolatos eszközökre, informatikai kapcsolódásokra vonatkozó javaslatok összegyűjtése, a következő beszerzésnél a javaslatok mérlegelése;

- a pozitív betegazonosítás egységes, következetes bevezetése és fenntartása az intézmény minden szervezeti egységében, az ehhez szükséges támogatások biztosítása (a munkatársak részére: oktatás, szükséges eljárás meghíúsulás esetén, ellenőrzés; a betegek, ill. a lakosság részére: tájékoztatás, kommunikáció);
- az ellenőrző listák alkalmazásának elvárása, a beteg aktív bevonása az azonosítási folyamatba (pl. műtéti ellenőrző lista);
- az ellenőrzés minden módja és formája (betegelégedettség, dolgozói elégedettség, klinikai audit, a betegdokumentáció ellenőrzése, interjú, személyes megtekintés stb.);
- az indikátorok fejlesztése, monitorozása, értékelése illetve visszacsatolása;
- kockázatbecslés;
- proaktív kommunikáció a lakosság, ill. a betegek irányába: tájékoztatás (különböző csatornákon) a házirendről, a betegazonosítással kapcsolatos intézményi működési rendről, a téma jelentőségéről, az együttműködésük fontosságáról, valamint a saját szerepükről a betegellátási folyamatokban (lásd 8. melléklet);
- a betegek észrevételeinek feltérképezése (betegelégedettségi kérdőívek, klinikai auditok, interjúk, megfigyelések), eredmények, javaslatok megfontolása, a további folyamatszabályozásban és tevékenységekben történő felhasználásuk;
- új munkaterületek vagy eljárások kialakításánál a megbiztonsági szempontok érvényesítése már a tervezési fázisban.

## 8.2. A MUNKAVÁLLALÓ FELELŐSSÉGI KÖRÉBE TARTOZÓ JAVASLATOK

- A szabályzók betartása és betartatása, (pozitív betegazonosítás, arcképes azonosítás, a kockázati csoportok ismerete és felismerése, az azonosítási pontokon szabályszerű betegazonosítás végzése, saját felelősség, kompetencia ismerete, példamutatás, hibás gyakorlat felismerése és jelzése, a megszüntetésében történő empátikus segítségnyújtás);
- a pontos, nyugodt, szervezett munkavégzés feltételeinek megteremtése és elősegítése, a feszültségek feloldása, önellenőrzés;
- a dokumentációs fegyelem betartása és betartatása;
- az oktatásokon és továbbképzéseken történő aktív részvétel, a téma iránti nyitottság, befogadás;

- a betegek partnerként történő kezelése, bevonásuk a saját ellátásukba, meggyőzésük, a figyelmük felhívása a betegcsere és a leletcsere megelőzése érdekében tehető saját teendőkről: miért szükséges, miként tudja segíteni az azonosítást, merjen szólni, ha eltérést észlel, figyelemfelhívás az egészségügyi dokumentumaik adatainak ellenőrzésére az ellátás után, az eltérés esetén pedig a jelzés szükségére (lásd 8. melléklet);
- az észrevételek, majdnem-hibák s hibák jelentése a vezető részére;
- a zavaró tényezők kontrollálása (tudja, mikor kell nagyon figyelni).

### 8.3. AZ ELLÁTÁS FŐSZEREPLŐJÉNEK, A BETEGNEK A SZEREPE

- együttműködés az ellátó intézménnyel és a személyzettel (a betegek kötelezettségei);
- az azonosításhoz szükséges okmányok rendelkezésre állásának biztosítása és átadása, a pozitív betegazonosításban történő együttműködés, az intézmény házirendjének megismerése, elfogadása és betartása, a betegazonosító eszköz elfogadása és viselése, az azonosítási alkalmak esetén együttműködés az ellátó *team* tagjaival;
- a saját egészségügyi dokumentumok (recept, szakorvosi javaslat, ambuláns lap, zárójelentés, lelet, eredmény) megtekintése, a személyes és egyéb adatok ellenőrzése az ellátás végén, nem egyezőség esetén azonnali jelzése;
- a hozzátartozók támogatása, érdekérvényesítése a fentiekben (különösen a speciális életkori, kockázati csoportba tartozó személyek esetén);
- a lakossági edukáció aktív befogadása.

## 8.4. ÉRZÉKENYÍTÉS

Végül álljon itt néhány olyan valós, megtörtént esemény, amely a betegcsere és leletcsere témakörét testközelből érzékelteti. Ezeket a történeteket akár a betegazonosítással kapcsolatos képzések alkalmával is használni lehet, a munkatársak téma iránti figyelmének felkeltése és érzékenyítésük céljából.

- A háziorvosi rendelőben a beteg olyan receptet kapott, amin nem az ő adatai szerepeltek.
- A vérvételre beutalóval érkező betegnél nincs betegkártya, személyi igazolvány és lakcímkártya, ám így szólt: „De én 20 kilométerről jöttem. Mi az, hogy nem veszik le a vért?”
- A laboratóriumba az intenzív osztályról csőpostával érkezett vérminta, nem a kérésnek megfelelő csőben.
- Laboratórium: leletek validálása, az antikoagulált beteg kontrollvizsgálatánál a korábbi évtizedek óta megnyúlt alvadási paraméter jelenleg normál tartományban van. A feleség mintája, aki nem szed véralvadásgátlót és ugyanazon napon volt a vérvétele, a férj korábbi eredményeivel közel azonos.
- Szerda reggel 8:30, műtétes osztály, gyors áttekintő vizit zajlik. Megérkezik a betegszállító, aki szeretné az első műtétre váró, premedikált beteget a műtőbe szállítani. Mindenki vizitel, a szakdolgozó „2/4-es” azonosítással (azaz 2. kórterem 4. ágy) igazítja útba a betegszállítót. A műtőben észrevételezik, hogy nem a műtétre kiírt beteg került szállításra.
- Aneszteziológus orvos: „Tartozom egy vallomással! A műtét sikerült, csak véletlenül a másik oldalt érzéstelenítettem el, mikor a Mama szólt, hogy de főorvos úr, nekem a másik oldal lesz műtve.”
- A zárójelentésen olyan vizsgálati eredmény észlelése, amilyen vizsgálatot nem végeztek a betegnek.
- A rosszindulatú daganatos betegség hírére frissen átélt beteg beszűkült tudatállapotban, összeroskadva ül otthonában. Összeül a családi válságstáb. A leletek gondos áttekintésekor a fia megszólal, „de Apa, ezen az eredményen nem is a Te adataid szerepelnek. A név és a születési év meg a hónap egyezik, de minden más nem”.

- Sürgősségi osztály, éjszakai műszak, több vérző beteg egyidejű állapotrendezése zajlik az obszerválóban. Több egység plazma „melegszik”, várva, hogy beadásra kerüljön, majd a tasakok felhelyezése következik az állványra. Melyik kié?
- Urológiai osztály. Az emisszióra váró betegnek csöpög az infúzió. „Mégkérdezhetem, hogy miért kap ez a beteg infúziót? Tegnap volt prosztatata-biopsziája. Ma hazamenős! Nem ennek a betegnek van elrendelve infúzió!”
- Premedikált beteg fekszik a műtőasztalon, a jobb térd izolálva, fertőtlenítve, műtétre előkészítve. Megérkezik az operáló orvos, aki melleleg évek óta közeli ismerőse a betegnek. „Te, Tomi! Neked nem a bal térded fáj?”. A bódult beteg válasza: „De!”

## 9. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretnénk megköszönni a betegcserével és leletcserével kapcsolatban a NEVES rendszerbe beküldött jelentéseket.

Köszönetünket fejezzük ki az esettanulmány alapjául szolgáló történetleírást küldő intézmény felé, hogy hozzájárultak az eset felhasználásához.

Hálásak vagyunk a szakirodalom-feldolgozás első verziója tekintetében végzett munkájukért dr. Müller Annának és Szemán Évának.

Köszönettel tartozunk a fókuszcsoportos egyeztetéseken történő részvételért és az eredményes együttműködésért az alábbi munkatársainknak, akik tapasztalataikkal és fejlesztő javaslataikkal járultak hozzá munkánk eredményéhez:

- Horváth Anikó
- Kovács Erika dr.
- Kristóf Csaba dr.
- Nagy-Kismarciné Gulyás Margit
- Safadi Heléna dr.
- Takács Erika
- Tarczi Lívía
- Tóth Zsoltné
- Varga Tünde Emese

## 10. FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. (2019). Retrieved November 2, 2019, from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>

60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről. (2019). Retrieved November 2, 2019, from <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0300060.esc>

16. NEVES Betegbiztonsági Fórum „Hogyan mondjam el Neked...???” Ajánlás a fekvőbeteg intézmények számára a nemkívánatos eseményeket követő teendőkre. Budapest, 2011. december 8. <https://info.nevesforum.hu/2014/04/16-neves-betegbiztonsagi-forum/>

A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjai (2016). Betegazonosítás és a beteghez tartozó dokumentumok, minták, anyagok, egészségügyi ellátáshoz használt eszközök beteghez rendelése. Kézirat.

Alassaf, O. (2017). Patient Misidentification in Medical Organizations: A Case Report. *Patient Safety Quality Improvement*, 5(3), 590–591.

Askeland, R. W., McGrane, S. P., Reifert, D. R., & Kemp, J. D. (2009). Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 12 Spec No Patient, 85–89. <https://doi.org/10.12927/hcq.2009.20973>

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosának és általános helyettesének közös jelentése az egészségügyi ellátóknál alkalmazott betegazonosító rendszerről az OBH 2015/2005. számú ügyben. (2005)

Az egészségügyi miniszter 1/2005. (EüK. 1.) EüM irányelve a betegazonosító rendszer működéséről. (2005). Retrieved November 2, 2019, from <https://weborvos.hu/cikk.php?id=277&cid=55124>

Belicza, É., Bodnár, Á., Kárpáti, E., Kovácsy, Zs., Lám, J., Mihalicza, P., Muzsik, B. (2012) Ajánlás adott intézményben kialakult és ott észlelt, súlyos kimenetelű nemkívánatos eseményt követő eljárásra vonatkozóan NEKED (Nemkívánatos Események Kezelésére Vonatkozó Eljárásrend) [https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/neked\\_ajanlas\\_final.pdf](https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/neked_ajanlas_final.pdf) (letöltve: 2020. 06. 03.)

Belicza, É., Lám, J. (2013). Egészségügyi minőségbiztosítás. Semmelweis Egyetem. E-book. <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2018/03/Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi-min%C5%91s%C3%A9gbiztos%C3%ADt%C3%A1s.pdf> (letöltve: 2020. 06. 03.)

- Berdot, S., Roudot, M., Schramm, C., Katsahian, S., Durieux, P. & Sabatier, B. (2016). Interventions to reduce nurses' medication administration errors in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 342–350. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.012>
- Brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (2018). Ismeretlen vagy azonosítatlan betegek biztonságosabb azonosításának kritériumai. (NHS/PSA/RE/2018/008) <https://jogyakorlatok.betegbiztonsag.info/#/international-alert/2zRvD6KBNd6ieYHCg0Ck34> (letöltve: 2020. 06. 05.)
- Burrows, J. M., Callum, J. L., Belo, S., Etchells, E., & Leeksma, A. (2009). Variable pre-transfusion patient identification practices exist in the perioperative setting. *Canadian Journal of Anesthesia*, 56(12), 901–907. <https://doi.org/10.1007/s12630-009-9180-0>
- Carraro, P., Zago, T., & Plebani, M. (2012). Exploring the initial steps of the testing process: Frequency and nature of pre-preanalytic errors. *Clinical Chemistry*, 58(3), 638–642. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2011.175711>
- Cohen, M. R., Smetzer, J. L., Westphal, J. E., Comden, S. C., & Horn, D. M. (2012). Risk models to improve safety of dispensing high-alert medications in community pharmacies. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 52(5), 584–602. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.10145>
- Cottrell, S., Watson, D., Eyre, T. A., Brunskill, S. J., Dorée, C., & Murphy, M. F. (2013). Interventions to reduce wrong blood in tube errors in transfusion: A systematic review. *Transfusion Medicine Reviews*, 27(4), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2013.08.003>
- Danaher, L. A., Howells, J., Holmes, P. & Scally, P. (2011). Is it possible to eliminate patient identification errors in medical imaging? *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 8(8), 568–574. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2011.02.021>
- Delaney, M., Dinwiddie, S., Nester, T. N. & Aubuchon, J. A. (2013). The immunohematologic and patient safety benefits of a centralized transfusion database. *Transfusion*, 53(4), 771–776. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2012.03789.x>
- Dékán, Z. (2009). Betegbiztonság és kommunikáció. NEVES Betegbiztonsági Fórum, 2009. 06. 18. [https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2014/05/dekan\\_zita\\_kommunikacio\\_szerepe.pdf](https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2014/05/dekan_zita_kommunikacio_szerepe.pdf). (letöltve: 2020. 03. 23.)
- Dunn, E. J., & Moga, P. J. (2010). Patient misidentification in laboratory medicine. A qualitative analysis of 227 root cause analysis reports in the veterans health administration. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 134(2), 244–255. <https://doi.org/10.1016/j.ypat.2010.11.042>



- ECRI Institute (2016). Patient identification errors. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.006>
- Elhence, P., Shenoy, V., Verma, A., & Sachan, D. (2012, November). Error reporting in transfusion medicine at a tertiary care centre: A patient safety initiative. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*. <https://doi.org/10.1515/cclm-2012-0212>
- Ferrera-Tourenc, V., Lassale, B., Chiaroni, J., & Dettori, I. (2015). Unreliable patient identification warrants ABO typing at admission to check existing records before transfusion. *Transfusion Clinique et Biologique*, 22(2), 66–70. <https://doi.org/10.1016/j.tracli.2015.03.004>
- Fyhr, A. & Akselsson, R. (2012). Characteristics of medication errors with parenteral cytotoxic drugs. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 606–613. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2012.01331.x>
- Galanter, W., Falck, S., Burns, M., Laragh, M. & Lambert, B. L. (2013). Indication-based prescribing prevents wrong-patient medication errors in computerized provider order entry (CPOE). *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 20(3), 477–481. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001555>
- Grimm, E., Friedberg, R. C., Wilkinson, D. S., AuBuchon, J. P., Souers, R. J. & Lehman, C. M. (2010). Blood bank safety practices: Mislabeled samples and wrong blood in tube – A Q-probes analysis of 122 clinical Laboratories. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 134(8), 1108–1115. <https://doi.org/10.1043/2009-0674-CP.1>
- Gróf, K. (2018). Betegazonosítás. Továbbképzési füzetek 29. Állami Egészségügyi Ellátó Központ Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság
- Härkänen, M., Kervinen, M., Ahonen, J., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). An observational study of how patients are identified before medication administrations in medical and surgical wards. *Nursing and Health Sciences*, 17(2), 188–194. <https://doi.org/10.1111/nhs.12158>
- Heddle, N. M., Fung, M., Hervig, T., Szczepiorkowski, Z. M., Torretta, L., Arnold, E., ... Murphy, M. F. (2012). Challenges and opportunities to prevent transfusion errors: a Qualitative Evaluation for Safer Transfusion (QUEST). *Transfusion*, 52(8), 1687–1695. <https://doi.org/10.1111/j.1537-2995.2011.03514.x>
- Henneman, P. L., Fisher, D. L., Henneman, E. A., Pham, T. A., Campbell, M. M. & Nathanson, B. H. (2010). Patient identification errors are common in a simulated setting. *Annals of Emergency Medicine*, 55(6), 503–509. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.11.017>

- Hoffmeister, L. V. & De Moura, G. M. S. S. (2015). Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 36–43. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2522>
- Horváth, A., Reusz, G., Gál, J., Csomós, Á. (2012). A betegbiztonság javításának lehetőségei nagy sebészeti műtétek perioperatív szakában. *Orvosi Hetilap*, 157(37) 1447–1455.
- Hughes, P., Latino, R. J. & Kelly, T. (2017). Preventing Patient Identification Errors.
- Hyman, D., Laire, M., Redmond, D. & Kaplan, D. W. (2012). The use of patient pictures and verification screens to reduce computerized provider order entry errors. *Pediatrics*, 130(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2984>
- Karim, F., Moiz, B., Shamsuddin, N., Naz, S. & Khurshid, M. (2014). Root cause analysis of non-infectious transfusion complications and the lessons learnt. *Transfusion and Apheresis Science*, 50(1), 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2013.10.004>
- Keers, R. N., Williams, S. D., Cooke, J. & Ashcroft, D. M. (2013, November). Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*. <https://doi.org/10.1007/s40264-013-0090-2>
- Kelényi, Z. (2004). Beteg cserebere, avagy hogyan azonosítsuk a beteget. *Családorvosi Fórum*, 5(8), 78–79.
- Lám, J., Sümegi, V., Surján, C., Kullmann, L. & Belicza, É. (2016). A jelentési és tanulórendszerek szerepe a betegbiztonság javításában. *Orvosi Hetilap*, 157(26), 1035–1042. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30448>
- Lám, J. X. Betegbiztonsági Fórum - WHO Surgical Safety Checklist, Napi ajánlat, 2010. 10. 07. [https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/11/Lam\\_Judit\\_safe\\_surgery\\_checklist20101007.pdf](https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/11/Lam_Judit_safe_surgery_checklist20101007.pdf) (letöltve: 2020.03.24)
- Levin, H. I., Levin, J. E. & Docimo, S. G. (2012). „I meant that med for Baylee not Bailey!”: a mixed method study to identify incidence and risk factors for CPOE patient misidentification. *AMIA ... Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium, 2012*, 1294–1301.
- Lippi, G., Blanckaert, N., Bonini, P., Green, S., Kitchen, S., Palicka, V., ... Plebani, M. (2009). Causes, consequences, detection, and prevention of identification errors in laboratory diagnostics. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, 47(2), 143–153. <https://doi.org/10.1515/CCLM.2009.045>
- Lippi, G., Chiozza, L., Mattiuzzi, C. & Plebani, M. (2017). Patient and Sample Identification. out of the Maze? *Journal of Medical Biochemistry*, 36(2), 107–112. <https://doi.org/10.1515/jomb-2017-0003>

- Lippi, G., Mattiuzzi, C., Bovo, C. & Favaloro, E. J. (2017). Managing the patient identification crisis in healthcare and laboratory medicine. *Clinical Biochemistry*, 50(10–11), 562–567. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2017.02.004>
- Lippi, G. & Plebani, M. (2011). Identification errors in the blood transfusion laboratory: A still relevant issue for patient safety. *Transfusion and Apheresis Science*, 44(2), 231–233. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2011.01.021>
- Magrabi, F., Ong, M.-S., Runciman, W. & Coiera, E. (2012). Using FDA reports to inform a classification for health information technology safety problems. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 19(1), 45–53. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000369>
- Mancilla, D. & Moczygemba, J. (2009). Exploring medical identity theft. *Perspectives in Health Information Management*, 6, 1e. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20169017>
- Mester L.: Nemkívánatos Esemény Kommunikációja SZTE Magatartástudományi Intézet, Budapest, 2011. december 8. [https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/ML\\_kommunik%C3%A1ci%C3%B3.pdf](https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2015/12/ML_kommunik%C3%A1ci%C3%B3.pdf)
- Meyer, E., Underwood, R. S. & Padmanabhan, V. (2009). Patient misidentification in Papanicolaou tests: A systems-based approach to reducing errors. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 133(8), 1297–1300. <https://doi.org/10.1043/1543-2165-133.8.1297>
- Ortiz, J. & Amatucci, C. (2009). A case of mistaken identity: staff input on patient ID errors. *Nursing Management*, 40(4), 37–41. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000349689.98615.6d>
- Pagliari, P., Turdo, R. & Capuzzo, E. (2009). Patients' positive identification systems. *Blood Transfusion*, 7(4), 313–318. <https://doi.org/10.2450/2009.0001-09>
- Phillips, S. C., Saysana, M., Worley, S. & Hain, P. D. (2012). Reduction in pediatric identification band errors: a quality collaborative. *Pediatrics*, 129(6), e1587-93. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1911>
- Phipps, E., Turkel, M., Mackenzie, E. R. & Urrea, C. (2012). He thought the „lady in the door” was the „Lady in the window”: A qualitative study of patient identification practices. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(3), 127–134. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(12\)38017-3](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(12)38017-3)
- Ponemon Institute LLC. (2016). *National Patient Misidentification Report*. Retrieved from [https://pages.imprivata.com/rs/imprivata/images/Ponemon-Report\\_121416.pdf](https://pages.imprivata.com/rs/imprivata/images/Ponemon-Report_121416.pdf)

- Poon, E. G., Keohane, C. A., Yoon, C. S., Ditmore, M., Bane, A., Levtzion-Korach, O., ... Gandhi, T. K. (2010). Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *The New England Journal of Medicine*, 362(18), 1698–1707. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0907115>
- Rees, S., Stevens, L., Mikelsons, D., Quam, E., & Darcy, T. (2012). Reducing specimen identification errors. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3), 253–257. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182510303>
- Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. (2012). Medication Safety in the ICU. Patient Safety Alert.
- Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. (2016). Electronic Health Record Risks in the Emergency Department. Patient Safety Alert.
- Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. (2017). Patient Identification Risks and the Intersection of Electronic Health Records. Patient Safety Alert
- Sinka, L. A. E., Pitás, E., Belicza, É. (2019) Módszertani útmutató az oki kutatások előkészítéséhez. Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001). Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ. ISBN 978-615-5722-07-3
- Schmidt, R. L., Messinger, B. L. & Layfield, L. J. (2013). Internal Labeling Errors in a Surgical Pathology Department: A Root Cause Analysis. *Laboratory Medicine*, 44(2), 176–185. <https://doi.org/10.1309/Imienkgrn0ae39ng>
- Schulmeister, L. (2008). Patient misidentification in oncology care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 495–498. <https://doi.org/10.1188/08.CJON.495-498>
- Sevdalis, N., Norris, B., Ranger, C. & Bothwell, S. (2009a). Closing the safety loop: evaluation of the National Patient Safety Agency's guidance regarding wristband identification of hospital inpatients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 311–315. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01004.x>
- Sevdalis, N., Norris, B., Ranger, C. & Bothwell, S. (2009b). Designing evidence-based patient safety interventions: the case of the UK's National Health Service hospital wristbands. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 316–322. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2008.01026.x>
- Snyder, M. L., Carter, A., Jenkins, K. & Fantz, C. R. (2010). Patient misidentifications caused by errors in standard bar code technology. *Clinical Chemistry*, 56(10), 1554–1560. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2010.150094>

- Stahel, P. F., Sabel, A. L., Victoroff, M. S., Varnell, J., Lembitz, A., Boyle, D. J., ... Mehler, P. S. (2010). Wrong-site and wrong-patient procedures in the universal protocol era: Analysis of a prospective database of physician self-reported occurrences. *Archives of Surgery, 145*(10), 978–984. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.185>
- Tase, T. H. & Tronchin, D. M. R. (2015). Patient identification systems in obstetric units, and wristband conformity. *ACTA Paulista de Enfermagem, 28*(4), 374–380. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500063>
- The Joint Commission. (2020). National Patient Safety Goals Effective, January 2020.
- Vásárhelyi, B., Debreczeni, L. & Fekete, M. (2015). Mintacsere: amikor használhatatlan a lelet. *Kórház, 22*(1) 51–53.
- Virginio, L. A. J. & Ricarte, I. L. M. (2015). Identification of Patient Safety Risks Associated with Electronic Health Records: A Software Quality Perspective. *Studies in Health Technology and Informatics, 216*, 55–59.
- Walley, S. C., Berger, S., Harris, Y., Gallizzi, G. & Hayes, L. (2013). Decreasing patient identification band errors by standardizing processes. *Hospital Pediatrics, 3*(2), 108–117.
- WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Patient Identification. Patient Safety Solutions* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1097/00001786-200301000-00010>
- WHO Guidelines for Safe Surgery WHOSurgical Safety Checklist <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/> (letöltve: 2020. 03. 23.)
- World Health Organization. (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/69797>

## 11. MELLÉKLETEK

1. A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjai és a betegazonosítás .....	95
2. NEVES Betegcsere adatlap v1.....	99
3. NEVES Leletcsere adatlap v1 .....	102
4. A szakirodalmak kivonatolásához használt táblázat tartalma .....	105
5. A betegcsere szempontjából kiemelt kockázatú csoportok klinikum szempontjából történő összefoglalása.....	107
6. A betegcsere és a leletcsere lehetséges gyökérokai .....	110
7. Az ismeretlen vagy azonosítatlan betegek biztonságosabb azonosításának megvalósítása.....	143
8. A betegek tájékoztatását szolgáló plakát .....	145
9. A súlyos nemkívánatos események listája – a NEKED-ajánlás alapján .....	146
10. Fogalommagyarázat .....	148

## 1. melléklet. A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjai és a betegazonosítás („A fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjai”, 2016)

Standard címe: A BETEGAZONOSÍTÁS ÉS A BETEGHEZ TARTOZÓ DOKUMENTUMOK, MINTÁK, ANYAGOK, VALAMINT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ HASZNÁLT ESZKÖZÖK BETEGHEZ RENDELÉSE

**Érvényességi terület:** Fekvőbeteg-ellátás, Járóbeteg-ellátás

**Standard meghatározása:** Az egészségügyi szolgáltató az ellátási folyamat minden fázisában gondoskodik a betegek és az adott beteghez tartozó dokumentumok, minták, anyagok, valamint az egészségügyi ellátáshoz használt eszközök (a továbbiakban: eszközök) biztonságos azonosításáról.

**A standard célja:** Az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során minden beteg egyértelműen legyen azonosítható, és a beteghez tartozó valamennyi dokumentumot, eszközt, anyagot és mintát az ellátás minden fázisában és minden körülmények között egyértelműen hozzá lehessen rendelni ezen beteghez.

### A standard alkalmazásának magyarázata:

A betegek egyértelmű azonosítása a betegellátás biztonsága szempontjából kiemelt jelentőséggel bír az ellátás minden lépése során.

Valamennyi diagnosztikus és terápiás beavatkozás kapcsán előfordulhat, hogy az önazonosításra vagy kommunikációra képtelen állapotok (a szédáltság, a dezorientáció, a komatózus állapot, az értelmi, látási, hallási vagy kommunikációs akadályozottság, az újszülött-, csecsemő-, illetve gyermekkor, a személyi okmányok hiánya, vagy más, az azonosítás sikertelenségét eredményező helyzetek), továbbá a beteg áthelyezése során (másik ágyra, kórterembe, vagy másik betegellátó egységbe) a betegazonosítás nem megfelelően történik meg, és az akár súlyos következményekkel járó tévedéshez is vezethet.

Előfordulhat, hogy a betegek a betegségük miatt vagy más okból eltévednek az intézményben és nem találják vissza, esetleg rosszul lesznek. Ekkor a beteget és a felelős osztályt mielőbb azonosítani kell.

A fekvőbeteg-ellátásban vagy az egynapos ellátásban a fizikai betegazonosítók (pl. karszalag, vonalkód) segítik az egészségügyi személyzetet a beteg egyértelmű és kizárólagos azonosításában. A rendszer bevezetése és használata fokozza az ellátás biztonságát, mert

egyértelműen ellenőrizhetővé teszi, hogy valóban a megfelelő betegen végzik-e el a számára szükséges vizsgálatot, beavatkozást. A fizikai azonosítók a minták, dokumentumok, eszközök, anyagok beteghez rendelését is biztonságosabbá teszik. Az intézménynek törekednie kell arra, hogy lehetőség szerint minden beteg esetén alkalmazzák a fizikai azonosítókat.

Az azonosító rendszer kialakításakor figyelembe kell venni a személyes adatok védelmét. Ennek értelmében az érintett személyes és különleges (egészségügyi) adatait a gyógykezelésben részt vevő egészségügyi személyzeten kívül illetéktelenek nem ismerhetik meg. A betegazonosító formája, színe, alakja és jellege nem lehet olyan, ami diszkriminációra adhat lehetőséget, így nem lehet például messziről felismerhető jelzéssel ellátni egyes betegcsoportokat, és a jelzés nem lehet megbélyegző a betegellátás szempontjából, vagy a többi beteg előtt.

A téves betegazonosítás érinthet személyeket vagy az adott személyek testéből, szerveiből származó mintákat, vizsgálati, laboratóriumi anyagokat és beteghez kapcsolt dokumentumokat, azok összecserélését okozva. A beteghez tartozhat segédeszköz vagy egyéb egészségügyi ellátáshoz használt eszköz, amit vagy magával hoz, vagy az intézmény bocsájtja rendelkezésére (pl. inhalátor, inzulinpumpa). Ezeknek a mások által történő használata betegbiztonsági kockázattal jár. A tévesztés elkerülésére a mintákat, dokumentumokat, anyagokat és eszközöket is el kell látni betegazonosító jelzésekkel. Téves betegazonosítás gyanúja esetén (beleértve a dokumentumokat, mintákat, anyagokat, és eszközöket) az adott szervezeti egységnek jeleznie kell azt a beteg(ek) kezelőorvosai, ellátó egységei felé.

A betegazonosító rendszer használatát kötelezően előírja a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet 3. § (5) bekezdése. Eszerint „(5) [m]inden fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézményben biztosítani kell a betegellátás biztonságát fokozó betegazonosító rendszer működését, amelynek részletes szabályait a szervezeti és működési szabályzatban kell meghatározni, figyelemmel a hatályos adatvédelmi rendelkezésekre is.” A betegazonosítással kapcsolatos szabályokat a fekvőbeteg-ellátásra vonatkozóan az Egészségügyi Minisztérium 1/2005. számú irányelve rögzíti.

#### Érintett egységek, személyek:

**Érintett szervezeti egységek:** minden betegellátásban részt vevő szervezeti egység.

**Érintett munkaköri csoportok:** minden, a betegellátásban résztvevő munkaköri csoport.

**Érintett betegcsoportok:** minden betegcsoport.



A standard tartalma (a standard teljesüléséhez szükséges tevékenységek):

Sz.1. Az egészségügyi szolgáltató a beteg, a beteghez tartozó dokumentáció, valamint eszközök, anyagok és minták azonosítására, alkalmazásukra és az alkalmazás monitorozására – a kapcsolódó jogszabállyal és irányelvvel összhangban – szabályozást dolgoz ki.

A szabályozás kitér:

- a betegazonosító jelölés kialakításának módjára, ideértve az ismeretlen beteg azonosításának szabályait is;
- azon tevékenységekre, amelyeket megelőzően a beteg azonosítása kötelező;
- a beteghez tartozó levett és hozott minták, anyagok, eszközök, dokumentumok azonosításának módjára;
- a fizikai azonosító felhelyezésének és kiadásának helyére, a felelős személy megnevezésére, a kötelező tájékoztatás rendjére;
- az ellenőrzést végző személy kilétére és a dokumentációs kötelezettségére;
- a fizikai azonosító vissza-, ill. levételéért felelős személyre;
- a fizikai azonosító megsemmisítésének, vagy a betegdokumentációban történő elhelyezésének módjára;
- az azonosításnál észlelt eltérések kezelésére, illetve a téves azonosítás esetén követendő teendőkre.

Sz.2. Az egészségügyi szolgáltató meghatározza a betegazonosítással kapcsolatos képzés rendjét és tartalmát. A képzés kitér a betegazonosítással kapcsolatos eszközökre és azok alkalmazására is.

Sz.3. Az egészségügyi szolgáltató meghatározza a betegek, valamint a beteghez tartozó dokumentumok, minták, anyagok és eszközök azonosításában érintettek körét, feladataikat és felelősségüket.

O.1. Az új munkatársakat belépéskor oktatásban részesítik a betegazonosítással kapcsolatos szabályokra vonatkozóan. A vonatkozó szabályok releváns módosítása, illetve új szabály bevezetése esetén az érintett munkatársakat tájékoztatják, szükség esetén oktatják.

O.2. A betegazonosítással kapcsolatos szabályozás aktuális változatát minden munkatárs számára megismerhetővé teszik.

M.1. A betegek, illetve a beteghez tartozó dokumentumok, minták, anyagok és eszközök azonosításában érintett munkatársak köre, valamint a feladataik és a felelősségük meg van

határozva, a munkatársak a vonatkozó szabályokat ismerik, és a működést ennek megfelelően valósítják meg.

M.2. A munkatársak ismerik az esés szempontjából veszélyeztetett betegcsoportokat, állapotokat, veszélyforrásokat és körülményeket.

M.3. A beteghez tartozó dokumentumok, levett és hozott minták, anyagok és eszközök jelölésére, a beteg egyértelmű azonosítására a szabályozásnak megfelelő jelöléseket alkalmaznak.

M.4. Fekvőbeteg-ellátás esetén törekszenek a betegek együttműködésének elnyerésére a betegnek alkalmazott fizikai betegazonosító használatához.

M.5. A betegazonosító meglétét és megfelelőségét meghatározott rend szerint ellenőrzik, dokumentálják, és amennyiben szükséges, intézkednek az eltérések, hibák megszüntetéséről.

M.6. A beteg elbocsátásakor vagy a betegazonosító egyéb okból történő eltávolításakor a betegazonosítót megsemmisítik vagy a betegdokumentációban helyezik el.

S.1. Fizikai azonosítót alkalmaznak, ha a beteg képtelen a kommunikációra vagy akadályozott a kommunikációban, esetleg várhatóan az ellátása során válik akadályozottá benne.

S.2. Ismeretlen beteg esetén a beteget és a beteghez tartozó dokumentumokat, mintákat, valamint anyagokat és eszközöket egyértelmű azonosítóval látják el.

D.1. A hozott és levett mintákon, továbbá a betegekhez rendelt dokumentumokon, anyagokon és eszközökön olyan azonosítót alkalmaznak, amelyek biztosítják, hogy azokat egyértelműen hozzá lehessen rendelni az adott beteghez.

D.2. Fizikai betegazonosító alkalmazása esetén gondoskodnak annak az elbocsátáskor vagy az egyéb okból eredő eltávolításkor történő bevonásáról.

E.1. Rendszeresen monitorozzák, jelentik és értékelik a betegazonosítási hibákat, és intézkedéseket hoznak az előfordulásuk csökkentésére.

E.2. Felülvizsgálati tervvel rendelkeznek a beteg, illetve a beteghez tartozó dokumentáció, eszközök, anyagok és minták azonosításának gyakorlatára vonatkozóan, amelyben megjelölik a vizsgálat célját, tárgyát, felelőseit, gyakoriságát, határidejét, valamint a visszajelzés módját.

E.3. Rendszeresen felülvizsgálják az alkalmazott betegazonosítási gyakorlatot, szükség esetén pedig módosítják a szabályozást és a kapcsolódó tevékenységet

## 1. melléklet. NEVES Betegcsere adatlap v1

NEVES Betegcsere adatlap v1 Érvényes: 2014. október 31-től



### A NEVES JELENTÉSI RENDSZER BETEGCSERE ADATLAPJA V1

**Betegcsere:** ha valamely vizsgálat, beavatkozás, gyógyszerelés, egyéb terápiás tevékenység, diéta adása vagy egyéb egészségügyi szolgáltatás nem a megfelelő beteg számára történik.

Az oldaltévesztéssel, leletcserével és a nem betegcserével összefüggő gyógyszereléssel kapcsolatos nem várt események jelentéséhez kérjük, használja az azokhoz kifejlesztett jelentőlapokat.

**Adatszolgáltató intézmény\*** \_\_\_\_\_ **Az esemény azonosítója\*** \_\_\_\_\_

**Osztály azonosítója\*** \_\_\_\_\_

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.1. Az eseményt elszenvedő személy jellemzői

#### 1. Az eseményt elszenvedő személy jellemzői

1.1.1. **Életkor** (életév): \_\_\_\_\_

1.1.2. **Beteg neme\***  Férfi  Nő

1.3. **A beteg ismert jellemzői\*** (több is jelölhető)

- Beszédzavar  Hallászavar  Nincs  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 Egyensúlyzavar  Inkontinencia  Pszichés betegség  
 Érzékszavar  Látászavar  Tanulási nehézség  
 Fájdalom  Mozgáskorlátozottság  Tudatzavar

#### 2. Az esemény idején a beteg ellátásáért felelős szervezeti egység jellemzői

2.1. **Milyen egységben történt a beteg ellátása?\***

- Aktív osztály  Egynapos ellátás  Műtő  Rehabilitációs  
 Ápolási/ krónikus osztály  Járóbeteg  Nappali kórház  Egyéb: \_\_\_\_\_

2.2. **Milyen szakterületen dolgozó részlegben történt az esemény?\***

- Aneszteziológia  Diagnosztikai  Laboratórium  Rehabilitáció  
 Belgyógyászat  Dialízis  Műtétes  Sürgősségi  
 Csecsemő és gyermekgyógyászat  Geriátria  Patológia  Vérellátó  
 Intenzív osztály  Radiológia  Egyéb: \_\_\_\_\_

2.3. **Van az egységben a betegazonosítással kapcsolatos szabályozás?\***

- Igen  Nem  Nem ismert

2.4. **A betegazonosításhoz szükséges eszközök, felszerelések rendelkezésre állnak?\*** (karszalag, számítástechnikai háttér, fotó, stb.)

- Igen  Nem  Nem ismert

#### 3. Az esemény leírása

3.1. **A más beteg részére elrendelt/ elvégzett egészségügyi szolgáltatás típusa\***

- Diagnosztikai tevékenység  Egyéb egészségügyi szolgáltatás  Gyógyszeres terápia  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 Diéta  Egyéb terápia  Műtét, beavatkozás  Orvosi vizsgálat

3.2. **A beteg felvételének dátuma\***(év, hónap, nap) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3.3. **Az esemény bekövetkezésének dátuma** (év, hónap, nap) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3.4 **Az esemény bekövetkezésének időpontja** (24 órás formátum) \_\_\_\_ óra/ \_\_\_\_ perc

3.5. **Az esemény észlelésének dátuma\*** (év, hónap, nap) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3.6 **Az esemény észlelésének időpontja** (24 órás formátum) \_\_\_\_ óra/ \_\_\_\_ perc

3.7. **Az esemény észlelésének napja\***

- Munkanap  Munkaszüneti nap  Nem ismert

3.8. **Az esemény észlelésének napszaka\***

- Nappal  Nem ismert  Ügyeletben

3.9. **A beavatkozás, vizsgálat, egyéb szolgáltatás elvégzéséhez képest mikor észlelték a betegcserét?\***

- Alatt  Előtt  Nem ismert  Után

3.10. **A csere észlelésének helye?\***

- A beteg ellátásáért felelős egység  Más helyszínen  Nem ismert

**3.11. Az eseményt észlelő személy:\*** (több is jelölhető)

- |   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ápoló/ szakápoló | <input type="checkbox"/> Graduális képzésben lévő hallgató | <input type="checkbox"/> Laboratóriumi munkatárs | <input type="checkbox"/> Szakorvos    |
| <input type="checkbox"/> Asszisztens      | <input type="checkbox"/> Gyógytornász                      | <input type="checkbox"/> Műtősségéd              | <input type="checkbox"/> Szülésznő    |
| <input type="checkbox"/> Beteg            | <input type="checkbox"/> Hozzá tartozó                     | <input type="checkbox"/> Rezidens                | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

**3.12. Az esemény bekövetkezésénél jelen levő munkatárs\***

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 hónapnál régebben az egységben dolgozó munkatárs                    | <input type="checkbox"/> Munkatárs nem volt jelen |
| <input type="checkbox"/> Egyéb munkatárs (új dolgozó (<3 hó), helyettes, konzulens, ügyeletes) | <input type="checkbox"/> Nem ismert               |

**3.13. Az előkészítés, beavatkozás, ellátás előtt megerősítették a beteg személyazonosságát?\***

- |                               |                              |                                     |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

**3.14. A betegazonosítás módja az esemény kapcsán\*** (több is jelölhető)

- |   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Személyazonosító okirattal | <input type="checkbox"/> Személyzet által | <input type="checkbox"/> Telefonon    | <input type="checkbox"/> Nem történt azonosítás |
| <input type="checkbox"/> Önazonosítás szóban        | <input type="checkbox"/> szóban           | <input type="checkbox"/> Karszalaggal | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____           |

**3.15. Jelen volt azonos vagy hasonló nevű beteg az ellátás helyszínén?\***

- |                               |                              |                                     |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

**3.16. A beavatkozást/ szolgáltatást végző és az osztályos ellátást végző személye megegyezik?\***

- |                               |                              |                                     |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

**3.17. Ki nyerte el a tájékozott beleegyezést?\***

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A beavatkozást/ szolgáltatást végző személy           | <input type="checkbox"/> Más személy |
| <input type="checkbox"/> A tájékozott beleegyezés elnyerésére nem volt szükség | <input type="checkbox"/> Nem ismert  |

**3.18. Történt olyan osztályok, részlegek, telephelyek közötti betegszállítás, amely kapcsolatba hozható az esemény kialakulásával?\***

- |                               |                              |                                     |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

**3.19. Kapott a beteg tudatmódosító szert az eseményt megelőzően?\***

- |                               |                              |                                     |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

**3.20. Hogyan és milyen körülmények között történt az esemény?\*** (több is jelölhető)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> A beteget nem azonosították                   | <input type="checkbox"/> Fogyatékossgal élő beteg             | <input type="checkbox"/> Rosszul azonosított beteg                      |
| <input type="checkbox"/> Adminisztrációs rendszer hibája               | <input type="checkbox"/> Késések, időhiány                    | <input type="checkbox"/> Szóbeli utasítás                               |
| <input type="checkbox"/> Betegazonosító eszközzel nem rendelkező beteg | <input type="checkbox"/> Kiskorú beteg                        | <input type="checkbox"/> Szokásosnál kisebb létszámú személyzet         |
| <input type="checkbox"/> Betegek egymás között cseréltek               | <input type="checkbox"/> Kommunikációs eszközök meghibásodása | <input type="checkbox"/> Téves betegátadás                              |
| <input type="checkbox"/> Betegek egymás között cseréltek               | <input type="checkbox"/> Leterheltség                         | <input type="checkbox"/> Téves rendelésfeladás                          |
| <input type="checkbox"/> Betegirányítási probléma                      | <input type="checkbox"/> Megzavart betegátadás                | <input type="checkbox"/> Véletlenül elvégzett beavatkozás/ szolgáltatás |
| <input type="checkbox"/> Életveszélyes állapotú beteg                  | <input type="checkbox"/> Nem kooperáló beteg                  | <input type="checkbox"/> Zsúfoltság                                     |
| <input type="checkbox"/> Ellenőrzési lista hiánya                      | <input type="checkbox"/> Olvashatatlan kérőlap                | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Figyelmetlenség                               | <input type="checkbox"/> Pontatlan utasítás                   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Pszichiátriai beteg                  |   |

**4. Az esemény következményei****4.1. Milyen mértékű károsodást szenvedett a beteg?\***

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> A beteg elhunyt (a betegbiztonsági incidens következtében)  |
| <input type="checkbox"/> Enyhe (minimális károsodás – a beteg fokozott megfigyelést, hosszabb kezelést igényelt)           |
| <input type="checkbox"/> Közepes (rövid ideig fennálló károsodás – további kezelési igény, vagy beavatkozás szükségessége) |
| <input type="checkbox"/> Nem történt sérülés   |
| <input type="checkbox"/> Súlyos (maradandó, vagy hosszútávon fennálló károsodás)   |

**4.2. Milyen hatása volt az esetnek a betegre?\***

- |                                 |                                  |                                |   |                                    |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anyagi | <input type="checkbox"/> Fizikai | <input type="checkbox"/> Lelki | <input type="checkbox"/> Nem volt hatás | <input type="checkbox"/> Szociális |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|

**4.3. Amennyiben fizikai hatása volt, akkor az alábbiak közül melyeket észlelték?\*** (több is jelölhető)

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ájulás, eszméletvesztés              | <input type="checkbox"/> Folyadék-, vérvesztés                             | <input type="checkbox"/> Láz (>38 °C)                                   | <input type="checkbox"/> Neurológiai                   |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                           | <input type="checkbox"/> Gyomor-bél panaszok (hányinger, hányás, hasmenés) | <input type="checkbox"/> Légzőrendszeri problémák (fulladás, aspiráció) | <input type="checkbox"/> Váratlan állapotromlás        |
| <input type="checkbox"/> Bőr/szöveti sérülés (nyomási fekély) | <input type="checkbox"/> Halál   | <input type="checkbox"/> Nem ismert                                     | <input type="checkbox"/> Váz-, izomrendszeri problémák |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom                             | <input type="checkbox"/> Hipotermia (<35°C)                                | <input type="checkbox"/> Nem tervezett szövet vagy szervpunkció         | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____                  |

NEVES Betegcsere adatlap v1 Érvényes: 2014. október 31-től



**4.4. Az esemény miatt szükségessé vált-e az alábbiak valamelyike?\*** (több is jelölhető)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> A tervezettnél hosszabb fekvőbeteg ellátás | <input type="checkbox"/> Egyik sem                         | <input type="checkbox"/> Új beavatkozás indikálása   |
| <input type="checkbox"/> Áthelyezés más egységbe                    | <input type="checkbox"/> Fekvőbeteg ellátás kezdeményezése | <input type="checkbox"/> Új gyógyszeres kezelés      |
| <input type="checkbox"/> Áthelyezés más intézménybe                 | <input type="checkbox"/> Konzultáció más szakmával         | <input type="checkbox"/> Új vizsgálat(ok) indikálása |
| <input type="checkbox"/> Beavatkozás elhalasztása                   | <input type="checkbox"/> Nem ismert                        | <input type="checkbox"/> Vizsgálat megismétlése      |
| <input type="checkbox"/> Beavatkozás törlése                        | <input type="checkbox"/> Terápia módosítása                | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____                |

**4.5. Az esemény következtében szükséges beavatkozás/vizsgálat**  
(pl. szakorvosi ellátás, kontroll- és laborvizsgálatok, terápia módosítása...)

**5. Az esemény részletes leírása**

**5.1. Az esemény és a körülmények részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket**

**5.2. Véleménye szerint mely tényezők vezethettek az esemény kialakulásához?** (több is jelölhető) \*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beteg tényezők (pl. klinikai állapot, szociális / fizikai / pszichés tényezők, kapcsolati tényezők)  | <input type="checkbox"/> Munka és környezeti tényezők (pl. rossz/túlzott adminisztráció, dokumentációs fegyelmezetlenség, fizikai környezet, túlzott munkaterhelés vagy túlmunka, időnyomás) |
| <input type="checkbox"/> Csapat és szociális tényezők (pl. szerep- és feladat meghatározás, vezetési, szervezeti, kulturális tényezők)  | <input type="checkbox"/> Munkával kapcsolatos tényezők (pl. munkautasítás, folyamatleírások hozzáférhetősége)  |
| <input type="checkbox"/> Felszerelésekkel és anyagi forrásokkal kapcsolatos tényezők (pl. betegazonosító karszalag, számítógépek hozzáférhetősége, "check lista" használatának bonyolultsága) | <input type="checkbox"/> Nem ismert  |
| <input type="checkbox"/> Gyógyszereléssel kapcsolatos tényezők (pl. ha egy vagy több gyógyszer direkt módon hozzájárulhatott az eseményhez)   | <input type="checkbox"/> Oktatási és továbbképzési tényezők (pl. a gyakorlati oktatás hozzáférhetősége)  |
| <input type="checkbox"/> Kommunikációs tényezők (pl. egyének, csoportok, ill. szervezetek közötti szóbeli, írott és/vagy non-verbális kommunikáció)   | <input type="checkbox"/> Szervezeti és stratégiai tényezők (pl. szervezeti struktúra, szerződő fél/ügynökség alkalmazása, szervezeti kultúra)  |
|   | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____  |

**5.3. Amennyiben az 5.2. kérdésben felsorolt tényezők valamelyike szerepet játszott az esemény kialakulásában, kérjük, valamennyit részletezze az alábbiakban**

**5.4. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna az eseményt megelőzni?** (szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, munkavédelmi szabályok betartása, jobb dokumentációs gyakorlat)

**6. Kitöltés**

**6.1. Kitöltés dátuma** (év, hónap, nap) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**6.2. Adatlapot kitöltő(k) képzettsége:** \_\_\_\_\_



### 3. melléklet. NEVES Leletcsere adatlap v1



NEVES Leletcsere adatlap v1 Érvényes: 2014. november 30-tól

#### NEVES JELENTÉSI RENDSZER LELETCSERE JELENTŐLAPJA V1

**Leletcsere:** a beteg azonosítóját tartalmazó olyan lelet, amelynek szakmai tartalma nem az azonosított beteg mintája, képpalkotó, vagy egyéb vizsgálata alapján készült.

**Adatszolgáltató intézmény\*** \_\_\_\_\_ **Osztály azonosítója\*** \_\_\_\_\_

**Az esemény azonosítója\*** \_\_\_\_\_

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

#### 1. A leletvételezésben érintett beteg jellemzői

**1.1. Életkor** (életév): \_\_\_\_\_ **1.2. Nem\***  Férfi  Nő

**1.3. A beteg funkcióképesség zavarai és kommunikációs jellemzői\*** (több is jelölhető)

- Beszédszavar  Jól kommunikáló,  Magyarul nem beszél  Pszichiátriai betegség  
 Érzékszavar önazonosításra alkalmas  Nem ismert  Tudatszavar  
 Fájdalom felnőtt, gyermek  Önazonosításra  Egyéb: \_\_\_\_\_  
 Hallászavar  Látászavar  alkalmatlan kiskorú

#### 2. A beteg ellátásáért felelős szervezeti egység jellemzői

**2.1. A beteg ellátásáért felelős egység\*** (a mintavétel, vizsgálat elrendelője)

- Aktív, nem műtétes  Egynapos sebészet  Műtétes  Rehabilitációs  
 Ápolási/ krónikus osztály  Járóbeteg ellátás  Nappali kórház  Egyéb: \_\_\_\_\_

**2.2. A beteg ellátásáért felelős egységben van-e szabályozás a dokumentációban szereplő betegazonosításra?\***

- Igen  Nem  Nem ismert

#### 2.3. Mintavétel

**2.3.1. A mintavétel helyszíne (egység, részleg)**

- Betegágy, kórterem  Ismeretlen  Kezelő, vizsgáló  Vérellátó  
 Elektrodiagnosztika  Képpalkotó diagnosztika (pl. RTG,  Laboratórium  Egyéb:  
(pl. EKG, EEG, CTG) CT, MRI, UH, izotóp)  Műtő

**2.3.2. A betegellátás a mintavétel/ beavatkozás/ vizsgálat során a szokásos létszámmal történt?**

- Igen  Kevesebb dolgozóval  Nem ismert  Több dolgozóval

#### 2.3.3. Hogyan történik a minta betegre vonatkozó azonosítása?

**2.3.3.1. A mintát tartalmazó tartályra ragasztott etikett tartalma**

- Egyéb  Kézzel történik a beteg azonosítójának rögzítése  
 Előre nyomtatott a beteg azonosítóival  Nem ismert  
(pl. vonalkód/ QR kód/ kórházi törzsszám)

**2.3.3.2. Mikor történik a beteg azonosítójának elhelyezése a mintavételi tartályra?**

- A mintavétel előtt  A mintavételt követően  Ismeretlen  Nem szabályozott

**2.4. Képpalkotó/egyéb vizsgálatok esetében a beteg azonosítása a leleten miként történik?**

- Előre nyomtatott  Kézzel  Számítógépes rendszerből automatikusan a leletre  
etikett alkalmazásával  Nem ismert  kerülnek a beteg azonosítói

#### 3. Az esemény leírása

**3.1. A beteg felvételének dátuma\*** (év, hónap, nap) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**3.2. A mintavétel/ vizsgálat elrendelésének dátuma\*** (év, hónap, nap) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**3.3. A mintavétel/ vizsgálat elrendelésének napja\***

- Munkanap  Munkaszüneti nap  Nem ismert

**3.4. A mintavétel/ vizsgálat dátuma\*** (év, hónap, nap) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**3.5. A mintavétel/ vizsgálat napja\***  Munkanap  Munkaszüneti nap  Nem ismert

**3.6. A leletcsere észlelésének dátuma\*** (év, hónap, nap) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**3.7. A leletcsere észlelésének helye\***

- A beteg ellátásáért felelős egység  Nem ismert  
 Mintavétel/ vizsgálat helyszíne  Egyéb: \_\_\_\_\_

**3.8. Hogyan észlelték az eseményt?**

- Az eredménytől függetlenül a lelet kiadásakor/ továbbításakor az elrendelő felé  Az eredménytől függetlenül a mintavétel/ vizsgálat/ beavatkozás helyén  Az eredménytől függetlenül az elrendeléskor



NEVES Leletcsere adatlap v1 Érvényes: 2014. november 30-tól

Nem ismert  Vizsgálati eredmény alapján  Egyéb  
**3.9. A mintavétel/ vizsgálat idején a beteg viselt betegazonosító karszalagot vagy egyéb jelölést?\***

Igen  Nem  Nem ismert

**3.10. Éber volt a beteg a mintavétel/ vizsgálat megkezdése előtt?\***

Igen  Nem  Nem ismert

**3.11. Hogyan és milyen körülmények között történt az esemény?\*** (több is jelölhető)

A mintavétel/ vizsgálat előkészítését megzavarták  Hiányos betegazonosítók a vizsgálatkérő lapon  Megzavart mintavételi/ vizsgálati folyamat

A vizsgálat szóbeli elrendelése és utólagos rögzítése a betegdokumentációban  Idegenajkú beteg  Nem ismert

Azonosító címke sérülése, elvesztése  Informatikai rendszer hibája  Nem kooperáló beteg

Figyelmetlenség  Késések, időhiány  Rosszul felcímkézett vizsgálati anyag, rtg. kazetta

Kézrel írott dokumentáció  Zsúfoltság

Kiskorú beteg  Megzavart leletezési folyamat  Egyéb: \_\_\_\_\_

#### 4. Az esemény következményei

**4.1. Történt ismételt mintavétel/ vizsgálat?\***  Igen  Nem  Nem ismert

**4.2. A leletvévétel miatt történt indokolatlan további vizsgálat, terápia?\***

Igen  Nem  Nem ismert

**4.3. A leletvévétel okozott késést a diagnózis felállításában?\***

Igen  Nem  Nem ismert

**4.4. A leletvévétel okozott késést a szükséges további vizsgálatok, terápia végzésében?\***

Igen  Nem  Nem ismert

**4.5. Milyen mértékű károsodást szenvedett beteg?\***

A beteg elhunyt (a betegbiztonsági incidens következtében)  Közepes (rövid ideig fennálló károsodás – további kezelési igény, vagy beavatkozás szükségessége)

Enyhe (minimális károsodás – a beteg fokozott megfigyelést, hosszabb kezelést igényelt)  Nem történt sérülés

Súlyos (maradandó, vagy hosszútávon fennálló károsodás)

**4.6. Milyen hatása volt az esetnek a betegre?\***

Anyagi  Fizikai  Lelki  Nem volt hatás  Szociális

#### 5. Az esemény részletes leírása

**5.1. Az esemény és a körülmények részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket**

**5.2. Véleménye szerint mely tényezők vezethettek az esemény kialakulásához?** (több is jelölhető)

Beteg tényezők (pl. klinikai állapot, szociális/ fizikai/ pszichés tényezők, kapcsolati tényezők)  Kommunikációs tényezők (pl. egyének, csoportok, ill. szervezetek közötti szóbeli, írott és/ vagy non-verbális kommunikáció)

Csapat és szociális tényezők (pl. szerep- és feladat meghatározás, vezetési, szervezeti, kulturális tényezők)  Munka és környezeti tényezők (pl. rossz/ túlzott adminisztráció, fizikai környezet, túlzott munkaterhelés vagy túlmunka, időnyomás)

Érvényes szabályozóktól való eltérés (véletlenül, tudáshiány miatt, szándékosan)  Munkával kapcsolatos tényezők (pl. protokollok, szabályozók, folyamatleírások hozzáférhetősége)

Felszerelésekkel és anyagi forrásokkal kapcsolatos tényezők (pl. betegazonosító karszalag, számítógépek hozzáférhetősége, "check lista" használatának bonyolultsága)  Nem ismert

Gyógyszereléssel kapcsolatos tényezők (pl. ha egy vagy több gyógyszer direkt módon hozzájárulhatott az eseményhez)  Oktatási és továbbképzési tényezők (pl. szakmai tapasztalat mértéke, a gyakorlati oktatás hozzáférhetősége)

Szervezeti és stratégiai tényezők (pl. szervezeti struktúra, szerződő fél/ ügynökség alkalmazása, szervezeti kultúra)

Egyéb: \_\_\_\_\_



NEVES Leletcsere adatlap v1 Érvényes: 2014. november 30-tól

**5.3. Amennyiben az előző kérdésben felsorolt tényezők valamelyike szerepet játszott az esemény kialakulásában, kérjük, valamennyit részletezze az alábbiakban**

**5.4. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna az eseményt (leletcsere) megelőzni?** (szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, munkavédelmi szabályok betartása)

#### **6. Kitöltés**

**6.1. Kitöltés dátuma** (év, hónap, nap): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**6.2. Adatlapot kitöltő(k) képzettsége:** \_\_\_\_\_



#### 4. melléklet. A szakirodalmak kivonatolásához használt táblázat tartalma

(Sinka et al., 2019)

A táblázat fejlécében szereplő kategóriák:

1. Cikkazonosító sorszám
2. ALAPINFORMÁCIÓK
  - 2.1. Kivonatoló neve
  - 2.2. Szerző
  - 2.3. Év
  - 2.4. Cím
  - 2.5. Megjelenés helye
  - 2.6. DOI- vagy ISBN-szám (ha rendelkezik ilyennel)
  - 2.7. *Review* típusa (javasolt választási lehetőségek: nem *review*, *meta-analysis*, *review*)
  - 2.8. Absztrakt (a szakirodalom rövid összefoglalója)
3. ÁTTEKINTÉS
  - 2.6. Cikk célja
  - 2.7. Cikk tárgya (amennyiben több részterület is van a kutatott témában, érdemes jelölni, hogy az adott irodalom ezek közül melyikkel foglalkozik)
  - 2.8. Definíció a kutatás fogalmai tárgyában
4. MÓDSZERTAN
  - 2.9. Szakirodalom-keresési módszertan (*review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető)
  - 2.10. Beválogatott cikkek száma (*review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető)
  - 2.11. Összefoglaló táblázat a *review*-k eredményeiből (*review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető; annyit érdemes feltüntetni, hogy van vagy nincs ilyen összefoglaló táblázat az irodalomban)
  - 2.12. Egyéb alkalmazott módszertan (*review* típusú szakirodalmaknál értelmezhető)
  - 2.13. A következtetések minősége
5. SZAKMAI SZEMPONTOK
  - 2.14. Adatok köre (javasolt a kategóriákat előre meghatározni, pl. nemzetközi, országos, intézményi szintű)
  - 5.2. Érintett munkakörök (javasolt a kategóriákat előre meghatározni)
    - 5.3. Érintett tevékenységek, folyamatok, egység
    - 5.4. Érintett témakörök a cikkben (javasolt kategóriák: gyökérok, hozzájáruló tényező)
    - 5.5. Feltárt okok és hozzájáruló tényezők

- 5.6. Van-e említve jelentési rendszer (válaszlehetőségek: igen, nem)
- 5.7. Intézkedések (ide célszerű kimásolni a szövegkörnyezetével együtt a tárgyhoz kapcsolódó intézkedéseket)
- 5.8. Kulcsszó az intézkedéshez (az előző cellában említett intézkedések felsorolása kulcsszavak használatával: pl. oktatás, védőeszköz)
  - 5.9. Költségek
  - 5.10. Támogató erők
  - 5.11. Korlátozó erők
  - 5.12. Az intézkedés limitációi, ill. fenntarthatósága

## 6. ÖSSZEGZÉS

- 2.15. Eredmény
- 2.16. Konklúzió, tanulság
- 2.17. A cikk limitációi, érdekeltségek

## 5. melléklet. A betegcsere szempontjából kiemelt kockázatú csoportok klinikum szempontjából történő összefoglalása

(saját szerkesztés)

bármilyen okból cselekvőképtelen beteg

- cselekvőképességét elvesztett beteg (ellátás során)
- cselekvőképességében korlátozottá vált beteg

kiskorú beteg

kommunikációra képtelen vagy kommunikációban akadályozott beteg

- beszédzavarban szenvedő beteg
- autizmussal élő beteg
- beszédfogycatékosság
- dadogás
- afázia
- pöszeség

idegen nyelvű beteg

- magyar nyelvet nem beszélő, nem értő személy

értelmi fogyatékosság

hallászavar

- siketség
- nagyothallás

látássérülés

- látászavar
- vakság

gyengénlátás

mozgáskorlátozottság

halmozott fogyatékoság

érezszavar

fájdalom

eszméletlenség

átmeneti öntudatlanságot okozó állapotok

- műtét
- altatás

bármilyen okból képtelenné válás az önrendelkezésre

- egészségügyi ok
- egyéb ok

ismert, gyakori eszmélet- vagy tudatvesztést okozó betegségek

- epilepszia
- fejsérülés
- *diabetes* (hipoglikémiás kóma, hiperglikémiás kóma)
- veseelégtelenség
- májbetegségek
- mérgezések (drog, alkohol, gyógyszer)
- láz
- fertőzés
- kiszáradás
- akut agyi keringési zavarok
- *stroke*

tudat- vagy személyiségzavar, ami a személyi adatok közlésének képtelenségéhez vezet

mentálisan zavart beteg

- pszichés betegség
- figyelem zavarai
- érzékelés zavarai (mennyiségi zavara – hipesztézia: katatón állapot, depresszió, szedáció –;  
hiperesztézia: mánia, hisztéria)
- orientáció zavarai (autopszichés dezorientáció, allopszichés orientáció zavarai)
- a gondolkodás alaki/mennyiségi zavarai (felgyorsult: logorrhea, gondolatrohanás;  
meglassult: gondolatelakadás, elszegényesedett, mentális retardáció, demencia)
- a gondolkodás minőségi/általános/tartalmi zavarai (primer inkoherenca, kuszaság,  
paralógia, alogia)
- az emlékezés zavarai
- magatartás
- betegségtudat/betegségbelátás

a tudatállapotot befolyásoló gyógyszeres kezelés alatt álló betegek

érvényes társadalombiztosítási jogviszonnal nem rendelkező betegek

ismeretlen beteg

megkülönböztetés nehézsége küllem alapján: nem európai rasszhoz tartozó beteg, küllemi hasonlóság

## 6. melléklet. A betegcsere és a leletcsere lehetséges gyökérokai

(oki kutatás eredményei alapján, saját szerkesztés)

Az alábbi táblázatokban a betegcsere és a leletcsere előfordulásának és megelőzésének témájában az alábbi fő tényezők (emberek, módszerek, eszközök, körülmények, kommunikáció) szerinti csoportosításban előforduló lehetséges gyökérok kerülnek bemutatásra.

A táblázatok részletesek, azonban természetesen nem teljeskörűek. Minden intézmény és szervezeti egység saját tényezői és sajátosságai mentén további okok kerülhetnek látótérbe az adott környezetben.

A jelen melléklet az alábbi táblázatokból áll:

A/1 táblázat: Emberek: Betegek .....	111
A/2 táblázat: Emberek: Egészségügyi dolgozók .....	114
B táblázat: Módszerek.....	117
C táblázat: Eszközök .....	125
D táblázat: Körülmények .....	128
E táblázat: Kommunikáció .....	133

A probléma hátterében nagyon sok alkalommal az oktatás, a szabályozás, az ellenőrzés, valamint a szabályozás bevezetésének hiányosságait, továbbá a szervezeti kultúra negatív hatásait lehet azonosítani. Ezeket előfordulásuk helyén összefoglaló néven tüntettük fel. Az oktatással, a szabályozásokkal, továbbá az ellenőrzéssel és a szervezeti kultúrával kapcsolatos problémák oki struktúráit külön táblázatokban bontottuk ki (ld. F–I táblázat).

F táblázat: Az oktatás hiányosságai .....	135
G táblázat: A szabályozás és a szabályozás bevezetésének hiányosságai .....	137
H táblázat: Az ellenőrzés hiányosságai .....	139
I táblázat: A szervezeti kultúra hiányosságai .....	141

## A/1 táblázat

**Emberekkel, azon belül is betegekkel kapcsolatos okok**, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint	Ok 6. szint
<b>EMBEREK (BETEGEK)</b>						
	<b>A páciens együttműködésének hiánya</b>					
		nem informált beteg				
			kommunikációs probléma			
			a folyamatok helytelen kialakítása			
				elmarad az aktuális gyakorlati tapasztalattal rendelkező munkatárs bevonása		
			a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>			
		az egészségügyi kultúra alacsony szintje				
			a betegek tájékoztatásának hiánya az azonosítás fontosságáról, miértjéről			
				a szervezetek nem ismerik fel a jelentőségét		
					nincs előtérben a betegbiztonság	
						a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>I</sup>
						a jógyakorlatok hiánya
						nem szolgáltatásként kezelik az ágazatot
						vezetői elvárás hiánya
						kommunikáció hiánya
		bizalmatlanság				
			a szakma alacsony társadalmi presztízse			

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

			nem ügyfélbarát kiszolgálás
			a partneri viszony hiánya
			motiváció hiánya
			a páciens nincs tisztában a szolgáltatás pénzbeli értékével
			a térítés nem közvetlenül történik
			a betegek nincs információja a szolgáltatás pénzbeli értékéről
			szándékos leletcsere produkálása
			negatív/hamis lelet szüksége ismerős részére (pl. alkalmatlan személy részére munka-/gépjárművezetői alkalmasság megszerzése érdekében)
			személyes kapcsolat nyomása
			az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
			egyéni felelőtlenség
			a személyazonosító okmányok hiányos bemutatása
			a munkatársak következetességének hiánya
			konfrontáció elkerülése
			nagy betegforgalom
			türelmetlenség
			<b>Iratok nélkül érkező beteg</b>
			együttműködés hiánya
			nemtörődömség
			sürgető eset
			VIP-betegek
			a diszkréció igénye
			a pozíció/probléma szenzitivitása

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)



	<b>Téves okmányok betegazonosításra történő átadása kiemelt kockázati csoportú egyén esetén</b>	
		véletlen
		a kísérő személyes korlátai
		több gyermek/gondozott/áthelyezett személy és irataiknak nem kellő kezelése
		sürgető szükség
	<b>Kiemelt kockázati csoportú beteg</b> (részleteiben lásd a 2. táblázatot, illetve a 5. mellékletben)	
	<b>Életveszélyes állapotú páciens</b>	
	<b>Hívásra más beteg jelentkezése</b>	
		ugyanolyan nevű személyek együttes jelenléte
		a beteg nem érti vagy nem hallja helyesen a nevét
		a beteg előbb be akar jutni a vizsgálatra, mint ahogy ő következne
	<b>A beteg elcseréli a karszalagját</b>	
		pszichés betegség
	<b>Ismeretlen vagy azonosítatlan beteg</b>	

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

## A/2 táblázat

**Emberekkel, azon belül is az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos okok, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)**

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint	Ok 6. szint	Ok 7. szint
<b>EMBEREK (EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK)</b>							
<b>A szabályok nem követése</b>							
		Nem akarja a szabály szerint végezni a feladatot					
		Motiváció hiánya					
			A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>				
			Az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>				
			Az ellátó egység rutinja				
				Az idősebb kollégák ellenállása			
				Megszokás			
			Nemtörődömség				
			Nem érti, miért fontos				
				Ismerethiány			
					Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>		
			Ideiglenes munkatárs (bérnővér)				
				Az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>			
				Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>			
		Nem tekinti feladatának					
			Tisztázatlan kompetenciák				
				A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>			
			Az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>				
		Nem tudja a szabály szerint végezni a feladatát					
		Nincsenek biztosítva a szabályok követésének feltételei					
			Eszközhiány				
		Kedvezőtlen körülmények					
			Kapkodás				
					Időkényszer		
						Létszámhiány	

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

						Rossz szervezés
						Megnövekedett feladatmennyiség
					Fáradtság	
					Túlterheltség	
					Létszámhiány	
					Az ellátó személyzet valamely tagja átmenetileg távol van	
					A munkavállaló több munkahelyen dolgozik	
					Túlóra	
					Több műszak, változó munkaidő	
					Személyes okok	
					Stressz	
					Emberi tényezők	
					Rossz szervezeti légkör	
			A beteg együttműködésének hiánya. Az ezzel kapcsolatos részletes oki struktúrát lásd az A/1 táblázatban.			
			Nem tudja, hogyan kellene szabályszerűen végezni a feladatot			
			Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>			
			A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>			
	<b>Figyelmetlenség</b>					
		Rutintalanság vagy helytelen rutin				
		Gyakorlatlanság				
		Ismerethiány				
		Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>				
		Túlterheltség				
		Kapkodás				
		Időkényszer				
		Fáradtság				
		Stressz				

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

			Létszámhiány
			Fluktuáció
			Megzavarás
			<b>Ismerethiány</b>
			Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
			<b>Motiváció hiánya</b>
			Az ápolói teljesítmény elismerésének hiánya
			A szervezeti kultúra hiányosságai <sup>I</sup>
			Intézményi gyakorlatok, szokások
			Intézményi hierarchia
			A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
			Az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
			Az ellátó egység rutinja
			Az idősebb kollégák ellenállása
			Megszokás
			Nemtörődömség
			Nem érti, miért fontos
			Ismerethiány
			Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
			<b>Ideiglenes munkatárs, külsős/részmunkaidős dolgozó</b>
			Az elköteleződés hiánya
			A helyi szabályrendszer ismeretének hiánya
			Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
			A folyamatosság hiánya
			<b>Pályakezdő munkatárs</b>
			A tapasztalat hiánya
			A helyi szabályrendszer ismeretének hiánya
			Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
			<b>Tudatmódosító szer használata</b>
			<b>Szándékos károkozás</b>

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

**B táblázat**

**Módszerekkel kapcsolatos okok**, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere háttérében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
<b>MÓDSZEREK</b>					
	<b>Adminisztrációs hiba</b>				
		elgépelés (számok, betűk felcserélése, rosszul leírt nevek)			
		feszültség, pszichés terheltség			
			betegelégedetlenség		
		megnövekedett adminisztrációs feladat			
			fokozott komplexitás		
			finanszírozási szabályok		
		azonos/hasonló nevű személyek egyidejű jelenléte			
		figyelmetlenség			
	<b>kommunikációs hiba</b>				
		infrastrukturális tényezők			
			rossz kialakítású épület		
			áthallások		
			zavaró környezeti tényezők		
		a pontosítás elmaradása, a kétirányú kommunikáció hiánya			
	a beutaló és a betegtől szerzett információk összevetésének hiánya				
	a páciens hozzátartozója foglal időpontot téves vagy saját adatok megadásával				
		a későbbi javítás elmaradása (pl. sorszám alapján szólítás)			
	létszámhiány				

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

			nem a szükségleteknek megfelelő munkaszervezés
			az előrelátás hiánya
			átmeneti humánerőforrás-hiány
			betegség
			tanulmányok
			tartós humánerőforrás-hiány
			hiányszakma
			a képzés hiánya
			a jelentkezők hiánya
			hátrányos térség
			nehéz munkaterület
			rossz munkahelyi légkör
			a szabályok megszegése
			az ellenőrzés hiánya
			az ellenőrzési terv hiánya
			a vezetői igény hiánya
			nem betartható szabályok
			a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>I</sup>
			hiányos beutaló
			dokumentációs fegyelmezetlenség
			túlterheltség
			szakmai igénytelenség
			ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
			nem a beteg nevére kiállított beutaló
			dokumentációs fegyelmezetlenség

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

				megzavarás
				több beteg együttes jelenléte a rendelőben/vizsgálóhelyiségben
				több nyitott betegdokumentáció a számítógépben
				azonos/hasonló nevű személyek egyidejű jelenléte
				a kollégák együttműködésének hiánya
				munkatársi sürgetés
				a feladatok sokasága
				a betegazonosítás fontosságának figyelmen kívül hagyása
				az oktatás hiányosságai
		tömeges címkenyomtatás (vérvételi címke, betegazonosító karszalag)		
		folyamatban történő munkavégzés		
				az időgazdálkodás racionalizálása
				túlterheltség
				alacsony létszámú személyzet
		előre, tömegesen, más személy által megírt vérvételi csövekbe történik a vérvétel		
		a nappalos műszak tehermentesítése		
				munkaszervezés
		nem megfelelő beteghez rendelt vizsgálati anyag		
		a csövön szereplő azonosítók valamelyike eltér a rendelésen szereplő azonosítótól		
				a beteget nem azonosítják a mintavétel során
				a címkézési folyamat hibája
				a mintavétel térben és/vagy időben elkülönülten történik

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

			a címkék csoportos felhelyezése
			a címkék nem kompetens személyek általi kezelése
			kézzel írott címke
			a minták nem megfelelő kezelése, szállítása
			hasonló nevű betegek az eredmények medikai rendszerbe történő rögzítésének alkalmával
			gondatlanság: a címke vérvételi csőre történő ragasztása
			három független betegazonosító feltüntetésének hiánya a vérvételi csövön
			több személy jelenléte a vérvételi fülkében
			a speciális azonosítás szabályozásának, kivitelezésének hiánya a speciális csöveknél
			nincs azonosító a csövön
	<b>A betegtársak bevonásának hiánya</b>		
			a segítő szerepük felismerésének hiánya
			az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
			nem partneri viszony
	<b>A pozitív betegazonosítás hiánya az előkészítés, beavatkozás, ill. ellátás előtt</b>		
			a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
			nem ismerik a pozitív betegazonosítást
			az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
			a munkatársak feleslegesnek, megalázóknak gondolják
			tartanak attól, hogy a beteg elveszti a bizalmát
			az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
			az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
	<b>Az ellenőrző lista használatának hiánya</b>		

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)



		a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
		a munkatársak nem értik, miért kellene használni
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
		az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
	<b>Az ellenőrző lista nem megfelelő használata</b>	
		nem tudják, hogyan kell helyesen használni
		a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
		a beteg jelenléte és közreműködése nélkül töltik ki az ellenőrző listát
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
		az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
		nem a megfelelő időpontban töltik ki az ellenőrző listát
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
		túlterheltség, kapkodás
		az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
	<b>Hibás szállítási folyamat az osztályok, részlegek, telephelyek között (betegek, minták)</b>	
		helytelen átadás
		a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
		kommunikációs problémák
		a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
		információhiány
	<b>A beavatkozások előtti azonosítás hiánya</b>	

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

		a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
		az azonosító karszalag, vagy mintaazonosító nem olvasható
		nyelvi korlátozottság az ellátó és a beteg között
		helytelenül azonosított, címkézett minta
		helytelenül azonosított, címkézett vérkészítmény
		egy időben több betegnél ugyanolyan beavatkozás történik
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
	<b>A diagnosztikus kép beutaló alapján történő összevetésének, ellenőrzésének hiánya</b>	
		problémás PACS listából választják ki a beteget (ahol csak név szerepel)
	<b>A betegazonosító karszalagok alkalmazásával kapcsolatos problémák</b>	
		nem megfelelően felhelyezett karszalag
		túl laza
		túl szűk
		lecsúszhat a karszalag (újszülötteknél)
		minőségi probléma
		nem standardizált karszalag
		nem megfelelően van felhelyezve
		olvashatatlan karszalag
		minőségi probléma
		dokumentációs fegyelmezetlenség
		a karszalagon történő információk hiányossága
		dokumentációs fegyelmezetlenség
		elhasználódott karszalag viselése
		nem megfelelő minőségű karszalag

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

			nem történt meg a szükséges időben a csere
			nem volt ellenőrizve az állapota
			nincs szabályozva a csere gyakorisága, szükségessége
		hiányzó karszalag	
		a betegek/ellátók által eltávolított és vissza nem helyezett karszalag	
			zavaró körülmény branül behelyezésekor
			a beteg lerágta/leszedte/eltávolította
		nem a betegen, hanem a környezetén elhelyezett karszalag	
			a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
			nem együttműködő beteg
		a betegazonosító meglétének, állapotának ellenőrzési hiányossága	
		a karszalag pótlására vonatkozó szabályozás hiánya	
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>	
	<b>A protokoll/szabályozás hiánya</b>		
	<b>A kockázatmenedzsment-tevékenység nem része a mindennapi munkának</b>		
		Ismerethiány	
		A képzési rendszer hiányosságai	
		Nem elvárás a tevékenység	
	<b>A klinikai audit hiánya</b>		
		Ismerethiány	
		A képzési rendszer hiányosságai	
		Nem elvárás a klinikai audit elvégzése a témában. <i>Az ellenőrzések hiányosságaival kapcsolatos további részletek a H táblázatban találhatóak.</i>	
	<b>A betegazonosítás szempontjából kockázatos betegek meghatározásának hiánya</b>		
		A téma fontosságával kapcsolatos felismerés hiánya	

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

			Ismerethiány
		A témában való jártasság hiánya	
	<b>Azonosító pontok</b> (az ellátási folyamat azon pontjai, amikor betegazonosítás végzésére van szükség) <b>meghatározásának hiánya</b>		
		A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>	
	<b>A beteggel nem ellenőriztetik a saját adatai helyességét</b>		
		elmarad a betegbevonás	
		nem ismerik fel a jelentőségét	
			az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
	<b>A színek nem következetes használata</b>		
		a beszerzés nehézségei	
		az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>	
		a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>	
		az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>	
	<b>Hiba vagy hiányosság a betegátadás során</b>		
	<b>Szóbeli utasítás</b>		

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

		a szabálykövetés hiánya
		dokumentációs fegyelmezetlenség
		félreértés
		fizikai távolság
		a hallást zavaró körülmények
		hasonló hangzású nevek (pl. betegnév, gyógyszernév)
		a visszakerdezés hiánya
	<b>Pontatlan utasítás</b>	
		a dokumentálás hiánya
		olvashatatlan dokumentáció
		a visszakerdezés hiánya
		a körülmények ismeretének hiánya
	<b>Mintavétel folyamatának hibái</b>	
		a mintavétel helyszíne eltér az előkészítés/vizsgálat helyétől
		a minta beteghez rendelésének módjával kapcsolatos probléma
		a minta beteghez rendelésének idejével kapcsolatos probléma
		megzavart mintavételi/vizsgálati folyamat
		rossz beteghez rögzített adat
		több beteg adatlapjának egyidejű megnyitva tartása
	<b>A bekövetkezett vagy majdnem bekövetkezett betegcsere jelentésének és kivizsgálásának hiánya</b>	
		félelem a felelősségre vonástól, retorzióktól
		hibáztatás
		a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>l</sup>
		időigényesség

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

		azonnal rendezik az adott problémát, és remélik, hogy nem derül ki
		nincs szabályozva, hogy ki, hová és hogyan jelentse
		a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
	<b>A tanulásra, ill. a tanulságok megosztására való hajlandóság hiánya</b>	
		a személyzet bátortalansága
		a módszertani ismeretek hiánya
		nem folyamatokban, személyekben történő gondolkodás
		a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>I</sup>

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

### C táblázat

**Az eszközökkel kapcsolatos okok**, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint	Ok 6. szint
<b>ESZKÖZÖK</b>						
	<b>A betegazonosítás eszközeinek hiánya</b>					
		a pénzügyi fedezet hiánya				
		a beszerzés tervezésének problémái				
			elmarad az érintettek bevonása			
	<b>A betegazonosítást támogató modern rendszerek/eszközök hiánya</b>					
		a pénzügyi fedezet hiánya				
		idegenkedés a használatától				
			ismerethiány			
			a tapasztalatok hiánya			
				a jógyakorlatok megosztásának hiánya		
				a közös szakmai fórum hiánya		
			az informatikai támogatás, szervizelés hiánya			
	<b>A betegazonosításhoz használt informatikai háttér működésével kapcsolatos problémák</b>					
		az eszköz hiánya				
			a pénzügyi fedezet hiánya			
		a vezeték nélküli internethálózat hiánya				
		üzemeltetéssel kapcsolatos problémák				
		jogosultságokkal kapcsolatos problémák				

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

	<b>Elektronikus betegazonosító rendszer esetén a leolvasók hiánya vagy a kevés leolvasó</b>		
			nem megfelelő tervezés
			nem megfelelő elosztás
			a pénzügyi fedezet hiánya
	<b>A betegazonosítás eszközeinek minőségi problémái</b>		
			a megfelelő méretű karszalag hiánya
			nem áll rendelkezésre karszalag a speciális betegcsoportok (koraszülött/extrém túlsúly) számára
			a megfelelő minőségű karszalag hiánya (flexibilis, kellemes tapintású, tisztítható, fertőtleníthető, nem allergizáló, nem elázó, egyszerűen használható)
			nem körültekintő specifikáció
			elmarad az érintettek bevonása
			a nem szakmai szempontok preferálása
			a legkedvezőbb ár alapján történő választás
			elmarad a betegazonosító eszközök használatával kapcsolatos visszajelzések gyűjtése/figyelembe vétele
			helytelen gyakorlat
			a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
			érdektelenség
			a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>I</sup>
	<b>A betegazonosítás eszközeinek technikai problémái</b>		
			a hosszú nevek nem férnek el a címkén (ha egy házaspár egyszerre érkezik vizsgálatra, név alapján nem lehet megkülönböztetni őket)
			nem körültekintő specifikáció

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)



			a gyakorlati tapasztalattal rendelkező szakemberek bevonásának hiánya
	<b>A képzővizsgák eredményeit tartalmazó megjelenítő szoftver hibái</b> (nem a kiválasztott beteg eredményei jelennek meg, jelentős késedelemmel jelenik meg a lelet)		
			a problémát nem jelzik az intézkedésre jogosult személy felé
			elmarad/késlekedik a szoftver javítása
			az ismert hiba ellenére nem hoztak célzott megelőző intézkedéseket a betegcsere elkerülésére
			ismerethiány
			a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>l</sup>
	<b>Az egyforma küllemű, de eltérő betegadatokat tartalmazó eszközök egyidejű jelenléte</b>		
			több ABPM, Holter egyszerre történő visszahozása
	<b>A betegazonosításhoz használt eszközök meghibásodása</b>		
			A rendszeres karbantartás hiánya
			A pénzügyi fedezet hiánya
			Előnytelen szerződés

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

## D táblázat

**A körülményekkel kapcsolatos okok**, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
<b>KÖRÜLMÉNYEK</b>					
	<b>Leterheltség</b>				
		nagy betegforgalom			
		betegirányítási probléma			
		szervezési hiba			
		magas az egy ápolóra jutó betegek száma			
		az adminisztrációs rendszer hibája			
	<b>Késések, időhiány</b>				
		szervezetlenség			
		tervezhetetlenség			
		szakemberhiány			
		kommunikációs problémák			
		sürgős beteg ellátása			
	<b>Figyelmetlenség</b>				
		megzavarás			
		tapasztalathiány			
		a szabályoktól való eltérés			
		a szükségesnél több személy tartózkodik az ellátás helyén			
		a mobiltelefonok magánjellegű használata			

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

	<b>Zsúfoltság</b>		
	infrastrukturális adottság		
	rossz szervezés		
	<b>Ügyeleti idő, hétvége, munkaszüneti nap</b>		
	alacsonyabb létszámú személyzet		
	fellazult munkavégzés		
	<b>Műszakváltás</b>		
	információvesztés		
		SBAR-kommunikáció hiánya	
		a szabályozás hiánya	
		az ellenőrző lista alkalmazásának hiánya	
		a szabályozás hiánya	
	kapkodás		
	figyelmetlenség		
	<b>A szükségesnél kisebb létszámú személyzet</b>		
	tartós szakemberhiány		
		nem preferált szakterület	
		rossz munkahelyi kollektíva	
		kevés sikerélmény	
	átmeneti szakemberhiány		
		betegség	
		szabadság	
		tanulmányok	
		a munkatársakat elvonó váratlan esemény (pl. újraélesztés)	
	<b>Sürgősségi ellátás</b>		

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

	<b>Kapkodás</b>
	<b>Rossz világítás</b>

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

## E táblázat

**A kommunikációval kapcsolatos okok**, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
<b>KOMMUNIKÁCIÓ</b>					
	<b>A munkatársak közötti kommunikáció sérül</b>				
		erős hierarchia			
		tisztázatlan kommunikációs irányok, szabályok			
			a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>I</sup>		
			a szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>		
		rossz munkakapcsolatok			
	<b>A betegek, a hozzátartozók és a lakosság bevonásának, a velük folytatott kommunikációnak a hiánya</b>				
		a partneri viszony hiánya			
			a szervezeti kultúra hiányosságai <sup>I</sup>		
			nem szolgáltatásként történő megközelítés		
			a proaktív kommunikáció hiánya		
			a kommunikációs csatornák kihasználatlansága		
		nem ismerik fel a hozzátartozó támogató szerepét			
		visszajelzések kérésének, összegyűjtésének és átgondolásának hiánya a betegektől			
			a módszerek hiánya		
	<b>A szervezeti egységek, intézmények közötti kommunikáció problémái</b>				
		az együttműködés hiánya			

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

	hierarchikus komponensek
	rossz/hiányos munkakapcsolatok
	szabályozatlan folyamatok

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

## F Táblázat

**Az oktatás hiányosságaival kapcsolatos okok, gyökérokok** a betegcsere, ill. leletcsere kialakulásának hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint
<b>OKTATÁS HIÁNYOSSÁGAI</b>			
<b>Nincs oktatás a témában</b>			
		Nem ismerték fel az intézményi események kapcsán felmerülő oktatási szükségleteket (pl. új szabályozás bevezetése, új eszköz használatba vétele, régóta használt eszköz helytelen alkalmazása)	
		Nem észlelték a folyamatban rejlő kockázatot	
			Nem történik meg rendszerszinten a kockázatok értékelése
			Nem értékelték helyesen a folyamatban rejlő kockázatot
		Nincs vagy kevés az oktatói kapacitás	
		Az aktuális szakmai ismeretek hiánya	
<b>Nincs tematikája az oktatásnak, az oktatott tartalom esetleges</b>			
<b>Az oktatás tematikája nem tartalmazza az összes szükséges ismeretet</b>			
<b>A munkatársak nem ismerik a kapcsolódó társterületekre vonatkozó, alkalmazandó szabályokat</b>			
		Nem jól mérték fel az átadandó ismereteket	
			Nem vontak be aktuális gyakorlattal rendelkező, érintett munkatársat az oktatás kialakításába
<b>Elmarad az új dolgozók, ideiglenesen ott dolgozó munkatársak oktatása</b> (pl. rezidens, helyettesítő munkatárs)			
		Nincs kialakított rendszere az oktatásoknak (ki, mikor, miről, kit, hol, hogyan oktat)	
		Az érintettek nem értesülnek az oktatás időpontjáról	
		Nincs biztosítva az oktatáson való részvétel lehetősége	
			Időbeli akadály
			Térbeli akadály
			Korlátozott kapacitás
<b>Nem történik meg a régóta ott dolgozó munkatársak ismétlődő oktatása</b>			
		Nincs kialakított rendszere az oktatásoknak (ki, mikor, miről, kit, hol, hogyan oktat)	

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

		Az érintettek nem értesülnek az oktatás időpontjáról
		Nincs biztosítva az oktatáson való részvétel lehetősége
		Időbeli akadály
		Térbeli akadály
		Korlátozott kapacitás
	<b>Elmarad a máshonnan áthelyezett vagy új munkakörbe átsorolt munkatárs új feladatkörhöz tartozó oktatása</b>	
		Nincs kialakított rendszere az oktatásoknak (ki, mikor, miről, kit, hol, hogyan oktat)
		Az érintettek nem értesülnek az oktatás időpontjáról
		Nincs biztosítva az oktatáson való részvétel lehetősége
		Időbeli akadály
		Térbeli akadály
		Korlátozott kapacitás
	<b>Az oktató nem kellően eredményes</b>	
		Nem kellően felkészült
		Nem jól kommunikál
	<b>Az oktatás nem kellően eredményes</b>	
		Nincs jól összeállítva a tematika
		Nem jól lett megválasztva az oktatás módszere
		Nem gyakoroltatták az elsajátítandó ismereteket
		Nem állnak rendelkezésre az oktatáshoz szükséges eszközök
	<b>Nem ellenőrzik az oktatások megvalósulását</b>	
	<b>Nem ellenőrzik az oktatások eredményességét, az ismeretek elsajátítását</b>	
	<b>Nem értékelik a megtörtént oktatásokkal kapcsolatos elégedettséget</b>	
	<b>Nem fejlesztik az oktatásokat az értékelések, visszajelzések alapján</b>	

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)



## G Táblázat

**A szabályozás hiányosságaival kapcsolatos okok, gyökérokok** a betegcsere, ill. leletcsere kialakulásának hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint
<b>A SZABÁLYOZÁS HIÁNYOSSÁGAI</b>			
<b>Nincs szabályozás a témában</b>			
		Nincs kialakított rendje a szabályozások készítésének (pl. kezdeményezés lehetőségei, felelősök, kapcsolódó feladatok)	
		Nem merült fel az igény a szabályozás elkészítésére	
<b>Elavult a szabályozás tartalma</b>			
		Nem aktualizálták	
		Nincs kialakított rendje az aktualizálásnak (pl. felelősök, kapcsolódó feladatok)	
		Nem követik figyelemmel a megjelenő új rendelkezéseket (pl. jogszabályok, irányelvek)	
		Nem tartják nyilván az intézményi szabályozásokat, azok érvényességi idejét, kapcsolódásait az egyéb szabályozásokhoz	
<b>Helytelen a szabályozás tartalma</b>			
		Nem vettek figyelembe minden kapcsolódó előírást a szabályozás elkészítésekor	
		Nem vonták be az érintett munkatársakat a szabályozás elkészítésébe	
		Nincsenek biztosítva a szabályozás betartásához szükséges munkafeltételek	
		A szabályozást nem tesztelték a teljes bevezetése előtt, nem véleményeztették a leendő alkalmazóival	
<b>Hiányos a témában a szabályozás</b>			
		A szabályozás nem tér ki minden szükséges részletre	
		A szabályozás nem terjed ki minden érintett területre / munkaköri csoportra (fekvő, járó, egynapos, műtő, diagnosztika, SBO, laboratórium, patológia stb.)	
		A szabályozás nem terjed ki minden érintett munkaköri csoportra	
		Nem vonták be az érintett munkatársakat a szabályozás elkészítésébe	
<b>A szabályozás módszertanilag nem megfelelő</b>			
		Túl hosszú	

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

		Nehezen érthető a szövegezése
		Nehezen követhető a logikai felépítése
		Nem az adott intézményre szabták
		Túl általános a tartalma
		Nem követhetők a módosításai
	<b>Nem ellenőrzik a szabályozás megfelelőségét</b>	
	<b>Nem fejlesztik a szabályozást az alkalmazási tapasztalatok, visszajelzések alapján</b>	
<b>A SZABÁLYOZÁS BEVEZETÉSÉNEK HIÁNYOSSÁGAI</b>		
	<b>A dolgozó nem értesül a megjelenő új szabályzatokról vagy azok módosításáról</b>	
		Nincs kialakított rendje a szabályzatok megjelenéséről, módosításáról történő értesítésnek
		Hiányosan van szabályozva a megjelenő szabályzatokról történő tájékoztatás rendje
		Nem a kialakított rendszer szerint történik a tájékoztatás
		Olyan közzétételi módot használnak, ami nem jut el mindenkire
		Nem gondoskodnak az átmenetileg távol lévő munkatársak tájékoztatásáról
		Az új dolgozók oktatásában nem jelenik meg az ismeret
	<b>Az oktatás hiányosságai</b>	
	<b>Betarthatatlan elvárások</b>	
		A szabályozás érvénybelépési dátuma korábbi, mint ahogy azt a munkatársak megismerhették volna
		Nincsenek biztosítva a szabályok betartásához szükséges munkafeltételek (pl. még nem érhető el a dolgozók számára a szabályozás szerint használandó eszköz)

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

## H Táblázat

**Az ellenőrzés hiányosságaival kapcsolatos okok, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere kialakulásának hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)**

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
<b>AZ ELLENŐRZÉS HIÁNYOSSÁGAI</b>					
<b>Nem történik meg az ellenőrzés</b>					
		Nincs kialakított rendje az ellenőrzésnek			
			A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>		
		Nincs kapacitás			
			Leterheltség		
			Létszámhiány		
		Nincs kapacitás az ellenőrzés elvégzésére			
			Időhiány		
			Létszámhiány		
		A szervezés hiányosságai			
		A tervezés hiányosságai			
		Nincs motiváció az ellenőrzés elvégzésére			
		Nem értik a fontosságát			
			Ismerethiány		
				Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>	
			Kommunikációs probléma		
		Nincs elismerve a plusz feladat			
			Anyagi nehézségek		
			A szervezés hiányosságai		
		Nem végzik el az ellenőrzést			
			Emberi tényező		
<b>Az ellenőrzés hiányosan történik meg</b>					
		Nem kellően részletes az ellenőrzés rendjének szabályozása			
			A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>		
		Nincs kapacitás az ellenőrzés teljeskörű elvégzésére			
			Időhiány		

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

			Létszámhiány
			A szervezés hiányosságai
			A tervezés hiányosságai
	<b>Nem megfelelően történik meg az ellenőrzés</b>		
			Nem az érvényes szabályokon alapul
			Nincs előre kialakított szempontrendszer az ellenőrzéshez
			Nem megfelelő módszert használnak az ellenőrzéshez
			A módszertani ismeretek hiányosságai
	<b>Az eredmények értékelése nem megfelelően megy végbe</b>		
			Az értékelés szubjektív benyomásokon alapul
			Nem történik adatgyűjtés
			A módszertani ismeretek hiányosságai
			Az eredmények értékelésekor nem veszik figyelembe a helyszín/ellátás/körülmények specialitásait
			Az eredmények értékelésébe nem vonják be a vizsgált folyamatban érintett személyek képviselőit
	<b>Az ellenőrzés eredményei nem hasznosulnak</b>		
			Nem készül összegzés az ellenőrzés eredményéről
			Az összegzés elnagyolt, nem vizsgálják meg a problémák mögötti ok-okozati összefüggéseket
			Nem juttatják el a vezetőségnek és a vizsgálatban érintett munkatársaknak az ellenőrzés eredményeit
			Az ellenőrzés főbb eredményeiről, tanulságairól nem tájékoztatják az intézmény munkatársait
			A szervezeti kultúra hiányosságai <sup>l</sup>
			Az ellenőrzés eredményei alapján nem hoznak intézkedéseket
			Nem követik nyomon a bevezetett intézkedések hatásait
			A módszertani ismeretek hiánya (pl. indikátoradatok gyűjtése, elemzése)
			A humán erőforrás kapacitásának hiánya

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

## I Táblázat

**A szervezeti kultúra hiányosságaival kapcsolatos okok, gyökérokok a betegcsere, ill. leletcsere kialakulásának hátterében (oki kutatás alapján, NEVES munkacsoport szerkesztése)**

Fő tényező	Ok 1. szint	Ok 2. szint	Ok 3. szint	Ok 4. szint	Ok 5. szint
<b>A SZERVEZETI KULTÚRA HIÁNYOSSÁGAI</b>					
<b>A motiváció hiánya</b>					
		A helyes viselkedést megerősítő intézkedések hiánya			
			A példamutatás hiánya		
			Az elismerés hiánya		
			Az ellenőrzés hiánya		
		A bevonás hiánya			
		A megértetés, a téma iránti érzékenyítés hiánya			
<b>A problémák eltitkolása</b>					
		Megszokás			
			A többi munkatárs által mutatott minta követése		
			Nincs kialakított gyakorlata a problémák megbeszélésének		
			Az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>		
		Bizalmatlanság			
			A büntetéstől való félelem		
				Kellemetlen tapasztalat	
				Megszokás	
		Érdektelenség			
			Az érdeklődés hiánya a vezetés részéről		
			A probléma jelentőségének alulbecslése az érintett munkatárs részéről		
			Ismerethiány		
				Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>	
<b>Kommunikációval kapcsolatos problémák</b>					
		Az információáramlás hiányosságai a hierarchia egyes szintjei között			
			Erős tekintélyelvűség		
		Nincs vagy helytelen a kétirányú kommunikáció			

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

		A dokumentálás hiányosságai
		Megszokás
		A szabályok nem követése
		A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
		Az ellenőrzés hiányosságai <sup>H</sup>
		Nem egyértelmű az átadandó információk köre
		A szabályozás hiányosságai <sup>G</sup>
		A szabályozás bevezetésének hiányosságai <sup>F</sup>
		Az oktatás hiányosságai <sup>F</sup>
		Túlterheltség, kapkodás

<sup>F</sup> További részletek: F táblázat – Az oktatás hiányosságai (135. oldal)

<sup>G</sup> További részletek: G táblázat – A szabályozás és bevezetésének hiányosságai (137. oldal)

<sup>H</sup> További részletek: H táblázat – Az ellenőrzés hiányosságai (139. oldal)

<sup>I</sup> További részletek: I táblázat – A szervezeti kultúra hiányosságai (141. oldal)

## **7. melléklet. Az ismeretlen vagy azonosítatlan betegek biztonságosabb azonosításának megvalósítása**

(forrás: Brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, 2018)

### **Cél:**

Az olyan betegek biztonságos azonosítása az egészségügyi rendszerben (az intézményen belül és az intézmények között), akik nem tudják vagy nem akarják azonosítani önmagukat (eszméletlen vagy kritikus állapotú betegek, tömeges sérültek, gyermekek, mentálisan zavart betegek, illetve alkoholos vagy kábítószeres befolyásoltság alatt álló páciensek).

### **Jelentősége:**

- tömeges sérültek érkezése esetén az ismeretlen férfi / ismeretlen nő előtag számmal kiegészítve nem biztonságos, illetve lehet több korábbi ismeretlen eset a számítógépes rendszerben, amennyiben a személyazonosság megerősítése után az pótlólag nincs javítva (összevonva) az adatokat már tartalmazó további ellátási dokumentációkkal;
- a gyakorlatban sok helyütt ismeretlen felnőtt beteg esetén születési dátumként az 1900. 01. 01-et használják, de ezt egyes informatikai rendszerek már nem fogadják el, mivel valószínűtlen;
- az azonosítatlan gyerekek esetében egységesen használt 2000. 01. 01-es születési dátum félrevezető lehet, hiszen az informatikai rendszerek azt a dátumot már nem gyermekként kezelik;
- bizonyos esetekben problémát okozhat, ill. tévedéseket eredményezhet az egységes, kitalált születési dátum (pl. laboratóriumi vizsgálatoknál a normál tartomány életkor szerint van megadva).

### **Javasolt módszer:**

- név esetén: véletlenszerűen generált vezeték- és keresztnév-kombináció létrehozása szerkesztett fonetikus ábécéből (pl. Alfa András, Béta Béla);
- születési dátum esetén: becsült születési év, január 1.;
- azonosító számok esetén: véletlenszerűen generált számok alkalmazása az intézmény/osztály kódjával együtt.

### **A megvalósítás lépései:**

A folyamat koordinálásáért felelős vezető személy kijelölése.

A folyamat szabályozásáért, valamint az informatikai, technikai megvalósítás feltételeinek biztosításáért, bevezetéséért, oktatásáért és ellenőrzéséért felelős személyek meghatározása.

A betegek egyedi, ideiglenes azonosítására szolgáló rendszer kialakítása.

Meggyőződés arról, hogy a teljes intézményi rendszer képes kezelni a neveket, számokat és formátumokat.

A rendszer testre szabása a tekintetben, hogy ha megtörténik az ismeretlen személy azonosítása, a rendszer képes egységesíteni/összevonni az aktuális ellátás dokumentumait az azonosítatlanként történő ellátás dokumentumaival.

Az ismeretlen betegek ellátásában érintett minden személy tájékoztatása és oktatása rendszeresen, ismétlő jelleggel is.



## 8. melléklet. A betegek tájékoztatását szolgáló plakát

(saját szerkesztés)



# TISZTELT BETEGÜNK! TISZTELT HOZZÁTARTOZÓ!

INTÉZMÉNYÜNK FONTOSNAK TARTJA A BETEGEK BIZTONSÁGÁT.  
GONDOLTA VOLNA, HOGY ÖN IS TEHET ENNEK ÉRDEKÉBEN?

## ADATEGYEZTETÉS SORÁN ADJA ÁT:

- egy arcképes igazolványát (pl.: személyi igazolvány)
- lakcímkártyáját
- TAJ kártyáját



## MŰKÖDJÖN EGYÜTT A BETEGAZONOSÍTÁSBAN:

- felvételnél,
- vizsgálatoknál,
- beavatkozásoknál,
- gyógyszerelésnél,
- műtétnél, stb.



## KÉRJÜK:

Ne veszítse el bizalmát munkatársaink felé amennyiben ellátása során többször megkérdezik a nevét, adatait. Mindez az Ön érdekeit szolgálja!

Ön is ellenőrizze egészségügyi dokumentumain személyi adatai helyességét!

Amennyiben eltérést észlel, bizalommal jelezze munkatársunk felé!

Fekvőbeteg ellátás és egyéb speciális ellátások esetén kérjük, viselje a kórházi betegazonosító eszközt!

Amennyiben gyógyszerelésében eltérést tapasztal, egyeztesse munkatársunkkal!

## KÖSZÖNJÜK AKTÍV RÉSZVÉTELÉT, EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT! LEGYEN RÉSEN! A BIZTONSÁG A TÉTEN!

**SZÉCHENYI 2020**



Magyarország KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**



Egészségügyi Ellátórendszerek  
Szakmai Működésének Fejlesztése  
DFP-18.6-VEKOP-17-2017-9.0/1




**EMK**

Egészségügyi  
Minisztérium

## 9. melléklet. A súlyos nemkívánatos események listája – a NEKED-ajánlás alapján

(Belicza et al., 2012)

1. Rossz testrészen elvégzett műtét
2. Másik betegen elvégzett műtét
3. Más sebészeti beavatkozás elvégzése a betegen
4. Sebészeti vagy más beavatkozás után a betegen véletlenül benne felejtett idegentest
5. Intraoperatív vagy közvetlen posztoperatív halál ASA I-II. osztályú beteg esetében
6. A beteg halála vagy súlyos károsodása az ellátó intézmény által alkalmazott fertőzött gyógyszer, eszköz vagy biológiai szerek alkalmazása következtében
7. A beteg halála vagy súlyos károsodása abban az esetben, ha az esettel kapcsolatba hozható eszközt vagy annak valamely funkcióját nem az előírtak megfelelően alkalmazták
8. A beteg halála vagy súlyos károsodása intravaszkuláris légembólia kapcsán, mialatt egészségügyi ellátó intézményben kezelik
9. Gyermekek elbocsátása/kiadása nem a megfelelő személynek/-hez
10. A beteg halála vagy súlyos károsodása, amely a beteg megszökésével (eltűnésével) hozható kapcsolatba
11. A beteg kórházi ellátás során elkövetett öngyilkossága vagy súlyos károsodással járó öngyilkossági kísérlete
12. A beteg halála vagy súlyos károsodása, amely gyógyszerelési hibából fakad (pl. helytelen gyógyszer, dózis, beteg, beadási idő, előkészítés, beadási útvonal)
13. A beteg halála vagy súlyos károsodása, amely ABO/HLA-inkompatibilis vér vagy vérkészítmény beadásakor fellépő haemolitikus reakcióval hozható kapcsolatba
14. Alacsony kockázatú szülés esetén, kórházi ellátás során a vajúadás vagy a szülés alatt bekövetkezett anyai halál vagy súlyos károsodás
15. A beteg halála vagy súlyos károsodása, amely a kórházi ellátás során jelentkező hipoglikémiával kapcsolatos

16. Újszülött halála vagy súlyos károsodása (*kernicterus*) abban az esetben, ha nem azonosították a *hiperbilirubinaemia* kockázatát
17. A kórházi felvételt követően szerzett III. vagy IV. stádiumú fekély
18. A beteg halála vagy súlyos károsodása a gerincet manipuláló terápiák során
19. A beteg áramütés miatti halála vagy súlyos károsodása, amennyiben ez a kórházi ellátás ideje alatt történik
20. Bármely olyan esemény, amely során az eredetileg oxigént vagy más gázt tartalmazó csőbe nem a megfelelő gáz kerül, vagy a megfelelő gáz toxikus anyagokkal van fertőzve
21. A beteg halála vagy súlyos sérülése, amely bármilyen forrásból származó égés miatt történik a kórházi ellátás ideje alatt
22. A beteg halála vagy súlyos sérülése, amely a kórházi ellátás során megtörtént eséssel hozható kapcsolatba
23. A beteg halála vagy súlyos károsodása, amely a kórházi ellátás során alkalmazott leköötözés vagy ágyrács miatt következik be
24. Bármilyen ellátás elrendelése vagy nyújtása olyan személy által, aki orvosnak, ápolónak, gyógyszerésznek vagy egyéb egészségügyi ellátó személynek adja ki magát
25. Bármilyen korú beteg elrablása
26. A beteget érő szexuális támadás az egészségügyi ellátó intézmény területén
27. A beteg vagy a személyzet fizikai támadásból (pl. ütésből) fakadó súlyos sérülése vagy halála, amennyiben az az egészségügyi ellátó intézmény területén történik
28. A beteg vagy a személyzet – az ellátással összefüggő – súlyos lelki sérülésének (poszttraumás stressz-szindróma) kialakulása (pl. az újraélesztés sikertelen és a dolgozó nem tudja feldolgozni; vagy csecsemő hal meg a műtőasztalon a GYES mellett dolgozó műtősnő műszakjában; esetleg a beteg bizalomvesztése az ellátásban a dokumentáció cseréje miatt) – a lelki sérülés súlyosságának megítélése az átélt helyzetek és a nemkívánatos eseményben érintettek személyiségének függvénye

## 10. melléklet. Fogalommagyarázat

### betegazonosítás

**definíció:** Az a folyamat, amelynek során előre meghatározott adatok és módszerek segítségével az ellátott személyt egyértelműen azonosítani lehet.

**forrás:** Gróf (2018)

### betegazonosító karszalag

**definíció:** A beteg egyedi azonosításra alkalmas adat hordozója, ami a betegazonosító rendszer részét képezi. A páciens karján helyezik el a kórházi tartózkodás ideje alatt. A karszalag a beteg egyedi azonosítására alkalmas információkat tartalmazza.

**forrás:** Gróf (2018)

### betegbiztonság

**szinonimák:** biztonságos ellátás

**angol:** *patient safety*

**definíció:** A betegek ellátása olyan módon megy végbe, hogy közben a beteg védve van a lehetséges veszélyektől és akaratlan ártalmaktól. Mindez magában foglalja a károsodások elkerülése, megelőzése és csökkentése érdekében hozott intézkedéseket az egészségügyi ellátás területén.

**forrás:** Sinka et al. (2019)

### betegbiztonsági koordinátor (BBK)

**definíció:** A betegellátás során fellépő kockázatok és azok következményeinek felismerésére és kezelésére alkalmas személy. Lehet a betegágy mellett dolgozó szakorvos, valamint a betegellátásban közvetlenül érintett szakdolgozó, illetve minőségügyi vezető.

**forrás:** Belicza et al. (2012)

## betegbiztonsági kultúra

**angol:** *patient safety culture*

**definíció:**

1. Olyan kultúra, amelyben minden dolgozó (beleértve a betegekkel foglalkozó személyzetet, orvosokat, szakdolgozókat és adminisztrátorokat) elfogadja a felelősségét önmaga, munkatársai, a betegek és a látogatók biztonságáért;
2. a biztonság prioritást élvez a kitűzött működési és pénzügyi célokban;
3. bátorítja és jutalmazza a biztonsági problémák azonosítását, kommunikálását és megoldását;
4. segíti az incidensekből, a nemkívánatos eseményekből történő szervezeti tanulást;
5. megfelelő forrásokat, struktúrát és beszámoltathatóságot nyújt az eredményes biztonsági rendszerek támogatásához.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

## beteg-együtműködés

**angol:** *patient compliance*

**definíció:** A beteg közreműködése az egészségügyi ellátásával összefüggő ajánlások, ill. utasítások betartásában.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

## csekklista

**szinonimák:** ellenőrző lista

**angol:** *check list*

**definíció:** Tételek listája, amelyek mindegyikét ellenőrizni kell, vagy meg kell beszélni.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

**hiba**

**angol:** *error*

**definíció:** Mulasztás a Szándékhoz képest a tervezett tevékenység végrehajtása során (azaz hiba a végrehajtásban), vagy rossz terv alkalmazása a cél eléréséhez (azaz hiba a tervezésben).

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

**incidens**

**angol:** *incident*

**definíció:** Minden olyan esemény, amely nem várt, és amelynek elkerülésére az egészségügyi szolgáltatások során törekedni kell. Ez lehet hiba, megelőzhető vagy tényleges nemkívánatos esemény egyaránt.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

**károsodás**

**angol:** *harm*

**definíció:** Az egészségi állapotnak és/vagy az életminőségnek az egészségügyi ellátás következtében fellépő ideiglenes vagy tartós romlása; lelki sérülés; késlekedés a javulásban; többletköltség megjelenése.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

**kockázat (betegbiztonsági)**

**angol:** *risk*

**definíció:** Annak valószínűsége, hogy a beteget valamilyen károsodás éri valamilyen veszélyforrás hatására az egészségügyi ellátás igénybevételével összefüggésben.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

**megelőzhető nemkívánatos esemény**

**angol:** *preventable adverse event*

**definíció:** Olyan, az egészségügyi ellátás során kialakuló nemkívánatos esemény, amelynek hátterében ellátási hiba áll.

**forrás:** Sinka et al. (2019)

**nemkívánatos esemény**

**angol:** *AE-adverse event*

**definíció:** Az ellátás nyújtásához köthető károsodás, nem pedig a betegségből eredő szövődmény.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

**nyílt párbeszéd**

**angol:** *open disclosure*

**definíció:** A nemkívánatos eseményeket követő nyílt, őszinte kommunikáció a beteg és az ellátásban részt vevő intézmény képviselői között.

**forrás:** Belicza et al. (2012)

**potenciális nemkívánatos esemény**

**szinonimák:** majdnem baj

**angol:** *near miss*

**definíció:** Olyan eseménysor, amely potenciálisan nemkívánatos eseményhez vezet, de az eseménylánc valamilyen ok miatt nem éri el a beteget. Az eseménylánc megszakadása történhet tudatos beavatkozással (védelem) vagy véletlenül.

**forrás:** Belicza & Lám (2013)

**súlyos nemkívánatos esemény**

**angol:** *serious adverse event*

**definíció:** Olyan egészségkárosodás, amely nem a betegséghez köthető szövődmény, hanem az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó tevékenység vagy annak elmaradása miatt alakul ki, és a beteg egészségi állapotát és/vagy életkilátásait jelentős mértékben rontja. A súlyos nemkívánatos események meghatározása egyrészt egy tételes lista, másrészt a súlyossági mátrix besorolása alapján történik.

**forrás:** Sinka et al. (2019)



## 12. JEGYZÉKEK

### 12.1. TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. A szakirodalmi találatok összesítése .....	17
2. A betegcsere szempontjából kiemelt kockázatú csoportok összefoglalása .....	30
3. Gyökérok-elemzés .....	69
4. Kockázati mátrix .....	71
5. Prioritási mátrix .....	73

### 12.2. ÁBRAJEGYZÉK

1. A betegazonosítás folyamata felvételre jelentkező fekvőbeteg esetén .....	23
2. A betegcsere, ill. leletcsere ok-hatás-diagramjának váza .....	32
3. A NEKED-ajánlás folyamatábrája .....	49
4. A beteggel és a hozzátartozóval történő kommunikáció folyamatábrája .....	55