

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK BELSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZERE

EGÉSZSÉGÜGYI-MINŐSÉGÜGYI ÉS BETEGBIZTONSÁGI
MENEDZSMENT

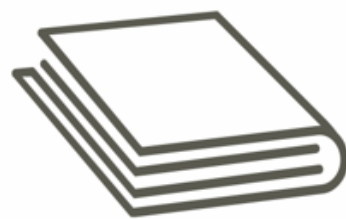
MESTERKÉPZÉS

hallgatói jegyzet

Budapest, 2026.

Írta: Sinka Lászlóné Adamik Erika

Szakmai lektor: Dr. habil. Belicza Éva



Semmelweis Egyetem



**Egészségügyi
Menedzserképző
Központ**

Cím:

1125 Budapest,
Kútvölgyi út 2.

Telefon: +36-1-488-7600

Fax: +36-1-488-7610

www.semmelweis.hu/emk

info@emk.sote.hu

Sinka Lászlóné Adamik Erika

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK BELSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZERE



Semmelweis Egyetem

EMK

Egészségügyi
Menedzserképző
Központ



Semmelweis Egyetem EKK Egészségügyi Menedzserképző Központ

2026.

ISBN 978-615-5722-52-3

3. átdolgozott kiadás

A kiadvány szerzői jogvédelem alatt áll, arról másolat készítése, más formában való felhasználása a kiadó előzetes írásbeli engedélye nélkül tilos.

Kiadó: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Köszolgálati Kar Egészségügyi Menedzserképző
Központ

Budapest, 2026.

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS.....	6
2. A BELSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZER	6
2.1. Jogszabályi háttér	6
3. A KÜLSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZER	9
3.1. Jogszabályi háttér	9
4. A BELSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZER MŰKÖDTETÉSÉNEK FELADATAI.....	10
4.1. Folyamatok szabályozása és működtetése	10
4.2. Gazdálkodás az erőforrásokkal	15
4.3. Dokumentumok kezelési rendje	16
4.4. Felelősségek és hatáskörök	17
4.5. Panaszok kezelése.....	18
4.6. Betegoktatás és tájékoztatás	19
4.7. Elégedettségi vizsgálatok.....	21
4.8. Kommunikáció	24
4.9. Irányelvek, protokollok	26
4.10. Betegbiztonsági kockázatok kezelése	27
4.11. Szakmai mutatók.....	28
4.12. Nyomon követés, értékelés, fejlesztés	29
5. BELSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZER BEVEZETÉSE	30
5.1. Döntés-előkészítés	30
5.2. Szervezeti kialakítás	34
5.2.1. A minőségügyi vezető.....	35
5.2.2. Az osztályos felelősök kiválasztása.....	36
5.2.3. Információáramlás a minőségügyi szervezet tagjai között	37
5.2.4. A minőségügyi vezető eszköztára.....	38
6. ÖSSZEFOGLALÁS	38
7. HIVATKOZÁSJEGYZÉK.....	39
8. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	40
9. FOGALOMJEGYZÉK	41
10. RÖVIDÍTÉSJEGYZÉK	51
11. ÁBRÁK JEGYZÉKE	52

12. TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE.....	52
13. MELLÉKLETEK.....	53

1. Bevezetés

A jegyzet az egészségügyi-minőségügyi és betegbiztonsági menedzsment (EMBM) mesterképzés hallgatói számára készült, a belső minőségügyi rendszerek tantárgy követelményeinek elsajátítását támogató céllal.

Jelen összefoglaló bemutatja a kapcsolódó jogszabályi előírásokat és azokat a szempontokat, amelyeket a belső minőségügyi rendszer megtervezésekor, kialakításakor és működtetésekor szükséges figyelembe venni.

A jó belső minőségügyi rendszer az intézeti célokkal összhangban működik, eredményesen és hatékonyan támogatja a szervezet céljainak megvalósulását, biztosítja a gördülékeny munkavégzést, a szervezet mindennapi tevékenységeinek megfelelő minőségű megvalósulását, valamint jelentős mértékben hozzájárul nem csupán a betegek, hanem dolgozók elégedettségéhez és biztonságához is.

2. A belső minőségügyi rendszer

2.1. Jogszabályi háttér

Az egészségügyi törvény 121. § (1) kimondja, hogy „Minden egészségügyi szolgáltató biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését...”. (1997. évi CLIV. törvény) Ez alapján 1999. I. 1-től minden egészségügyi szolgáltató számára kötelezővé vált a belső minőségügyi rendszer működtetése.

Ezen a ponton fontos tisztázni azt, hogy kik is tartoznak a „minden egészségügyi szolgáltató” körébe, azaz kik számára rendeli el kötelezően a törvény a belső minőségügyi rendszer működtetését. A törvény 3.§ f) pontja alapján:

„egészségügyi szolgáltató: a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet;”. (1997. évi CLIV. törvény)

Ennek megfelelően tehát a törvény rendelkezése egyaránt vonatkozik a közfinanszírozott, a magán, az egyházi fenntartású, és az alapítványi intézményekre is. Az érintett intézmények körébe beleértendők az alapellátást végzők, a járóbeteg-szakellátást vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltatók, a mentőszolgálatok, a vérellátó szolgálat és a közforgalmú gyógyszerárak is. Mindegyik említett szolgáltató számára kötelező a belső minőségügyi rendszer működtetése.

A minőségügyi rendszer az ISO fogalommeghatározása szerint: a minőségirányítás megvalósításához szükséges szervezeti felépítés, felelősségi körök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége. Az 1997-es Egészségügyi Törvény alapján (119.§) az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása céljából meghatározott minőségi követelmények rendszere, ideértve a követelményrendszer meghatározásán túl ezen követelmények teljesítésének nyomon követését, értékelését, akkreditálását, illetve tanúsítását, valamint a folyamatos minőségfejlesztést is.

„A minőségügyi rendszer célja az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása.” (1997. évi CLIV. törvény, 119. § (1)) Az intézményekben kétféle formában jelenik/jelenhet meg: úgy, mint belső minőségügyi rendszer és mint külső minőségügyi rendszer. A belső minőségügyi rendszer működtetése során az intézmény saját, belső erőforrásaira támaszkodva, saját követelményrendszer kialakításán keresztül biztosítja a mindennapok során a működést. *(A külső minőségügyi rendszerről a következő fejezetben lesz szó.)*

Az egészségügyi törvény részletesen rögzíti, hogy a belső minőségügyi rendszer működtetésének mi a célja (121. § (1)):

- a) „a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás folyamatainak megismerése és részletes tervezése, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését is,
- b) a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, a megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése,
- c) a hiányosságok okainak feltárása, az azokból fakadó költségek, károk csökkentése,
- d) a szakmai és működési követelményeknek való megfelelés és a saját követelményrendszer fejlesztése,
- e) a betegek jogainak, igényeinek és véleményének figyelembe vétele, valamint
- f) hatékony és biztonságos munkavégzést támogató környezet biztosítása belső követelményrendszer fejlesztése során.” (1997. évi CLIV. törvény)

Arra vonatkozóan, hogy pontosan mit is jelent a belső minőségügyi rendszer működtetése, szintén az egészségügyi törvény ad útmutatást. Az évek során az ide vonatkozó rész többször módosult, az aktuálisan (2016. január 1-től) érvényes rendelkezés már részletesen leírja, hogy milyen feladatok tartoznak a belső minőségügyi rendszer működtetésének elemei közé:

“121. § (2) A belső minőségügyi rendszer magában foglalja

- a) betegellátási és háttérfolyamatok biztonságos, eredményes és hatékony szabályozását és működtetését,
- b) a szükséges erőforrásokkal való hatékony gazdálkodás biztosítását,
- c) az egészségügyi és működési dokumentumok kezelési rendjének kialakítását és működtetését,
- d) a felelősségi szintek és hatáskörök meghatározását és gyakorlati alkalmazását,
- e) a panaszok szabályozott kezelését,
- f) a betegoktatás és tájékoztatás rendjének kialakítását és alkalmazását,
- g) az elégedettségi vizsgálatok kialakítását és alkalmazását,
- h) a kommunikációs irányok és módszerek meghatározását és gyakorlati alkalmazását,
- i) szakmai irányelvek alkalmazásának, bevezetésének rendjét és a helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumok kialakítását és gyakorlati alkalmazását,
- j) a betegbiztonsággal összefüggő kockázatok, a nemkívánatos események áttekintését, elemzését, értékelését és a megelőző intézkedések megfogalmazását,
- k) szakmai mutatók meghatározását és alkalmazását,

- l) az a)-k) pontban foglaltak rendszeres nyomon követését és értékelését, valamint a szükséges javító intézkedések megfogalmazását.” (1997. évi CLIV. törvény)

A belső minőségügyi rendszer az előbbieken felsorolt a)-l) pontok mindegyikét tartalmazza, így a törvény elvárásainak megfelelő működéshez ezen elvárások mindegyikét teljesíteni kell.

A törvény nem nevesíti, hogy milyen belső minőségügyi rendszert kell működtetni, így az egészségügyi szolgáltató döntése, hogy egy már létező rendszert vezet be (pl. ISO¹, MEES², BELLA³ – ezek részletes bemutatására később, a *Döntés-előkészítés* című fejezetben kerül sor), vagy egy saját rendszert fejleszt önmaga számára. Mindkét megoldással kapcsolatban vannak pro és kontra érvek. A legfontosabb különbség a két lehetőség között az, hogy a már létező rendszerek bevezetése és eredményes működtetése lehetőséget adhat valamely külső szervezet általi elismertetésre, míg az intézmény által kidolgozott, saját belső minőségügyi rendszer nem biztos, hogy könnyen megfeleltethető a tanúsítási vagy akkreditációs követelményeknek.

A különböző belső minőségügyi rendszerek jellemzőit a Döntés-előkészítés című fejezetben hasonlítjuk össze.

¹ ISO International Organization for Standardization (Nemzetközi Szabványügyi Szervezet)

² MEES Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok

³ BELLA A BELLA program az egészségügyi szolgáltatók hazai fejlesztésű akkreditációs rendszere A BELLA fantáziánév a “BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért” szlogenből ered.

3. A külső minőségügyi rendszer

Bár a külső minőségügyi rendszer nem ezen jegyzet témája, érdemes tisztázni annak lényegét és kapcsolatát a belső minőségügyi rendszerrel.

3.1. Jogszabályi háttér

A külső – valamely, az egészségügyi szolgáltatótól független testület által meghatározott elvárásokat tartalmazó – minőségügyi rendszerrel kapcsolatos jogszabályi alapokat is az egészségügyi törvény fektette le, amely alapján

„122. § A külső minőségügyi rendszer működése az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyezési rendjére épül, és

- a) a szolgáltatások biztonságos nyújtáshoz szükséges követelményeknek,
- b) az egyes szolgáltatások szakmai tartalmának,
- c) a szolgáltatások értékelési szempontjainak,
- d) az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és adatszolgáltatás minőségi követelményeinek

meghatározásán, nyilvánosságra hozatalán és rendszeres felülvizsgálatán, továbbá az egészségügyi szolgáltató hatósági szakfelügyeletén, valamint szakmai minőségértékelésén, az akkreditációs rendszeren, valamint a megfelelőség-tanúsítás rendszerén keresztül valósul meg.” (1997. évi CLIV. törvény)

A hatósági szakfelügyeletet és a szakmai minőségértékelést az arra kijelölt államigazgatási szervek végzik. A hatósági szakfelügyelet keretében ellenőrzik az egészségügyi ágazati jogszabályok érvényesülését, a szakmai minőségértékelés során pedig a betegellátás megvalósulását vizsgálják az érvényben lévő szakmai irányelvek, egyéb szakmai előírások tükrében. Ezeket a vizsgálatokat az államigazgatási szervek kezdeményezik, és lefolytatásuk során az egészségügyi szolgáltatóknak együttműködési kötelezettsége van.

Az egészségügyi szolgáltató dönthet úgy, hogy a már működő belső minőségügyi rendszerét, annak megfelelőségét valamely külső szervezet által is elismerteti. Amennyiben a belső minőségügyi rendszer működtetésének alapja ISO szabvány (pl. MSZ EN ISO 9001), vagy az MSZ EN 15224, illetve a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok, akkor az ezen külső rendszer szabályait is be kell emelni a belső minőségügyi rendszer követelményei közé. Az elvárásoknak megfelelő működést arra felhatalmazással (akkreditációval) rendelkező szervezetek vizsgálni és értékelni tudják. Az ilyen külső szervezet általi elismerést tanúsításnak nevezzük.

„124/A. § (1) A tanúsítás az egészségügyi szolgáltató nemzetközi vagy magyar egészségügyi ellátási standardok szerinti minőségirányítási rendszerének nemzetközi szabvány alapján történő felülvizsgálata és elismerése.” (1997. évi CLIV. törvény)

A tanúsítás önkéntes, nem kötelező a szolgáltatók számára. Ha egy intézményben a BELLA standardok képezik a belső minőségügyi rendszer működésének alapját, akkor a standardok szerinti működés külső fél általi elismertetésére az akkreditációs eljárás hivatott.

„124. § (1) Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációja az adott ellátási formára specifikus standardok szerinti működés elismerése.” (1997. évi CLIV. törvény)

Az akkreditációra való jelentkezés is önkéntes, a szervezet döntésén múló folyamat, amely azonban hazánkban az egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozóan jelenleg nem érhető el.

4. A belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatai

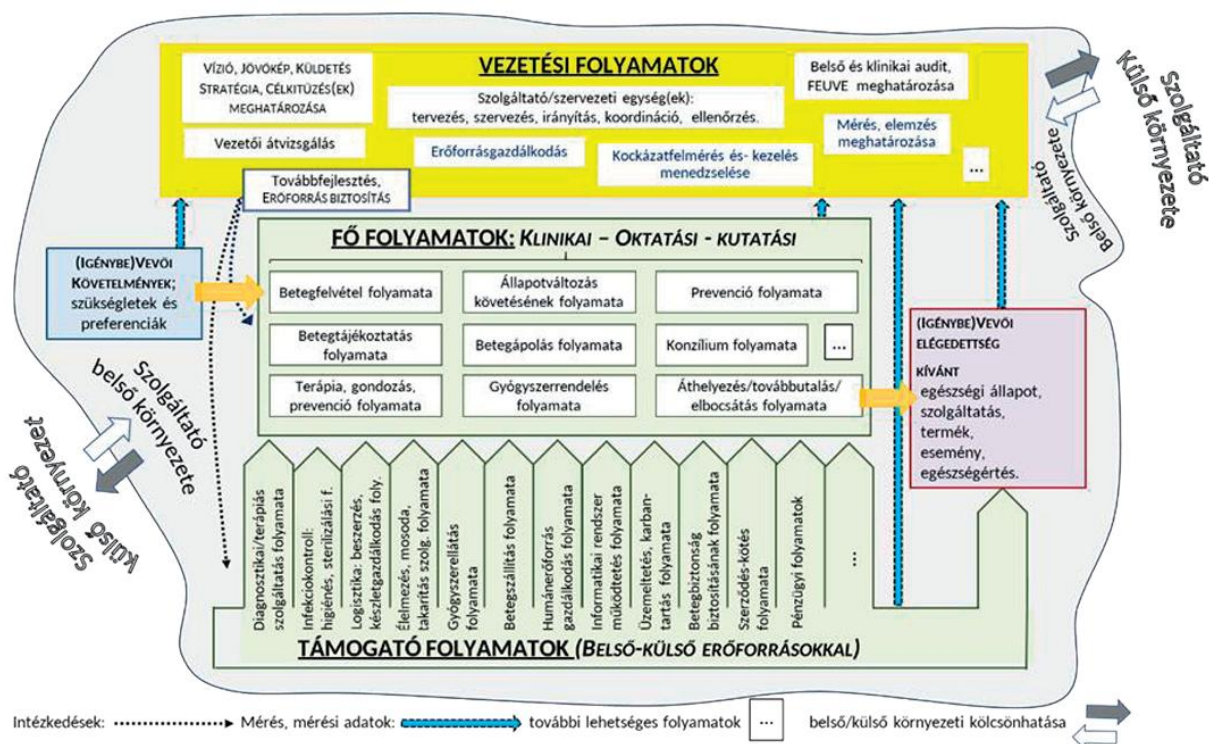
Ahogy arról a belső minőségügyi rendszer jogszabályi háttérét bemutató fejezetben már szó esett, az egészségügyi törvény 121. § (2) részletesen rögzíti, hogy a belső minőségügyi rendszer működtetése milyen feladatokat foglal magában. Ebben a fejezetben az ottani felsorolásnak megfelelően – pontról pontra – részletezzük, hogy a belső minőségügyi rendszer működtetésének megtervezése során mit szükséges végiggondolni, milyen feladatokat kell megvalósítani.

Nincs előre meghatározott sorrendje annak, hogy az egyes feladatelemek közül mikor melyikkel és mekkora hangsúllyal foglalkozunk. Ezt a döntést az intézmény sajátosságai és aktuális történései alapján célszerű meghatározni. A magas kockázatú problémák megoldása prioritást kell, hogy élvezzen.

4.1. Folyamatok szabályozása és működtetése

Az egészségügyi törvény szerint a belső minőségügyi rendszer működtetésének egyik feladata a betegellátási és háttérfolyamatok biztonságos, eredményes és hatékony szabályozása és működtetése.

Érdemes tisztázni, hogy ez alatt pontosan mit is kell érteni. A betegellátási folyamatok közé tartoznak mindazok a tevékenységek, amelyeket a beteg egészségügyi ellátása kapcsán végzünk, és amelyekben a beteg közvetlenül érintett, úgy mint a betegfelvétel, azonosítás, konzílium, betegoktatás, betegátadás, elbocsátás, stb. A háttérfolyamatok biztosítják azt, hogy az egészségügyi ellátás megfelelő feltételek mellett meg tudjon valósulni. Ilyen folyamatok például a humán erőforrás- és megfelelő infrastruktúra biztosítása, a takarítás, sterilizálás, vagy a beszerzés. A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokban a betegellátáshoz kapcsolódó folyamatok a „Fő folyamatok” kategóriában jelennek meg, míg a háttérfolyamatok a „Vezetési folyamatok” és a „Támogató folyamatok” címszó alatt szerepelnek. (MEES 2.1, 2024) (1. ábra)



1. ábra Vezetési, Fő- és Támogató folyamatok általános modellje fekvőbeteg-ellátás során (MEES 2.1, 2024)

A folyamatok szabályozásával és működtetésével kapcsolatban a biztonságos, az eredményes és a hatékony jelzők értelmezését az alábbi magyarázatok segítik.

„Az egészségügyi minőségbiztosítás egyre hangsúlyosabb területe a betegbiztonság. Ez az ellátók által akaratlanul okozott bántalmak elkerülését jelenti, olyan struktúrák, rendszerek, folyamatok kialakításával, amelyek figyelemmel vannak a betegbiztonsági kockázatokra. A biztonságos ellátás hozzájárul a hatékonyabb ellátáshoz azzal, hogy elkerüli, de legalább csökkenti a következményes költségeket.” (Belicza & Lám, 2013)

Az eredményesség a kívánt eredmény elérésének mértéke az ellátottak körében a napi gyakorlat során. Míg a hatásosságot jól meghatározott, „ideális” körülmények között vizsgálják (lásd klinikai gyógyszervizsgálatok), az eredményesség a valós élet által igencsak befolyásolt folyamat. Fontos különbség a hatásossággal szemben, hogy az eredményességre az ellátás mikéntje mellett hatással vannak például a beteg saját jellemzői (demográfiai jellemzők, betegség súlyossága, társbetegségek, együttműködési készség), egyéb környezeti tényezők és a véletlen is. („Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021)

„A rendelkezésre álló erőforrások végesek, ezért szükséges a hatékonyság figyelembe vétele, amely azt mutatja, hogy milyen mértékben van összefüggésben az eredményesség az igénybe vett erőforrások mértékével egy adott egészségügyi beavatkozás során. Hatékony beavatkozásnak tekintjük azt, amely maximális eredményt ér el a felhasznált erőforrások (pénz, munkaidő, munkaerő) függvényében. Valamely tevékenység hatékonyabb a másiknál, ha ugyanazt az eredményt kevesebb erőforrás felhasználásával képes előállítani.” (Belicza & Lám, 2013)

A biztonságosság, eredményesség és hatékonyság elérése érdekében megfelelő szabályokat kell alkotni, azokat megismertetni az érintettekkel és annak megfelelően végezni a feladatokat. Oktatásokkal, a munkatársak motiválásával (pl. példamutatással), ellenőrzésekkel, valamint a folyamatok és eredmények rendszeres elemzésével, értékelésével biztosítható a helyes működés fenntartása. Amennyiben figyelemmel kísérjük a legfontosabb folyamatainkat, lehetőségünk van a bekövetkezett változások korai felismerésére, a problémák azonosítására és a kedvezőtlen eredmények korrigálása érdekében a mielőbbi beavatkozásra.

A szabályok alkotása során minden szabályozó jellegű dokumentumra/intézkedésre gondolni kell, ideértve a szabályzatokat, eljárásrendeket, munkautasításokat, protokollokat, utasításokat, stb.

A megfelelő, rendezett működés kialakításában igen nagy szerepe van a minőségügyi vezetőknek. Elterjedt gyakorlat, hogy a minőségügyi vezető vállal felelősséget az intézményi működés kereteit rögzítő szabályzatok megalkotásáért, koordinálja azok elkészítését, kihirdetését, oktatását, gondoskodik a nyilvántartásukról és az új verziók érvénybe léptetése kapcsán a változások nyomon követéséről.

A munka során fontos szem előtt tartani, hogy a jó szabályozás szakmai tartalma kifogástalan (egészségügyi ellátást szabályozó dokumentum esetében lehetőleg bizonyítékokon alapuló), az aktuális jogszabályi elvárásoknak megfelelő, rögzíti azt, hogy az egyes lépések végrehajtásáért hol ki a felelős, logikus felépítésű és jól követhető. Annak érdekében, hogy az adott szabályozás betartható legyen, „emészthető” terjedelműnek és intézményre szabottnak kell lennie, valamint nem tartalmazhat irreális elvárásokat. Amennyiben az adott téma kapcsán értelmezhető, az alkalmazás egységessége és megkönnyítése érdekében dokumentumsablonokat is tartalmazhat. Szintén segíti az alkalmazást, ha a szabályozott folyamat lépéseiből ellenőrzőlistát, vagy jól követhető, egyszerű algoritmust készítünk és teszünk elérhetővé a munkatársak számára.

A mindennapi tevékenység végzésekor a szabályozást akkor fogják a munkatársak figyelembe venni, ha tudnak róla és ismerik annak tartalmát (azaz oktatták őket erre), valamint elérhető számukra az aktuális változata, amikor csak szükséges. Csökkenti az alkalmazási hajlandóságot, ha a szabályozás túl gyakran változik, vagy módosításai követhetetlenek.

A fentiekben felsorolt jellemzőkkel bíró szabályozás készítése összetett, időigényes feladat. A jó szabályozás készítéséhez fontos, hogy vonjuk be az érintetteket a készítésbe, legalább 1 főt minden érintett munkaköri csoportból és szakterületről. A teljeskörű szabályozás elkészítésének alapja az egész folyamat áttekintése és elemzése, amelynek során figyelembe kell venni az egyéb folyamatokkal, dokumentumokkal közös kapcsolódási pontokat, és meg kell határozni azokat a kritikus pontokat a folyamatban, ahová ellenőrzési pontok beépítése szükséges a szabályozás során.

Egy tevékenységet célszerű csak egy helyen szabályozni. A több helyen rögzített, ugyanazon folyamatra vonatkozó szabályok módosításakor előfordulhat, hogy az aktualizálás nem minden helyen történik meg, így egymásnak ellentmondó szabályok lehetnek érvényben. Ennek elkerülése

érdekében abban az esetben, ha egy másik szabályozásban kapcsolódó folyamatok vannak, azokra csupán hivatkozni érdemes. Segítségét jelenthet emellett a dokumentum mátrix (2. ábra) használata, amellyel követhetővé válik, hogy az egyes szabályozásokban hol vannak kereszthivatkozások a kapcsolódó egyéb szabályzatokra. Ezeket a kereszthivatkozásokat az adott szabályzat módosításakor ellenőrizni érdemes, hogy igényelnek-e pontosítást.

<i>Hipotetikus példa a mátrix használatára vonatkozóan</i>			
	Az SzMSz 8.5. fejezetében utalás van a Panaszkezelési Szabályzatra, 3.2 fejezetében a Gazdálkodási Szabályzatra.	A Panaszkezelési Szabályzatban nincs hivatkozás a többi szabályzatra.	A Gazdálkodási Szabályzat 1.5 fejezetében van utalás az SzMSz-re. A Panaszkezelési Szabályzatra nincs hivatkozás.
	Szervezeti és Működési Szabályzat (SzMSz)	Panaszkezelési Szabályzat	Gazdálkodási Szabályzat
Szervezeti és Működési Szabályzat (SzMSz)		nincs hivatkozás	1.5 fejezet
Panaszkezelési Szabályzat	8.5. fejezet		nincs hivatkozás
Gazdálkodási Szabályzat	3.2. fejezet	nincs hivatkozás	

2. ábra Dokumentum mátrix minta a szabályozások kapcsolódási pontjainak nyomon követéséhez (saját szerkesztés)

A szabályozást bevezetés előtt érdemes lehet tesztelni. Ehhez javasolt az új szabályozás egy osztályon való bevezetése, oktatása, 1-2 hónapos alkalmazása, majd ezt követően a tapasztalatok megbeszélése az érintett munkatársakkal, szükség esetén pedig a szabályzat módosítása a visszajelzések figyelembevételével. Ebből a tesztelésből nagyon hasznos információk származhatnak, amelyek valóban elősegíthetik a betartható, életszerű szabályok kialakítását. Emellett a szabályok kialakításába bevont dolgozók elkötelezettebbek lesznek az új elvárások szerinti munkavégzés iránt.

A szabályozás teljes intézményre történő bevezetésére a tesztelt, szükség szerint pontosított változat felhasználásával kerülhet sor.

A szabályok alkalmazását segítheti elő az, ha mindenki célzott tájékoztatást, oktatást kap a saját tevékenységét érintően, hogy ezentúl mit hogyan kell végeznie. Ha nem célzott oktatás történik, és sok felesleges információ hangzik el az adott személy számára, az rontja az átadni kívánt üzenetek megértését, rögzülését.

Lényeges időt szánni arra, hogy a munkatársak értsék, miért fontos az adott kérdéssel foglalkozni, miért kell azt komolyan venni. A téma jelentőségét mutatja a munkatársak felé az, ha hagyunk elég időt a bevezetésére, oktatjuk és elérhetővé tesszük az aktuális szabályozást a munkatársak számára, majd ellenőrizzük annak betartását. Ahhoz, hogy a szabályokat alkalmazni is tudják a munkatársak, biztosítani kell számukra a szabályszerű működés feltételeit (pl. a szükséges eszközöket megfelelő mennyiségben), és segítséget, támogatást kell nyújtani az ehhez kapcsolódó esetleges új ismeretek és módszerek megtanulásához, a gyakorlati kivitelezés elsajátításához.

A minőségügyi vezető ide kapcsolódó teendői közé tartozhat még – a fentiekén túl – a szabályok betartására irányuló ellenőrzések megszervezése (pl. egyszerű megfigyelés, klinikai audit, kórlaprevízió, belső audit), az ellenőrzések eredményeinek értékelése és visszajelzése az érintettek, valamint a vezetőség felé. Szintén a teendők közé sorolható a szabályozásokkal kapcsolatos tapasztalatok, visszajelzések gyűjtése, szükség esetén intézkedések meghozatala (pl. újbóli oktatás vagy a szabályozás módosításának kezdeményezése).

A szabályozásokkal kapcsolatban további hasznos információk találhatóak a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzet 3. fejezetében. (<https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/06/Betegbiztonsag-jegyzet.pdf>)

A témakörhöz kapcsolódó, a BELLA programban elkészített alábbi segédanyag megtalálható a jegyzet mellékletében:

1. melléklet: Szabályozás minta (belső szabályozáshoz)

4.2. Gazdálkodás az erőforrásokkal

Az egészségügyi törvény szerint a belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatai közé tartozik a szükséges erőforrásokkal való hatékony gazdálkodás biztosítása. Ezt segíti elő új termékek és szolgáltatások beszerzése, illetve a beszerzés vagy az infrastruktúra átalakítása előtt a felhasználásban/igénybevételben érintett munkatársak bevonása az előkészületekbe, az ő igényeiknek, szakmai szempontjaiknak megkérdezése és figyelembevétele a döntés során.

Az erőforrásokkal való gazdálkodás egyik fontos eleme a szükséges anyagok, eszközök, gyógyszerek tekintetében egy jól meghatározott biztonsági készlet kialakítása. Ez egyrészt lehetővé teszi az ellátás folyamatosságát akár fennakadás, vagy nem tervezett események alkalmával is, másrészt biztosítja a felesleges felhalmozás elkerülését. A túl kevés anyag, eszköz, gyógyszer az ellátás biztonságát veszélyeztetheti, a túl sok raktározott készlet pazarláshoz vezethet a lejáró szavatosságok, avulás, stb. következtében.

A gazdálkodás során célszerű törekedni a standardizálásra, egységes eszközpark kialakítására is. Például, ha egy kórház minden osztályán más típusú EKG készülék van, akkor az EKG papírokból, kábelekből sokfélét kell beszerezni, készleten tartani. Így nehezebb nyomon követni, hogy hová melyik kell, melyik típusból mennyi fogy, nem tudnak egymásnak segíteni az osztályok a váratlanul elfogyó készlet esetén, stb. A sokféle eszköz, berendezés karbantartási költségei magasabbak lehetnek, nehezebb a szervizelést megszervezni, és komoly betegbiztonsági kockázatot jelent a sokféle eszköz különböző kezelési módjainak rutinszerű alkalmazása. (A humán tényezőknek a hibák kialakulásában betöltött szerepéről, valamint a kiküszöbölés lehetőségeiről további információk találhatóak a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzet 5.3.2. fejezetében, amely a következő linken megtekinthető:

<https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/06/Betegbiztonsag-jegyzet.pdf>.)

Szintén fontos szempont a működtetési-, karbantartási költségek, jótállási idő, szervizelési lehetőségek, stb. figyelembe vétele a beszerzéskor, mivel ezek figyelmen kívül hagyása esetén egy látszólag gazdaságos döntésről kiderülhet, hogy nem volt megfelelő választás. Éppen ezért a döntés előkészítése során érdemes a fenti információkat is figyelembe véve egy kritériumrendszert kialakítani. A rendelkezésre álló széles körű információ birtokában megalapozottabb döntés hozható.

A beszerzett termékek gondos átvételével biztosítható a hibás/lejárt szavatosságú termékekből, valamint a szállítás közben sérült termékekből adódó kár minimalizálása. Az átvett termékek megfelelő tárolása elősegíti a felhasználhatóság megőrzését, a lejáratí idő közeledtének észrevételét, naprakész nyilvántartásuk pedig segíti a felesleg felhalmozásának elkerülését és a termékek fogysának nyomon követését, a beszerzés folyamatának időben történő elindítását.

Fontos a beszerzett termékekkel kapcsolatos tapasztalatok gyűjtése és a beszállítók értékelése egységes, előre meghatározott szempontrendszer szerint, hiszen ez segítheti a későbbi beszerzésekkel kapcsolatos döntések meghozatalát.

A beszerzett eszközök, berendezések megfelelő használatának biztosítása (szakszerviz általi telepítés, oktatás, használati útmutató elérhetővé tétele), valamint ezen eszközök rendszeres, gyártó által előírt felülvizsgálata, hitelesítése, kalibrálása nagy jelentőséggel bír a biztonságos üzemeltetés szempontjából. A karbantartások elmaradása ronthatja a készülékek üzembiztonságát és élettartamát, és bár átmenetileg úgy tűnhet, hogy költséget takarítanak meg a karbantartás

kihagyásával, a későbbiekben a fellépő hibák jelentős költségeket generálhatnak a betegellátó intézmény számára. A meghibásodott eszközök/berendezések javíttatása, a szolgáltató működése szempontjából fontos eszközök ideiglenes pótlásának megszervezése szintén az erőforrásokkal való gazdálkodás része.

Kiszervezett szolgáltatások esetén a szolgáltatókkal való jó együttműködés keretében pontosan rögzíteni szükséges a végzett tevékenységgel kapcsolatos elvárásokat, ellenőrzési szempontokat. Amennyiben létezik olyan intézményi szabályozás, amely érinti a kiszervezett szolgáltatást is, gondoskodni kell arról, hogy ennek a szabályozásnak a tartalmát a szolgáltató megismerje és betartásáról intézkedjen. Ha az adott szabályozás módosul, arról a szolgáltatót is tájékoztatni szükséges.

Az elvégzett szolgáltatások ellenőrzésének szempontjait, az ellenőrzésért felelős személyeket és az ellenőrzés gyakoriságát meg kell határozni. Az ellenőrzések tapasztalatait gyűjteni és rendszeres időközönként elemezni érdemes annak érdekében, hogy a kifizetett szolgáltatások az elvárt színvonalon valósuljanak meg, hiszen ez is része az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodásnak. (Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

4.3. Dokumentumok kezelési rendje

Az egészségügyi törvény a belső minőségügyi rendszer feladatai közt nevesíti az egészségügyi és működési dokumentumok kezelési rendjének kialakítását és működtetését.

Először is érdemes különbséget tenni a kétféle dokumentumtípus között. Az egészségügyi dokumentáció „az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától”. (1997. évi CLIV. törvény) Ez alapján egészségügyi dokumentáció például a betegadatokat tartalmazó kórlap, lázlap, EKG, MR felvétel, laborletet vagy vény.

A működési dokumentáció „az intézményben zajló vagy az intézmény tevékenységét közvetlenül érintő tevékenységek, folyamatok leírását tartalmazó iratok összessége”. („TÁMOP-6.2.5.A... fogalomtára”, 2014) Idesorolható működési dokumentum például a kórlap sablon, beszerzési szabályzat, takarítás ellenőrző lap, gyógyszerigénylés.

A dokumentumokkal kapcsolatos kezelési rend kialakítása során meg kell határozni mind az egészségügyi, mind pedig a működési dokumentumok vonatkozásában azok kezelésének szabályait. A szabályok közt rögzíteni javasolt azt, hogy hogyan lehet létrehozni új dokumentumokat, azokat milyen módon szükséges nyilvántartani, érvénybe léptetni, a napi használatba bevezetni, tárolni, módosítani, archiválni, selejtezni, stb. A dokumentum típusától függően számos további szempont szóba jöhet (pl. dokumentumokról készített másolatok és azok kiadásának rendje, egyes dokumentumokhoz való hozzáférési jogosultságok, bejegyzésre és betekintésre jogosultak köre, a dokumentum vezetésére kötelezettek meghatározása, állagmegóváshoz kapcsolódó teendők, stb.).

A dokumentumok kezelési rendjének működtetése azt jelenti, hogy biztosítani kell az e tárgyban előzetesen meghatározott és bevezetett szabályok betartását/betartatását. Ideértendő többek közt az újonnan elkészült szabályzatok oktatása és elérhetővé tétele a dolgozók számára, annak

ellenőrzése, hogy a munkatársak betartják-e a szabályokat, szükség esetén ezek módosítása, napi gyakorlathoz igazítása.

Az egészségügyi szolgáltatások nyújtása során kiemelt jelentősége van a beteg adatait tartalmazó dokumentációknak. Az egészségügyi dokumentáció vezetésének megfelelőségét ellenőrző vizsgálattal (az úgynevezett „kórlaprevízióval”) kapcsolatos tudnivalókat és tanácsokat a 2. mellékletben részletezzük.

A témakörhöz kapcsolódó melléklet:

2. melléklet: Kórlaprevízió

4.4. Felelősségek és hatáskörök

Az egészségügyi törvény szerint a felelősségi szintek és hatáskörök meghatározása, valamint gyakorlati alkalmazása szintén a belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatkörébe sorolható.

Az egészségügyi szolgáltatók működésének alapvető célja a hozzá érkező betegek számára egészségügyi szolgáltatás nyújtása. Ez a tevékenység kizárólag csapatmunkában valósítható meg, azonban a csapat tagjainak tevékenységét össze kell hangolni. Azt, hogy az egyes munkatársak tevékenységükkel hogyan járulhatnak hozzá az intézmény legfőbb céljának megvalósulásához, az egyénekre lebontott, személyre szóló felelősségi és hatáskörök határozzák meg.

A felelősségek és hatáskörök meghatározásával a napi munkavégzés eredményesebbé, biztonságosabbá válik.

Minden munkatárs számára egyértelműnek kell lennie, hogy neki milyen feladatai vannak és feladatai ellátásához milyen hatáskörrel rendelkezik. A felelősségek mellé azért fontos a feladatok ellátásához szükséges hatáskörök meghatározása is, mert annak hiányában a feladat végrehajtása meghiúsulhat.

A jól kialakított felelősségi rendszer pozitív hatással van a betegbiztonságra és a dolgozói biztonságra egyaránt. Emellett nagymértékben tudja javítani az egyes folyamatok hatékonyságát is, hiszen ha egyértelműen tisztázott, hogy adott esetekben kihez kell fordulni, jelentősen lerövidülhetnek az ügyintézési és döntéshozatali idők, ezzel pedig erőforrás spórolható meg.

A felelősségek és hatáskörök meghatározásakor érdemes átgondolni azt is, hogy az egyes feladatok végzésének engedélyét milyen feltételekhez kötjük. Amennyiben meghatározzuk, hogy ki mire jogosult, azzal elősegíthetjük, hogy csak azok végezzék a kockázatos tevékenységeket, akik valóban alkalmasak arra.

Gondot kell fordítani arra, hogy a felelősségek és hatáskörök szükség szerint aktualizálásra kerüljenek (pl. új képzés megszerzése, más munkakörbe helyezés esetén).

A személyre szóló felelősség, hatáskör rögzítésének helye általában a munkaköri leírásban van, de egy adott tevékenységhez kapcsolódóan, munkakörhöz rendeltén javasolt mindezt a szabályozásban is megjeleníteni. Ez biztosítja, hogy mindenki számára egyértelmű legyen, hogy az

egyes feladatoknak ki a felelőse. A munkaköri leírás egyedi, mások által nem ismert, így nem egy-egy szakmai vagy működési folyamathoz rendelten azonosítja az egyes lépésekért felelős személyeket/munkaköröket, ezért rendszer szinten nem elegendő az átlátható munkavégzéshez. Egyéb, intézmény által meghatározott rendszer is kialakítható a felelősség, hatáskör meghatározására vonatkozóan, amennyiben az egyértelműen és minden érintett által követhetően kerül alkalmazásra, és egyúttal biztosítja a kapcsolódó jogszabályi előírásoknak való megfelelést is.

Fontos, hogy a felelősség és a hatáskör összhangban legyen a feladatkörrel és jogkörrel is, ellenkező esetben problémákat generál a kialakult helyzet. Az alábbi, 1. táblázatban néhány lehetséges problémát mutatunk be összefoglalóan.

HA	AKKOR
a hatáskör kisebb, mint a feladat	korlátoz, demotivál
a szükségesnél nagyobb a hatáskör	konfliktusokhoz vezethet
a felelősség nagyobb, mint a jogkör	olyanért is felelősségre vonhatóvá válhat valaki, amihez nincs intézkedési jogosultsága

1. táblázat Hatáskör, feladat, felelősség, jogkör összefüggései (saját szerkesztés)

4.5. Panaszok kezelése

A panaszok szabályozott kezelését az egészségügyi törvény nem csupán a belső minőségügyi rendszer feladatai közt említi, a törvény 29.§-a a panaszkezelés részleteiről szól. Ez alapján:

„29. § (1) A beteg jogosult az egészségügyi ellátással kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónál, illetve fenntartójánál szóban, írásban panaszt tenni.

(2) Az egészségügyi szolgáltató, illetve a fenntartó köteles a panaszt kivizsgálni, és ennek eredményéről a beteget a lehető legrövidebb időn belül, de legfeljebb harminc munkanapon belül írásban tájékoztatni. A panaszjog gyakorlása nem érinti a betegnek azon jogát, hogy a külön jogszabályokban meghatározottak szerint - a panasz kivizsgálása érdekében - a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselőt foglalkoztató szervhez és más szervekhez forduljon. Erre a körülményre a szolgáltató köteles a beteg figyelmét felhívni.

(3) A panasz kivizsgálásának részletes szabályait az egészségügyi szolgáltató belső szabályzatban rögzíti.

(4) A panaszokat nyilván kell tartani és a panasszal, illetve annak kivizsgálásával összefüggő iratokat 5 évig meg kell őrizni.” (1997. évi CLIV. törvény)

Ide kapcsolódó jogszabályi előírás még a 2023. évi XXV. törvény a panaszokról, a közérdekű bejelentésekről, valamint a visszaélések bejelentésével összefüggő szabályokról. E törvény rögzíti az intézményekben kidolgozandó és alkalmazandó panaszkezelési szabályok kereteit.

Segítséget jelenthet az intézmény számára a panaszkezelési szabályok meghatározásakor, ha tanulmányozzák a NEKED ajánlást (NEKED: Nemkívánatos Események Kezelésére vonatkozó Eljárásrend), amely módszertani támogatást ad az adott intézményben kialakult és ott észlelt, súlyos kimenetelű nemkívánatos eseményt követő eljárásra vonatkozóan. Az ajánlás kitér az

esemény dokumentálására, a kommunikációs feladatokra, valamint a nemkívánatos események kivizsgálásával kapcsolatos tudnivalókra, teendőkre is. („NEKED ajánlás”, 2012)

A belső minőségügyi rendszer működtetése vonatkozásában a panaszokkal kapcsolatban az alábbiakat emelnénk ki:

- A panaszok bejelentésének, kivizsgálásának és kezelésének részletes szabályait tartalmazó intézményi szabályzat elkészítése törvényi kötelezettség. Ennek koordinálása megjelenhet a minőségügyi vezető feladatai között.
- A panaszügyek elemzése ráirányíthatja a figyelmet olyan szervezeti hiányosságokra/problémákra, amelyek betegbiztonsági és/vagy minőségfejlesztési program alapjául szolgálhatnak. Éppen ezért a panaszügyek figyelemmel kísérése, rendszeres elemzése fontos teendő.

4.6. Betegoktatás és tájékoztatás

A belső minőségügyi rendszer működtetésének részét képezi a betegoktatás és tájékoztatás rendjének kialakítása és alkalmazása is. A betegoktatás során azt kívánjuk elérni, hogy a beteg, illetve hozzátartozója eredményesen tudjon részt venni a beteg saját egészségügyi ellátásában, megtanulja, begyakorolja a szükséges ismereteket. A betegoktatásnak része az is, hogy meggyőződjünk az ismeretek elsajátításáról. A tájékoztatás lényege a döntéshozatalhoz szükséges információk átadása. A két fogalom közti különbséget az EFOP-1.8.0-VEKOP-17, D alprojekt Jógyakorlat munkacsoportjának definíciói jól szemléltetik:

Betegoktatás: „Az egyén szükségleteinek megfelelő -többnyire nagyobb mennyiségű- információ (tudás) tervszerű és intézményesített átadása, melynek célja, hogy az egészségügyi ellátásban való biztonságos és eredményes részvételt, viselkedésváltozás útján támogassa és melynek végén a tudásátadás eredményességét vizsgálják.” (Jógyakorlat munkacsoport, 2021)

Betegtájékoztatás: „Az egészségügyi ellátó rendszerrel és/vagy szolgáltatásokkal kapcsolatos információ tervszerű átadása, melynek célja az egészségügyi ellátással összefüggő döntéshozatal támogatása.” (Jógyakorlat munkacsoport, 2021)

Az oktatás, tájékoztatás célja a betegek és hozzátartozóik együttműködésének elnyerése a diagnosztikai és terápiás célok elérése, valamint az elkerülhető állapotromlás megelőzése érdekében. Mindazon esetekben amikor a beteg úgy távozik az intézményből, hogy aktuális egészségi állapota kihatással van a napi életvitelére, az oktatásnak feladata az is, hogy a beteget és/vagy hozzátartozóját felkészítse az intézményen kívüli életre.

A betegoktatás és tájékoztatás intézményi szintű, átfogó megszervezésének számos előnye van, amelyek közül kiemelendő, hogy ilyen rendszer alkalmazásával egyértelműen ismertté válhat minden munkatárs számára, hogy a betegek milyen esetekben, mikor, kitől kell kapjanak oktatást vagy tájékoztatást, és hogy ez pontosan mit is tartalmazzon. Az oktatási rend kialakításával és az aszerinti munkavégzéssel elősegíthető, hogy minden olyan beteg oktatásban részesüljön, aki számára ez szükséges, egységes tartalmú oktatások történjenek, és így biztosítható, hogy a megjelenő esetleges új ismeretek gyorsan beépüljenek az oktatásba. Ennek eredményeként várhatóan nem fordul elő az, hogy egyes információk átadása elmarad, vagy az átadott információk

hiányosak, esetleg tartalmuk attól függ, hogy a betegek melyik osztályon, kitől részesültek oktatásban. (Megjegyzés: ehhez a tevékenységhez szervesen kapcsolódik a feladatok, hatáskörök meghatározása, valamint a szabályozások és helyi szakmai protokollok kidolgozása is.)

„A szervezett betegoktatás célja, hogy minden rászoruló beteg biztosan és ellenőrizhetően megfelelő ismereteket sajátítson el az egészségmagatartás, az állapotváltozás, az életmódváltoztatás és az állapotromlás megelőzésének témáiban, és ez a betegellátás szerves részévé váljon.” („Módszertani segédanyag...”, 2014)

E cél elérése érdekében a következő intézkedések meghozatala szükséges az intézményi oktatási rendszer kialakítása során:

- a betegoktatás és tájékoztatás intézményi szintű koordinációjáért felelős személy kijelölése, megbízása
- a betegoktatások célcsoportjainak meghatározása (a betegoktatásokat kiknek, milyen szervezeti formában és rendszerben, valamint milyen gyakorisággal végezzék)
- a betegoktatásban résztvevő személyek (oktatók) kijelölése
- a betegoktatási tematikák kialakítására vonatkozó rend meghatározása, az oktatási tematikák elkészítése
- a betegoktatási módszerek és feltételek meghatározása
- a dokumentációs rend kialakítása, formanyomtatványok készítése
- a betegoktatási folyamat szabályozása
- a betegoktatást végzők képzése a betegoktatási tevékenységre
- az oktatással kapcsolatos tapasztalatok gyűjtése és beépítése a fejlesztési folyamatba

(„Módszertani segédanyag...”, 2014; Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

A betegoktatást végzők képzése során szükséges lehet iránymutatást adni a következő témaköröket érintően:

- a betegoktatás általános szempontjai, jelentősége és formái
- az ismeretek átadásának technikái és szempontjai a különböző állapotú és szociokulturális helyzetű betegek esetén
- a konfliktusok kezelésének lehetőségei
- a gyakorlati oktatás kivitelezése
- az elsajátított ismeretek ellenőrzése
- a betegségekkel/állapotokkal kapcsolatos oktatandó témák vonatkozásában a beteggyüttműködés területei, egészségmagatartás, életmód-változtatás, az állapotváltozás értékelése, az állapotromlás felismerése és megelőzése

(„Módszertani segédanyag...”, 2014; Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

A betegoktatások megvalósítása során a főbb teendők (folyamatosan, a felmerülő szükségletek szerint a beteg és/vagy a hozzátartozója számára):

- az oktatások megszervezése, lebonyolítása
- az oktatás során elsajátított ismeretek visszamérése
- az oktatás dokumentálása és az eredmények követése
- a beteg elbocsátásakor a szükséges ismeretek rendelkezésre állásának ellenőrzése
- javasolt a kontroll vizsgálatok során, vagy visszavétel alkalmával az oktatott ismeretek ellenőrzése, szükség szerint újraoktatás biztosítása
- az oktatás eredményességével kapcsolatos tapasztalatok gyűjtése és visszacsatolása az oktatási folyamatba

(„Módszertani segédanyag...”, 2014; Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

Az elméleti oktatás vagy gyakorlati képzés lehetséges témakörei – a teljesség igénye nélkül:

- a megváltozott funkcionális állapottal történő együttélés támogatása (pl. sztómazsák, állandó katéter használata)
- a diéta bevezetése vagy módosítása
- az állapotváltozások észlelése és a szövődmények megelőzése (pl. hypoglikémia tüneteinek felismerése)
- a paraméterek mérése (pl. vércukor, vérnyomás)
- az állapotromlás megelőzése, terápia eredményességéhez szükséges életmódbeli szokások elsajátítása
- a kezelési mód megfelelő alkalmazása (pl. öninjekciózás, inhalátor használata)
- a gyógyászati segédeszközök használata

A témakörhöz kapcsolódó, a BELLA programban elkészített alábbi segédanyag megtalálható a jegyzet mellékletében:

3. melléklet: Segédanyag a betegoktatási anyagok tematikájának kidolgozásához

Az intézményi betegoktatási rend kialakításánál, a meglévő folyamatok fejlesztésénél hasznos ötleteket adhatnak az ebben a témakörben más intézményekben már megvalósított jógyakorlatok. A hazai jógyakorlatok gyűjtésére online katalógus került kialakításra, a katalógus szabadon elérhető az érdeklődők számára a <https://jogyakorlatok.betegbiztonsag.info/#/> URL címen.

4.7. Elégedettségi vizsgálatok

Az egészségügyi törvény az elégedettségi vizsgálatok kialakítására és alkalmazására is utalást tesz a belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatai közt. Elégedettségi vizsgálatot a leggyakrabban beteg-, és dolgozói elégedettség felmérése érdekében szoktak végezni, de értékelés kérhető a munkatársaktól a beszállítókkal, kiszervezett szolgáltatókkal kapcsolatban is, valamint

ezek a partnercégek is értékelhetik a velünk való együttműködést az ő szemszögükből. Jellemzően nem szokták az elégedettségi vizsgálatok közé sorolni a munkatársak teljesítményértékelését, de végsősoron ez is tükrözi a vezetők munkatársakkal való elégedettségét.

Az elégedettségi vizsgálatok az esetek többségében kérdőíves felméréssel történnek, hiszen ennek kivitelezése a legegyszerűbb, a kapott adatok statisztikailag jól feldolgozhatók, könnyen összehasonlíthatók akár a korábbi felmérés eredményeivel, ráadásul ez a módszer képes biztosítani az anonim válaszadás lehetőségét is. Az anonim elégedettségmérés mellett szól, hogy a válaszadást nem befolyásolja az értékelést adó személy beazonosíthatósága, így feltételezhető, hogy őszintébb véleményt kapunk. Ugyanakkor van létjogosultsága az interjúnak is, különösen egy-egy részterület célzott fejlesztése kapcsán.

A kérdőívek/interjú kérdések összeállítása, a visszajelzések begyűjtési módszerének meghatározása és a kérdőívek kiértékelése megfelelő szakmai – lehetőleg szociológusi vagy pszichológusi – felkészültséget igényel.

A betegelégedettségi vizsgálatok támogatására 2011-ben a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) vezetésével készült egy standardizált betegelégedettségi kérdőív 18 és 80 év közötti, aktív fekvőbeteg ellátásban kezelt betegek véleményének felméréséhez, amelyhez a kérdőíven túl módszertani ajánlás is tartozik. Amennyiben egy általános elégedettségi szint felmérése, esetleg különböző intézményekben végzett felmérésekből származó eredmények összehasonlítása a cél, ez a kérdőív jól használható lehet.

A témakörhöz kapcsolódó, a GYEMSZI által készített, BELLA program ajánlásával kiadott alábbi segédanyagok megtalálhatók a jegyzet mellékletében:

4. melléklet: Standardizált betegelégedettségi felmérés.
Módszertani ajánlások
5. melléklet: Standardizált betegelégedettségi kérdőív 18 és 80 év közötti, aktív fekvőbeteg ellátásban kezelt betegek véleményének felméréséhez

Az intézményi betegelégedettségi vizsgálat kérdőívének kialakítása során inspiráló lehet a 2011-ben készült „Kórházban kezelt betegek körében végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlata” című kiadvány áttanulmányozása. (GYEMSZI, 2011)

Amennyiben az egészségügyi szolgáltató egy adott részterülettel kapcsolatosan szeretne mélyebb felmérést készíteni egy célzott fejlesztés támogatására, akkor szükség lehet egy speciális kérdőív/kérdéslista készítésére is. Például, ha az általános betegelégedettségi visszajelzésekben derül ki, hogy a betegek elégedetlenek az étkeztetéssel, az önmagában még nem elég konkrét visszajelzés ahhoz, hogy tudjuk, hol szükséges beavatkozni a megfelelőbb működés érdekében. Ilyenkor hasznos lehet, ha célzott felmérést készítünk az adott területre vonatkozóan. Ebben az esetben megkérdezhetjük például, hogy mivel, és milyen mértékben volt elégedett a beteg a következőket illetően (akár külön-külön az egyes étkezésekre vonatkozóan):

- az ételek hőmérséklete a tálaláskor
- az ételek íze
- az ételek külleme
- az ételek mennyisége
- az ételek változatossága
- a tálalás módja
- az ételosztás időpontja
- az étkezés körülményei
- választhatóság (az orvos által elrendelt diéta figyelembe vételével)

Az ilyen, a vizsgált területre vonatkozó specifikus kérdésekre kapott válaszok segítségével jól azonosíthatóvá válnak a folyamatnak azok a pontjai, ahol szükséges beavatkozni. Specifikus kérdőívek bármely, mélyebben megismerni kívánt területre létrehozhatók, hasznos eszközök lehetnek a minőségfejlesztések során.

A kérdőívek minden kérdése esetében javasolt átgondolni, hogy azokat biztosan ki tudja-e tölteni minden megkérdezett, és ha nem, akkor egy „nem értelmezhető”, vagy más hasonló válaszlehetőséget is biztosítani szükséges. Például, ha rákérdezzük arra, hogy kapott-e a beteg megfelelő segítséget az étkezéshez, de neki nem volt szüksége rá mert önállóan tud étkezni, ennek jelölésére is érdemes lehetőséget biztosítani.

A kérdések összeállításakor át kell gondolni, hogy mit szeretnénk kezdeni a kapott információkkal, és hogyan tudjuk azokat megfelelően/reálisan értékelni. Ha szükséges, ennek megfelelően további információkat is kérhetünk a válaszadóktól. A példaként használt esetben – az étkeztetéssel való elégedettség felmérésekor – a válaszokat befolyásolhatja, hogy ki milyen diétában részesül (hiszen ez korlátozhatja az ételek változatosságát), ezért egy ilyen megkérdezésnél hasznos lehet a válaszok mellett a diétára vonatkozó információt is rögzíteni.

Mindig érdemes lehetőséget adni arra, hogy a felmérésben részt vevők saját megfogalmazásukban, szabadon is adhassanak visszajelzést, és nem csak „ikszelős” válaszadási lehetőséget biztosítani, hiszen lehetnek olyan tényezők is, amelyekre a kérdések összeállítása során nem gondoltunk.

A témakörhöz kapcsolódó melléklet:

6. melléklet: A betegelégedettség mérése intenzív osztályon

4.8. Kommunikáció

A törvény a belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatai közt nevesíti a kommunikációs irányok és módszerek meghatározását és gyakorlati alkalmazását. A szervezeti működés fő színterei a kommunikáció szempontjából az általános szervezeti működés és a betegellátó szakmai tevékenység. E kettőt célszerű elkülönítetten tárgyalni.

Az intézmény **általános működése szempontjából** a kommunikáció irányát két fő területre oszthatjuk fel: külső-, és belső kommunikációra.

A külső kommunikáció célja „a szervezetből kifelé történő, és az oda irányuló kommunikáció kezelése a szervezeti célok és érdekek mentén, meghatározott időkereten belül”. (Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

Az erre vonatkozó szabályok kialakítása során célszerű kiemelt figyelmet fordítani az adatvédelemre, betegjogokra, az intézményi érdekek érvényesülésének biztosítására. Ennek érdekében szabályozni szükséges a hivatalos és egyéb megkeresések kezelésének rendjét, a külső szervezetekkel való kapcsolattartás módját, a lakossági tájékoztatás formáit és szabályait, a médiával való kapcsolattartás rendjét, a rendszeres és alkalmi adatszolgáltatások teljesítésének szabályait, az intézményi honlapon megjelenítendő információk tartalmára és azok kezelésére vonatkozó előírásokat. (Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

Az elérhető szolgáltatásokról szóló lakossági tájékoztatás a külső kommunikációnak egy olyan részterülete, amelynek nagy jelentősége van a jól szervezett betegellátás megvalósulásában. Éppen ezért érdemes figyelmet fordítani arra, hogy az intézményben igénybevehető szolgáltatásokkal kapcsolatban naprakész és teljeskörű információ álljon az érintettek rendelkezésére.

A belső kommunikáció „a szervezeten belül, annak valamennyi szintjén, a szervezeti működés céljait szolgáló rendszeres és eredményes információcsere megvalósulása”. (Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

A kommunikációs irányok és módszerek meghatározását és gyakorlati alkalmazását a belső minőségügyi rendszer működtetésének vonatkozásában az 5.2.3. fejezetben részletezzük.

A kommunikációval összefüggésben ki kell emelni, hogy a szervezeti működés minden folyamata során alapvető fontosságú a munkatársak közötti információcsere. Ez teszi lehetővé azt, hogy a munkatársak tájékozottak legyenek a szervezeti célokkal, szabályokkal, az intézményben zajló folyamatokkal kapcsolatban, és ismerjék saját szerepüket, feladataikat, amelyek révén hozzájárulhatnak a célok megvalósulásához.

Kutatási eredmények azt mutatták, hogy a nemkívánatos események kb. 70%-ának hátterében kommunikációs hiányosságok azonosíthatók („Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021), ezért is van jelentős szerepe a helyes kommunikációs gyakorlat kialakításának **mind az általános, mind a szakmai kommunikáció vonatkozásában**. A belső kommunikáció fontos területe az előfordult hibák, gyengeségek megbeszélése, az okok feltárása, amihez őszinte, nem büntető légkörre, szervezeti kultúrára van szükség. A témával kapcsolatos további részletek találhatóak a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzetben, valamint a *Módszertani útmutató oki kutatások végzéséhez* című kiadványban.

A **szakmai ellátás megvalósítása során** is történhet kommunikáció a szervezetből kifelé (külső kommunikáció), vagy a szervezet munkatársai között (belső kommunikáció), de ezzel összefüggésben a kommunikáció speciális, szakmai vonatkozásait tekintjük át. A beteg kezelése során gyakran történik meg az ellátásért való felelősség átadása (pl. műszakátadás, áthelyezés, vizsgálatra küldés), ilyen esetekben a betegellátás biztonsága szempontjából is kiemelt jelentőségű, hogy a további ellátáshoz szükséges minden információ rendszerezetten továbbadásra kerüljön. Ennek alapja a megfelelő kommunikáció mind a fekvőbeteg, mind pedig a járóbeteg ellátás során.

A WHO definíciója szerint a betegátadás-betegátvétel (angolul: *handover*) „Az a folyamat, mely során betegspecifikus információk kerülnek átadásra egyik ellátótól a másiknak, egyik ellátócsoporttól a következőnek vagy az ellátótól a beteg és családja számára abból a célból, hogy biztosítsák a betegellátás folyamatosságát és biztonságát.” (Lám et al., 2019)

A betegátadással, annak oktatásával foglalkozott a MAP4E⁴ projekt, amelynek kapcsán magyar nyelvű oktatási anyagok is készültek a munkatársak ismereteinek ezirányú bővítése céljából. Ezek az anyagok a következő URL címen érhetők el az érdeklődők számára: <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/05/Betegatadas.pdf>.

A kommunikációról szól még a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzet 4.1. fejezete, amely a következő linken megtekinthető: <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/06/Betegbiztonsag-jegyzet.pdf>.

⁴ MAP4E **M**ethodology development and impact **A**ssessment in **P**atient safety education **f**or improving **E**ffectiveness (Módszertanfejlesztés és hatásvizsgálat a betegbiztonsági oktatás eredményességének növeléséért)

4.9. Irányelvek, protokollok

A törvény a belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatai közt sorolja fel a szakmai irányelvek alkalmazásának, bevezetésének rendjét és a helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumok kialakítását és gyakorlati alkalmazását.

E feladat végrehajtásához iránymutatásul szolgál a 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól.

„2. § (5) A helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumok az adott témakörben érvényes egészségügyi szakmai irányelvek gyakorlati alkalmazását segítik, azokkal együtt érvényesek, azokat nem helyettesítik. Amennyiben a témában van érvényes egészségügyi szakmai irányelv, a helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumok az egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak az adott egészségügyi szolgáltató helyi gyakorlatában való megvalósításának módjáról és a helyi körülmények között meghatározott lépéseiről nyújtanak egyértelmű információt az adott tevékenységet közvetlenül végző ellátók számára.” (18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet)

„5. § (1) A helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumok készítése az adott egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak az adott egészségügyi szolgáltató helyi ellátási adottságainak figyelembevételével történik, az adaptáció szabályainak megfelelően. Egészségügyi szakmai irányelv hiánya esetén az adott ellátási helyzet tevékenységeinek helyi szabályozása a bizonyítékokon alapuló szakmai irányelvfejlesztés szabályai és a minőségmenedzsment általános módszertani elvei szerint történik.

(2) A helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentum elkészítése az egészségügyi szolgáltató vezetésének feladata és felelőssége. Az egészségügyi szolgáltató a szervezeti és működési szabályzatában rendelkezik a helyi szakmai ellátást szabályozó dokumentumnak az egészségügyi szolgáltató minőségügyi rendszerébe való beépítéséről.” (18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet)

Mindezek ismeretében intézményi szinten célszerű meghatározni a szakmai ellátást szabályozó dokumentumok (protokollok) készítésének szabályait.

A belső minőségügyi rendszer működtetésének részeként gondoskodni kell arról, hogy az egészségügyi ellátás az érvényes irányelvek szerint valósuljon meg. Ennek érdekében ki kell alakítani annak a rendjét, hogy hogyan kerülnek át az ellátási gyakorlatba az irányelvekben megfogalmazott elvárások. Ideértve például az olyan teendőket, mint:

- a megjelenő szakmai irányelvek és módszertani levelek figyelemmel kísérése,
- döntés arról, hogy az újonnan megjelent szakmai előírások tartalma kapcsolódik-e az intézményben folytatott tevékenységekhez,
- ha igen, akkor az új szakmai anyagok felhasználásával és az érintett szakmák bevonásával a helyi szakmai protokollok elkészítése/aktualizálása,
- az új rendelkezések bevezetéséhez szükséges feltételek biztosítása (pl. szükség esetén eszközbeszerzés, új dokumentumsablonok kialakítása, stb.),

- az új helyi szakmai protokoll tartalmának oktatása,
- a protokoll nyilvántartásba vétele, közzététele, érvénybeléptetése,
- protokoll szerinti ellátás nyújtása a mindennapok során,
- a protokoll szerinti működés ellenőrzése.

Ez a folyamat tudja biztosítani azt, hogy a szakmai irányelvekben közzétett evidenciák beépüljenek a napi betegellátási gyakorlatba.

Szakmai irányelvek, módszertani levelek hiányában is meg kell határozni a helyi szakmai folyamatok szabályait törekedve arra, hogy azokban érvényesüljenek az ismert tudományos bizonyítékok. Ehhez részletes és hasznos leírást tartalmaz a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzet. A szakmai irányelvek és a helyi szakmai protokollok fejezete (3.3.3 és 3.3.4).

Annak ellenőrzésére, hogy a protokollban rögzített szabályok szerint történik-e a betegek ellátása, a legcélszerűbb eszköz a klinikai audit. Ennek leírása a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzet 6.3.2. fejezetében található meg. A jegyzet a következő linken tekinthető meg: <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/06/Betegbiztonsag-jegyzet.pdf>.

4.10. Betegbiztonsági kockázatok kezelése

A belső minőségügyi rendszer működtetésének következő feladata a betegbiztonsággal összefüggő kockázatok, valamint az előfordult nemkívánatos események áttekintése, elemzése, értékelése és megelőző intézkedések megfogalmazása.

Ennek a feladatnak az ellátása speciális ismereteket igényel, ezért a rendszer kialakítása során törekedni kell arra, hogy az ebbe a feladatba bevonni kívánt munkatársaknak szükség esetén legyen lehetőségük ismereteik bővítésére (pl. kockázatelemzési, oki kutatási, vagy adatelemzési módszerek elsajátítása). Az ismeretek bővítésének célját szolgálhatja a *Módszertani útmutató oki kutatások végzéséhez* című kiadvány (<https://info.nevesforum.hu/2020/02/modszertani-utmutato-oki-kutatasok-vegzehehez/>), vagy a különböző témákban készített kutatásokból született tanulmányok (<https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/>). A módszertani ismeretek megszerzését és elmélyítését segíti az *Egészségügyi-Minőségügyi és Betegbiztonsági Menedzsment* mesterképzés, amelyhez e jegyzet is készült.

A betegbiztonsági kockázatok kezelésének proaktív módja a szervezet működésében rejlő hibalehetőségek, kockázatok szisztematikus feltárása, és olyan intézkedések meghozatala, amelyek csökkentik a kockázatok jelentőségét, vagy teljesen kiiktatják azokat a működésből. „Olyan egészségügyi környezetet, amelyben egy-egy hiba bekövetkezési valószínűsége a nullával egyenlő, nem lehet elérni, léteznek ugyanakkor módszerek és eszközök a bekövetkezési valószínűség mérséklésére. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy az ellátási folyamatokat úgy kell proaktív módon megterveznünk, hogy azok az emberek számára megnehezítsék a hibás cselekvés lehetőségét, és megkönnyítsék, hogy jól végezzék a dolgukat.” (*Betegbiztonság a gyakorlatban*, 2021. 36.o.)

A kockázatok felmérésével és elemzésével kapcsolatban további hasznos információk olvashatók a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzet 1.6, 1.9 fejezetében.

A betegbiztonsági kockázatok felismerése és kezelése során a feladat része a nemkívánatos események elemzése, értékelése is, ami csak úgy valósulhat meg, ha gyűjtjük az erre vonatkozó információkat. E téren döntést szükséges hozni arról, hogy az intézmény kifejleszt a maga számára egy információgyűjtési módot, vagy segítségül hívja a már létező NEVES program kínálta lehetőségeket. A döntést segítheti A *NEVES jelentési rendszer intézményi bevezetése és működtetése* című függelék (https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/03/Oki-kutatas_1-fuggelek_v1.pdf). A NEVES jelentési rendszer a <https://neves.nevesforum.hu/> URL címen érhető el.

A vizsgálatok során feltárt kockázatok, intézményi működésben rejlő problémák megelőzése érdekében hozott intézkedések akkor tudnak igazán eredményesek lenni, ha azok a problémák valódi okait kezelik, emellett életszerű, a gyakorlatban megvalósítható, a mindennapi munkavégzésbe beilleszthető megoldások. Ehhez a feladathoz is támogatást ad a fentiekben említett *Módszertani útmutató oki kutatások végzéséhez* című kiadvány (<https://info.nevesforum.hu/2020/02/modszertani-utmutato-ok-kutatasok-vegzeséhez/>), és a különböző témákban készített kutatásokból született tanulmányok (<https://info.nevesforum.hu/category/oki-kutatasok/>).

4.11. Szakmai mutatók

A belső minőségügyi rendszer működtetésével kapcsolatos elvárás a szakmai mutatók meghatározása és alkalmazása. A szakmai mutatók tulajdonképpen a betegellátás minőségét jelző indikátorok, amelyek mentén értékelhetővé válik a szakmai tevékenység. Az indikátor jelezheti valamely elvárt tevékenység megvalósulását (pl. elkészült/nem készült el), vagy számszerűen mérheti a teljesülés szintjét. Ez utóbbi esetben az indikátorok számszerűsítik a folyamat egyes jellemzőit, így a folyamatban bekövetkező változások hatása mérhetővé, összehasonlíthatóvá válik. Mivel ezekből a mutatószámokból fontos következtetések vonhatók le, kiemelt jelentősége van annak, hogy az adatgyűjtés körülményeit nagyon pontosan határozzuk meg (bevonási-, kizárási kritériumok, adatforrás, gyűjtött információk, érintett osztályok/beavatkozások/betegcsoportok, adatgyűjtési gyakoriság, stb.), mert csak ezt követve lehet érdemi összehasonlításokat végezni és helytálló következtetéseket levonni.

A gyűjtendő adatokat úgy kell meghatározni, hogy azok az intézmény szempontjából releváns szakmai mutatók legyenek. A gyűjtött mutatókat rendszeresen értékelni és elemezni kell minőségfejlesztési technikák segítségével. Az így kapott eredmények felhasználhatók a szervezet működésének fejlesztése érdekében, döntések támogatására és stratégiai tervezéshez.

Az egészségügyben alkalmazható indikátorokkal kapcsolatban részletes információk találhatók a *Betegbiztonság a gyakorlatban* jegyzet 6.2. A minőség mérése indikátorok alkalmazásával című fejezetében, amely a következő linken érhető el: <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/06/Betegbiztonsag-jegyzet.pdf>.

4.12. Nyomon követés, értékelés, fejlesztés

A belső minőségügyi rendszer feladata a fenti pontokban foglaltak rendszeres nyomon követése és értékelése, valamint a szükséges javító intézkedések megfogalmazása. Ennek számos eleme gyakran megvalósul az intézményekben, csak fontos ezt rendszerezett formába önteni, hogy a fejlesztési folyamatok ne egymástól függetlenül, párhuzamosan folyjanak, hanem a különböző forrásokból származó információk egy rendszert alkotva segítsék a folyamatok áttekintését, értékelését, a fejlesztések megvalósulását. A folyamatok nyomon követésére és értékelésére alkalmas tevékenységek például: elégedettségi vizsgálatok, belső ellenőrzés, ápolási vizit, önértékelés, belső audit, belső felülvizsgálat, klinikai audit, infekciókontroll surveillance.

Az értékelések során feltárt hiányosságok megoldása érdekében, valamint a fejlesztendő területek kijelölésével kapcsolatban célszerű minőségcélokat meghatározni, és azok megvalósítását ütemezetten (határidő, felelős és erőforrás hozzárendelésével) tervszerűen megvalósítani.

A minőségcélok meghatározásához hasznos eszköz lehet a projektmenedzsmentből ismert SMART keretrendszer alkalmazása, amely elősegíti, hogy olyan jól körvonalazott célokat fogalmazzunk meg, amelyek alapján egyértelmű, hogy mi a teendő, és eldönthető, hogy a kitűzött határidőre az adott cél megvalósult-e. A SMART betűszó minden betűje egy angol nyelvű fogalom első betűjére utal, amely a jó célmeghatározás összetevőit tükrözi:

- **S** (*specific* - specifikus) → legyen jól körülhatárolva, hogy pontosan mit szeretnénk elérni
- **M** (*measurable* - mérhető) → legyen mérhető/megszámlálható az eredménye
- **A** (*achievable* - elérhető) → ne tartalmazzon irreális elvárásokat, legyen megvalósítható
- **R** (*relevant* - releváns) → aktuális, valós probléma megoldását célozza
- **T** (*time-bound* - határidőhöz kötött) → legyen a cél elérése határidőhöz rendelve.

5. Belső minőségügyi rendszer bevezetése

Amennyiben a szervezetben még nem működik belső minőségügyi rendszer, kialakításának előkészítésekor számos kérdést célszerű átgondolni, tisztázni. Ehhez kívánnak támogatást nyújtani a most következő fejezetek.

5.1. Döntés-előkészítés

A szervezetben bevezetni kívánt belső minőségügyi rendszer kiválasztásához döntés-előkészítő munkálatok szükségesek. Ennek során végig kell vizsgálni a lehetőségeket, az egyes rendszerek bevezetésének és működtetésének feltételeit és következményeit. Ahhoz, hogy a szervezet számára legmegfelelőbb megoldást választhassuk, ismerni kell a bevezethető minőségügyi rendszereket, valamint a szervezet küldetési nyilatkozatát, jövőképét, stratégiáját és szakmai fejlesztési tervét, a minőségcélokat, a lehetséges és kezelendő problémákat, fejlesztendő területeket.

Az MSZ EN ISO 9001:2015 egy olyan európai keretszabvány, amely bármely szektorban alkalmazható (ipari termelés, szolgáltatások), és fókuszában a folyamatok szabályozása áll. A szervezeti működés szabályozottságának megalapozásához hasznos segítséget adhat, külső értékelő szervezet tanúsíthatja.

Az MSZ EN 15224:2017 szabvány szakmaspecifikus, kifejezetten az egészségügyi ágazatra íródott európai szabvány, amelynek alapja a közismertebb ISO 9001. A 15224-es szabvány „magában foglal klinikai kockázatfelméréssel és -kezeléssel összefüggő szempontokat is mindvégig a folyamatok tervezése, működtetése és felügyelete során”. (MSZ EN 15224, 2017) Az MSZ EN 15224 szövegében az MSZ EN ISO 9001 szövege fekete színnel szerepel, az egészségügyi területre specifikus plusz követelmények, kiegészítések kék színnel jelennek meg. Az MSZ EN 15224 is elismertethető külső tanúsító szervezet által.

A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) hazai fejlesztésű, szakmaspecifikus standardok, amelyek konkrét szakmai folyamatok kialakításához és szabályozásához is segítséget adnak. Említésre érdemes körülmény, hogy az ISO 15224 bevezetésekor, annak érvénybe lépésével elvileg a nemzeti szabványokat – így a MEES-t is – vissza kellett volna vonni (Seres & Guba, 2014). Ennek ellenére érvényben maradt, sőt, 2019. október 16-tól hatályba lépett a MEES 2.0 változata, amelyet az Egészségügyi Közlöny LXIX. évfolyamának 17. száma tett közzé. Ezt követte a MEES 2.1 változatának megjelenése 2024. szeptember 25-én, az Egészségügyi Közlöny LXXIV. évfolyamának 17. számában. A MEES 2.0 verziójának kivezetésére, ezzel párhuzamosan pedig a 2.1 verzió bevezetésére 3 év áll rendelkezésre, ebben az időszakban még mindkét változat használható. 2027-től a MEES-t használó intézményeknek kötelezően át kell állniuk a 2.1 verzióra. A MEES szerinti működés is tanúsítható külső értékelő szervezet által.

Az egészségügyi szolgáltatók számára kifejlesztett hazai akkreditációs rendszer elnevezése a BELLA program. A BELLA fantázianév a “BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért” szlogenből ered. A BELLA standardok az ellátási formára is specifikusak, a fekvő- és járóbeteg ellátás, valamint a közforgalmú gyógyszerterek számára készült el. A kórházak és szakrendelők számára íródott BELLA standardok „Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok” néven kerültek kihirdetésre a 15/2016 Egészségügyi Közlönyben, a standardok szerinti működés külső szervezet általi elismertetésének (akkreditációjának) feltételei azonban jelenleg nem állnak rendelkezésre. A

standardok ettől függetlenül jelen jegyzet tárgyához jól illeszthetők, alapját képezhetik a belső minőségügyi rendszer kialakításának. A BELLA standardok szerint kiépített belső minőségügyi rendszer összhangban van az Egészségügyi Törvényben megfogalmazott feladatokkal és mindazokkal a követelményekkel, amelyek alapján az ISO/MEES szerinti külső értékelés és elismerés történik/történhet.

A 2. táblázatban bemutatjuk, hogy az egészségügyi törvényben felsorolt, a belső minőségügyi rendszer működtetésével kapcsolatos, 4. fejezetben részletesen bemutatott feladatok megvalósításához mely BELLA standardok nyújthatnak támpontot.

A BELSŐ MINŐSÉGÜGYI RENDSZER MŰKÖDTETÉSÉNEK FELADATAI		A TÉMÁHOZ KAPCSOLÓDÓ BELLA STANDARD	A JEGYZET KAPCSOLÓDÓ FEJEZETE
Folyamatok szabályozása és működtetése		Minden standard	4.1.
Gazdálkodás az erőforrásokkal		- Termékek és szolgáltatások beszerzése - Termékek átvétele, raktározása és selejtezése - Vásárolt szolgáltatások felügyelete - Az épített környezet, közműrendszerek, eszközök, berendezések biztonságos működtetése	4.2.
Dokumentumok kezelési rendje		- Működési dokumentumok kialakítása és kezelése - Egészségügyi dokumentáció készítése és kezelése	4.3.
Felelősségek és hatáskörök		Humán erőforrás menedzselése	4.4.
Panaszok kezelése		Panaszok és bejelentések kezelése	4.5.
Betegoktatás és tájékoztatás		Betegek oktatása és képzése	4.6.
Elégedettségi vizsgálatok		Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés	4.7.
Kommunikáció		- Külső kommunikáció - Belső kommunikáció - Tájékoztatás az elérhető szolgáltatásokról - Járóbeteg átvétele, továbbutalása - Műszakok közötti átadás fekvőbeteg-ellátásban - Fekvőbetegek áthelyezése, továbbutalása, elbocsátása	4.8.

Irányelvek, protokollok	- A szakmai ellátás helyi szabályainak kialakítása és alkalmazása - Klinikai audit tervezése és végzése	4.9.
Betegbiztonsági kockázatok kezelése	- A betegellátás biztonságát javító vezetői tevékenység 4., 5., 6. standardcsoport (betegellátás; infekciókontroll; vizsgálatok, azonosítás, oktatás)	4.10.
Szakmai mutatók	- Döntéstámogatás - Szakmai Fejlesztési Terv	4.11.
Nyomon követés, értékelés, fejlesztés	- Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés - Klinikai audit tervezése és végzése - Infekciókontroll és surveillance a fekvőbeteg ellátásban - Standardok E. pontjai	4.12.

2. táblázat A belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatai és a kapcsolódó BELLA standardok, valamint jegyzetfejezetek (saját szerkesztés)

A döntés-előkészítés során meg kell fontolni azt a lehetőséget is, hogy a szervezet nem már létező minőségbiztosítási rendszert vezet be saját belső minőségügyi rendszere kialakításakor, hanem maga alakítja ki annak elemeit, kereteit.

A 3. táblázatban összehasonlítjuk a belső minőségügyi rendszer tervezése kapcsán szóba jöhető megoldásokat különböző jellemzőik alapján.

	MSZ EN ISO 9001:2015	MSZ EN ISO 15224:2017	MEES 2.1*	BELLA**	SAJÁT RENDSZER***
elvárásrendszer érvényessége	európai	európai	országos	országos	intézményi
szakmaspecifikus	nem	igen	igen	igen	igen/nem
ellátási formára specifikus (pl. fekvő, járó)	nem	nem	igen	igen	igen/nem
adott intézményre szabott	nem	nem	nem	nem	igen
hozzáférhetőség	megvásárolható	megvásárolható	ingyenesen hozzáférhető	ingyenesen hozzáférhető	kialakítandó
belső minőségügyi rendszer működtetésének alapja lehet	igen	igen	igen	igen	igen
külső szervezet által elismertethető	tanúsítható	tanúsítható	tanúsítható	elvileg akkreditáltat- ható, de nem működik	nem, de ellenőrzik/ ellenőrizhetik
értékelési rendszer nyilvánossága	nem nyilvános	nem nyilvános	nem nyilvános	nyilvános	nem értelmezhető
külső értékelő szervezet	profitorientált (tanúsító szervezet)	profitorientált (tanúsító szervezet)	profitorientált (tanúsító szervezet)	non-profit (akkreditáló szervezet)	non-profit (kormányhivatal)

3. táblázat Minőségügyi rendszerek összehasonlítása az egészségügyi szolgáltatók belső minőségügyi rendszere kialakításának szempontjából fontos jellemzők alapján (saját szerkesztés)

*MEES 2.1 = Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok 2.1 (közzétéve a 17/2024. Egészségügyi Közlönyben)

**BELLA = Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok (közzétéve a 15/2016. Egészségügyi Közlönyben)

*** Saját rendszer = Egy adott egészségügyi szolgáltató által fejlesztett saját minőségügyi rendszer

A fentiekben ismertetett rendszerek közül választható egy, vagy akár integráltan egyszerre több is bevezethető/működtethető. Döntéskor a következő szempontokat érdemes megfontolni:

- Milyen előzményei vannak az intézmény működésében a belső minőségügyi rendszernek? Működött már korábban, vagy jelenleg is működik? Ha igen, akkor milyen típusú rendszer működött/működik, és milyen eredményességgel? Milyen szerepet tölt be a szervezeti kultúrában?

- Melyik rendszer hogyan támogatja az intézményi célok megvalósulását? (Küldetés, jövőkép, szakmai fejlesztési terv, minőségcélok.)
- Egy rendszer kerüljön bevezetésre, vagy több rendszer, integráltan?
- A szervezet számára szükséges/hasznos lenne a fentiekben ismertetett rendszereken túl egyéb, speciális területekhez kapcsolódó minőségbiztosítási rendszerek bevezetése? (Például: környezetközpontú, kockázatkezelési, élelmiszerbiztonsági, informatikai biztonsági, munkahelyi egészségvédelmi és biztonsági irányítási rendszer.)

A döntéskor figyelembe kell venni, hogy a belső minőségügyi rendszer nem elszigetelten működik, hanem az az intézmény mindennapi működésének szerves része. Követelményei meghatározzák, hogy mit és hogyan kell szabályozni, illetve szabályozottan végezni. Általánosságban elmondható, hogy a MEES, de még inkább a BELLA standardok útmutatást nyújtanak ahhoz, hogy hogyan kell az egyes területeken a szabályozást megalkotni, szakmai tartalmát kialakítani, és ez jellemzően kielégíti az ISO, illetve 15224 szabványban megfogalmazott általános követelményeket is.

Akár az ISO, illetve 15224 szabványok, akár a MEES vagy BELLA standardok kerülnek bevezetésre egy adott intézményben, azok elvárásai a belső minőségügyi rendszerrel kapcsolatos elvárások mindegyikéhez jól illeszthetők. Ha az említett rendszerek bármelyike jól működik, akkor nagy valószínűséggel teljesülnek a belső minőségügyi rendszerrel kapcsolatos elvárások is.

A belső minőségügyi rendszer bevezetése és működtetése során az egyik legfontosabb feladat tehát annak áttekintése, hogy az aktuális működés mennyiben felel meg a belső minőségügyi rendszerrel kapcsolatos, jogszabályban megfogalmazott elvárásoknak, és melyek azok a működési területek amelyek fejlesztésre szorulnak. Külső auditra való felkészülés esetén vizsgálni szükséges azt is, hogy a tanúsításunk alapjául szolgáló elvárásokat (pl. MEES, ISO, 15224) is kielégíti-e a rendszerünk. Az azonosított hiányosságok felszámolására hozott intézkedések alapja a PDCA-ciklus kell legyen (*Plan-Do-Check-Act*: tervezz – hajtsd végre – ellenőrizd – intézkedj).

A PDCA-ciklusról további részletes információk találhatóak a *Betegbiztonság a gyakorlatban* című jegyzet 1.8. fejezetében.

5.2. Szervezeti kialakítás

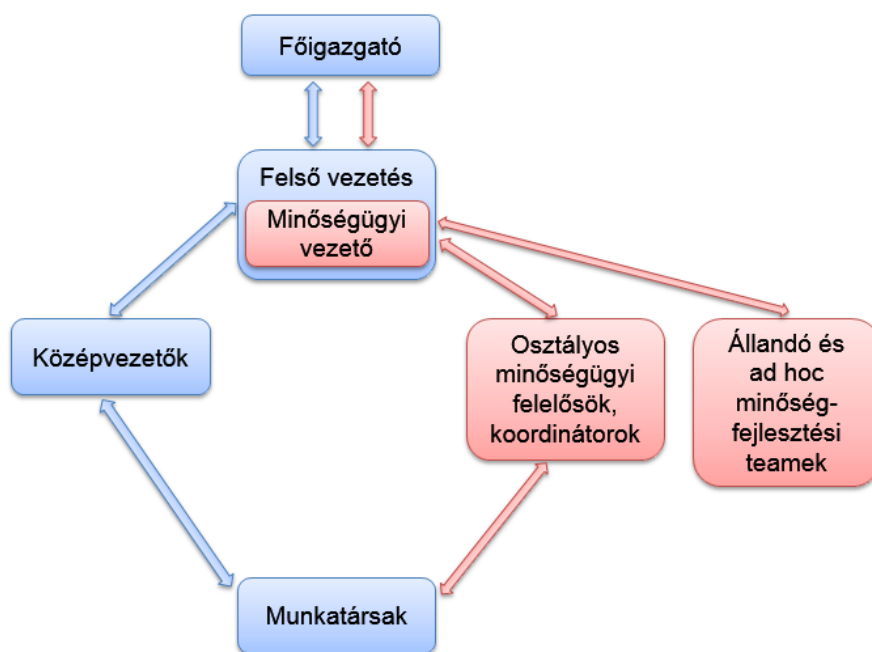
A belső minőségügyi rendszer kialakításának részeként fontos meghatározni a minőségügy helyét a szervezeti organogramban, valamint azt, hogy hogyan épüljön fel a belső minőségügyi rendszer. A minőségügyi rendszer működésének sikere és hatékonysága szempontjából alapvető fontosságú a felsővezetés támogatása, amelyet már a minőségüggyel foglalkozó személy/szervezeti egység intézményi hierarchiában elfoglalt helye is jól tükröz. Akkor tud eredményesen működni a belső minőségügyi rendszer, ha annak legfőbb képviselője – a minőségügyi vezető – a felsővezetés tagjaként naprakész információkkal rendelkezik az intézmény működéséről, céljáról, problémáiról. A minőségügyi vezető ekkor közvetlenül tudja közvetíteni a felsővezetés tagjainak a működési problémákat, gyengeségeket és azok okait, illetve a döntéseknél a minőségügyi/betegbiztonsági szempontok a minőségügyi vezetőn keresztül megjelennek.

Ugyanakkor a minőségügyi vezető egymaga – főként nagyobb méretű intézmény esetén – nem fogja tudni kellő módon ellátni az összes kapcsolódó feladatot és eközben fenntartani a kommunikációt az osztályokkal, így munkájának támogatására osztályos minőségügyi felelősökből

vagy belső koordinátorokból álló hálózat kiépítése nélkülözhetetlen, illetve egyes feladatok kapcsán szakértői csoportok létrehozására lehet szükség.

Az osztályos minőségügyi felelősök/koordinátorok lehetnek az összekötő kapcsok a munkatársak és a minőségügyi vezető között, rajtuk keresztül fontos információk juthatnak el mindkét irányba. Éppen ezért nagy gondot kell fordítani e hálózat kialakítása során a felelősök kiválasztására, valamint az információáramlás rendjének és rendszerének meghatározására.

A 3. ábra sematikus mutatja be a belső minőségügyi rendszer szervezeti felépítését, ahogy párhuzamos szervezatként működnek az intézményen belül.



3. ábra A belső minőségügyi rendszer szervezeti felépítése és helye az intézeti organogramban (saját szerkesztés)

5.2.1. A minőségügyi vezető

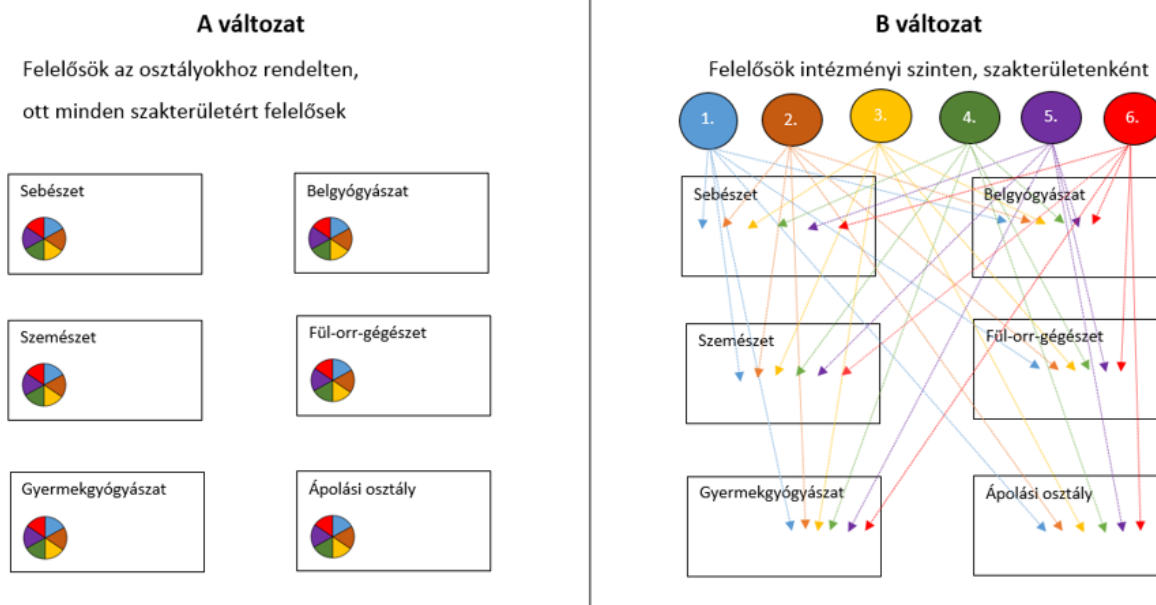
Ideális esetben az egészségügyi szolgáltatónak kinevezett minőségügyi vezetője van, aki a felsővezetés tagjaként teljes munkaidőben csak a minőségügyi teendőkkel foglalkozik. Feladata, hogy a felsővezetéssel szorosan együttműködve szervezze, irányítsa, koordinálja, ellenőrizze a minőségügyi tevékenységeket, valamint javaslatot tegyen a felsővezetés tagjainak a fejlesztési irányokra és a szükséges teendőkre vonatkozóan. A gyakorlatban mindez a napi működés megtervezését és irányítását jelenti, ezért is szoktuk a minőségmenedzsmentet operatív menedzsmentként is nevezni.

Jó, ha a minőségügyi vezető rendelkezik egészségügyi végzettséggel, és az adott ellátási szinten többéves betegellátási tapasztalattal. Hasznos ismeret még számára a betegbiztonsági, általános minőségügyi, menedzseri jártasság. Példaként járhat elől a folyamatos továbbképzés és önfejlesztés iránti elkötelezettség terén. (Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, 2016)

5.2.2. Az osztályos felelősök kiválasztása

Az osztályos felelősök kiválasztásakor törekedni kell arra, hogy olyan személy kerüljön kijelölésre, aki rendelkezik kellő helyi tapasztalattal. Belátható, hogy egy frissen érkezett munkatárs nem fogja tudni olyan jól átlátni az adott helyzetet, annak összefüggéseit, és nem is lesz még akkora bizalom felé a munkatársaitól, mintha egy régóta ott dolgozó kollégát bíznanak meg a feladattal. E mellett fontos még, hogy az osztályos felelőst munkatársai elfogadják, elismerjék, különben a rajta keresztül érkező teendők várhatóan kevésbé sikeresen fognak megvalósulni. Ugyanakkor ez nem jelenti azt, hogy ne lenne érdemes egyes részfeladatok ellátásába új munkatársakat is bevonni, hiszen a „belső vakság” miatt a rutinos kollégák esetleg elsiklanak egy-egy megoldási lehetőség, vagy probléma felett.

A belső minőségügyi rendszer megtervezése során az osztályos felelősök rendszerének kialakításakor két fő irány határozható meg (4. ábra). Az egyik változat szerint az osztályos felelősök felelnek saját szervezeti egységükben minden, ott értelmezhető szabvány/standard elvárás bevezetésének koordinálásáért. A másik lehetőség szerint intézményi szinten kerülnek kijelölésre az egyes elvárásokhoz rendelt azok a felelősök, akik aztán gondoskodnak arról, hogy a szükséges teendők minden osztályon végrehajtásra kerüljenek. Például az infekciókontrollal kapcsolatos szabvány/standard elvárásoknak való megfelelés kialakításával meg lehet bízni az intézményi infekciókontroll osztály munkatársát, aki aztán minden egyes osztályon segíti a szükséges változtatások bevezetését. Olyan témák esetében, ahol fontos lehet a szakismeret, az utóbbi megoldás tűnik célszerűnek. Adott esetben felmerülhet a két módszer kombinálásának lehetősége is.



4. ábra Osztályos minőségügyi felelősök feladatai a szabvány/standard elvárásoknak való megfelelés kialakítása során (saját szerkesztés)

5.2.3. Információáramlás a minőségügyi szervezet tagjai között

A belső minőségügyi rendszer működtetése során nagyon fontos szerep jut az osztályos felelősökkel való rendszeres kapcsolattartásnak és a kommunikációnak. Ezáltal a felelősök aktuális ismeretekkel rendelkezhetnek a szervezeti célokról, az intézményben zajló folyamatokról, a rájuk vonatkozó előírásokról, kapcsolódó feladataikról. Ugyanakkor lehetőségük is van jelzéssel élni a vezetőség felé ha problémát tapasztalnak, segítségre van szükségük, vagy fejlesztési javaslataik vannak.

A kommunikáció lehet rendszeres, vagy eseti, sor kerülhet rá értekezletek, oktatások, levelezés, szóbeli tájékoztatás, valamint webes felületek használata formájában.

Az állandó és ad hoc minőségfejlesztési teamek létrehozásánál és a találkozók megszervezésénél figyelemmel kell lenni arra, hogy a nagy létszám esetén a munka nem elég hatékony, és hogy ez a fajta kommunikációs forma bár nagyon hasznos tud lenni, de igen időigényes. A minőségügyi vezetőnek még a feladat végrehajtásának megkezdése előtt tisztázni kell a szerepeket, feladatokat. Gondosan kell megválasztani a csapat összetételét, hogy a feladat ellátásához szükséges valamennyi ismeret rendelkezésre álljon. Fontos előre megtervezni a találkozók napirendjét, különben az előrehaladás esetlegessé válik. A csapatmunka során a résztvevők között kialakuló feszültségeket fel kell ismerni és kezelni kell az esetleges konfliktusokat.

5.2.4. A minőségügyi vezető eszköztára

A minőségügyi vezető számára számtalan forrás áll rendelkezésre ahhoz, hogy **információkat gyűjtsön** a szervezet működésével, és az esetleges problémák megoldási lehetőségeivel kapcsolatban. A teljesség igénye nélkül ide sorolhatjuk az interjúkat (személyes elbeszélgetéseket, fókuszcsoportos megbeszéléseket is), a megfigyelést, az ötletbörzét, a nominális csoporttechnikát, a Delphi módszert, a szakirodalom áttekintést, az indikátorok gyűjtését és elemzését, a keletkező dokumentációk átvizsgálását, felmérések készítését (pl. betegelégedettség mérés), valamint a különböző szakterületek jelentéseinek áttekintését.

A **működési gyakorlat szisztematikus áttekintése** céljából például végezhető folyamatelemzés, indikátor adatok elemzése, egészségügyi dokumentáció ellenőrzés (kórlaprevízió), belső audit v. felülvizsgálat, klinikai audit, készíthető ok-hatás diagram.

A **megvalósítandó feladatok kiválasztásához** jól használható módszer a nominális csoporttechnika, többszörös szavazás, Delphi módszer, kockázati mátrix, erőter elemzés, érdekcsoport elemzés, prioritási mátrix, stb.

A **feladatok tervezése, ütemezése** során hasznos eszköz lehet a projekt terv, Gantt diagram, operatív terv, ellenőrző lista készítése.

A minőségügyi tevékenység végzése során többek közt a következő ismeretforrásokra támaszkodhatunk: képzések, szakirodalmak, módszertani leírások, egészségügyi standardok, szabványok, már működő intézményi megoldások, munkatársak tapasztalatai, mások jógyakorlatai (benchmarking), jogszabályok, ellenőrzések és felmérések eredményei, tanácsadók, felkészítők, szakértők.

6. Összefoglalás

Amint az a fentiekből is látható, a belső minőségügyi rendszer teljes mértékben átszővi az egészségügyi ellátó szervezet valamennyi tevékenységét. Éppen ezért a rendszer működtetéséhez nagyon sokrétű szakmai ismeretre van szükség, amely kizárólag csapatmunkában képzelhető el. A minőségügyi vezető egymaga nem rendelkezhet minden szakterület vonatkozásában kellően mély ismeretekkel, ezért neki jó rálátással kell bírnia az intézmény működésére, és egyfajta karmesterként össze kell hangolnia az egyes területek munkáját, koordinálnia kell a különböző szakterületek együttműködését a szervezet biztonságos, eredményes és hatékony működtetése érdekében.

Ezen összetett feladat elvégzésében a munkatársakon és a képzéseken, valamint szakirodalmakból elsajátítható ismereteken kívül a minőségfejlesztési technikák széles tárháza lehet segítségére.

7. Hivatkozásjegyzék

- 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300018.emm> (megtekintve: 2026. február 7.)
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV> (megtekintve: 2026. február 7.)
2023. évi XXV. törvény a panaszokról, a közérdekű bejelentésekről, valamint a visszaélések bejelentésével összefüggő szabályokról. <https://njt.hu/jogszabaly/2023-25-00-00> (megtekintve: 2026. február 7.)
- Az Emberi Erőforrások Minisztériuma közleménye a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES) (2.0. változat) közzétételéről, 2019. EüK. 17. szám
- Belicza, É., Lám J.: Egészségügyi minőségbiztosítás, 2013 <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2018/03/Egészségügyi-minőségbiztosítás.pdf> (megtekintve: 2026. február 7.)
- Betegbiztonság a gyakorlatban. Jegyzet graduális és posztgraduális képzésben résztvevők számára (szerk.: Belicza É., Lám J.), Semmelweis Egyetem, Budapest, 2021 <https://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2021/06/Betegbiztonsag-jegyzet.pdf> (megtekintve: 2026. február 7.)
- Betegbiztonsági fogalomtár, A BELLA egészségügyi akkreditációs program fogalomtára. Kézirat, 2014
- Fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok, EMMI közlemény, Egészségügyi Közlöny, 2016. LXV/15, 2290-2361.
- GYEMSZI, Kórházban kezelt betegek körében végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlata, 2011 https://era.aEEK.hu/zip_doc/politika/zip_doc_2011/Betegelegedettseg_nemzetkozi.pdf (megtekintve: 2021. augusztus 23.)
- Holanda Peña M. S., Talledo N. M., Ots Ruiz E., Lanza Gómez J. M., Ruiz Ruiz A., García Miguelez A., Gómez Marcos V., Domínguez Artiga M. J., Hernández Hernández M. Á., Wallmann R., Llorca Díaz J., Proyecto H.U.: Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone. In: Medicina Intensiva. 2017, 41: 78-85.
- Lám J., Safadi H., Pitás E., Belicza É.: Ki mit tud? – A betegátadásról Egy magyar és lengyel mintán végzett tudásfelmérés tapasztalatai. In: Orvosi Hetilap 2019, 160 (44): 1735-1743.
- Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv (2.1 változat) 2024. EüK. 17. szám
- Módszertani segédanyag a szervezett betegoktatás bevezetéséhez. Kézirat. 2014

MSZ EN ISO 9000, Minőségirányítási rendszerek, Alapok és szótár. Magyar Szabványügyi Testület, Budapest, 2015

MSZ EN ISO 9001, Minőségirányítási rendszerek, Követelmények. Magyar Szabványügyi Testület, Budapest, 2015

MSZ EN 15224, Minőségirányítási rendszerek, Az EN ISO 9001:2015 az egészségügyi ellátásban. Magyar Szabványügyi Testület, Budapest, 2017

NEKED: Nemkívánatos Események Kezelésére vonatkozó Eljárásrend, Ajánlás adott intézményben kialakult és ott észlelt, súlyos kimenetelű nemkívánatos eseményt követő eljárásra vonatkozóan, 2012 <https://info.nevesforum.hu/2015/12/neked-ajanlas/> (megtekintve: 2026. február 7.)

Seres J., Guba, T.: Mi lesz veled MEES? Az MSZ EN 15224:2013 Egészségügyi szolgáltatások, Minőségirányítási rendszerek című szabvány bemutatása. In: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy, 2014, 13 (7): 20-24.

Stricker K. H., Kimberger O., Brunner I., Rothen H. U.: Patient satisfaction with care in the intensive care unit: can we rely on proxies? In: The Acta Anaesthesiologica Scandinavica Foundation, 2011, 55: 149-56.

8. Köszönetnyilvánítás

Köszönet illeti az összeállított anyag szakmai lektorálásáért Dr. habil. Belicza Évát, valamint a jegyzet véglegesítésében nyújtott segítségért Ugrin Irinát és Sinka Fruzsina Máriát.

9. Fogalomjegyzék

Akkreditáció

„(1) Annak hivatalos elismerése, hogy valamely szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés) meghatározott feltételek szerinti végzésére.

(2) Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációja: standardokon alapuló értékelés, ami az egészségügyi szolgáltatók önértékelésén és külső kollegiális felülvizsgálaton keresztül valósul meg.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Audit

(1) „Vizsgálat vagy felülvizsgálat, amelynek során bizonyítékok keresésére és kiértékelésére kerül sor előre megtervezett és dokumentált módon annak eldöntéséhez, hogy az auditált tevékenységgel kapcsolatban előzetesen megfogalmazott elvárások milyen mértékben teljesülnek.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

(2) „Az alkalmazható standardok teljesítésének értékelése. A kórházi standardok auditja kiterjed:

- a teljesítésre vonatkozó, az egészségügyi szolgáltató szervezet által átadott dokumentumok értékelésére,
- az elvárt megfigyeléses (monitorozó) adatok értékelésére,
- szóbeli információkra a meghatározott teljesítést lehetővé tevő standardok megvalósulásáról,
- a felülvizsgálók helyszíni megfigyelésére.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

(3) Módszeres, független és dokumentált folyamat objektív bizonyíték megszerzésére és objektív értékelésére annak meghatározására, hogy az auditkritériumok milyen mértékben teljesülnek.

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Belső kommunikáció

(1) „Szervezetén belüli kommunikáció.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

(2) A szervezeten belül, annak valamennyi szintjén megvalósuló információcsere, mely a szervezeti működés megvalósítása érdekében történik.

Forrás: TÁMOP-6.2.5.A projektben fejlesztett BELLA standardok alapján

Belső minőségügyi rendszer

(1) „Az egészségügyi szolgáltatók által működtetett minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszer, amelynek célja a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szakmai és jogszabályi követelményeknek való megfelelés biztosítása, valamint saját intézményi követelményrendszer kialakítása, az annak megfelelő működés elérése (az 1997-es Egészségügyi Törvény alapján)”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

(2) „Az egészségügyi intézmény belső minőségügyi rendszere biztosítja

- a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztését,
- a szolgáltatás folyamatainak megismerését és részletes tervezését, ideértve a lehetséges hibák megelőzésének tervezését is,
- a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerését,
- a megszüntetéshez szükséges intézkedések megtételét és ezek ellenőrzését,
- a hiányosságok okainak feltárását, az azokból fakadó költségek, károk csökkentését,
- a szakmai és minőségügyi követelményeknek való megfelelést és a saját követelményrendszer fejlesztését.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

Betegelégedettség

„(1) A páciensek véleménye az egészségügyi ellátásról. Az ellátás minőségének fontos tényezője, melyet elsősorban az ellátás során szerzett pozitív és negatív élményeik befolyásolnak, tehát szubjektív kategória, s közvetlenül nem függ össze az egészségi állapot változásával. Függ viszont a páciensek társadalomban elfoglalt helyétől, iskolai végzettségétől stb.

(2) A beteg/páciens elvárásainak való megfelelés mértéke. A pácienseknek elvárásaik vannak az orvosokkal, az ápolókkal, az ellátás körülményeivel és a klinikai eredménnyel szemben.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

Betegelégedettségi vizsgálat

„Az ellátottak véleményének felmérése az igénybe vett egészségügyi szolgáltatásról szóbeli vagy írásbeli megkérdezés alapján.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

Betegoktatás

„Az egyén szükségleteinek megfelelő -többnyire nagyobb mennyiségű- információ (tudás) tervszerű és intézményesített átadása, melynek célja, hogy az egészségügyi ellátásban való biztonságos és eredményes részvételt, viselkedésváltozás útján támogassa és melynek végén a tudásátadás eredményességét vizsgálják.”

Forrás: EFOP-1.8.0-VEKOP-17, D alprojekt, Jógyakorlat munkacsoport

Betegtájékoztató

„Az egészségügyi ellátó rendszerrel és/vagy szolgáltatásokkal kapcsolatos információ tervszerű átadása, melynek célja az egészségügyi ellátással összefüggő döntéshozatal támogatása.”

Forrás: EFOP-1.8.0-VEKOP-17, D alprojekt, Jógyakorlat munkacsoport

Egészségügyi dokumentáció/betegdokumentáció

„Az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.”

Forrás: 1997. évi CLIV. törvény

Egészségügyi szakmai irányelv

„Olyan szisztematikusan kifejlesztett ajánlóssorozat, amely meghatározott ellátási körülmények között az ellátandók jól körülhatárolt körére vonatkozik, ajánlásai jól azonosíthatók, tudományos bizonyítékokra, illetve valamennyi érintett szakterület

szakértőinek véleményére támaszkodva, a betegek szempontjainak figyelembevételével az ellátók és ellátandók adott egészségügyi ellátással kapcsolatos megfelelő döntéseit segíti elő.”

Forrás: 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól 1.§ (a)

Folyamat

(1) „Meghatározott sorrendben zajló lépések (munkafázisok) rendszere, amelynek során valamiből (bemenet – input: amit átalakítunk) valami (kimenet – output: amivé alakítjuk) lesz. Egy-egy lépés eredménye a következő lépés kiindulópontja. A végrehajtása erőforrások (emberek, eszközök, anyagok) felhasználásával megy végbe valamennyi idő alatt. Van szakmai és működési folyamat.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

(2) „Egymással kapcsolatban vagy kölcsönhatásban álló olyan tevékenységek sorozata, amelyek bemeneteket használnak fel egy tervezett eredmény létrehozására.”

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Folyamatos minőségfejlesztés

„Olyan minőségfejlesztési tevékenység, melynek során a teljes rendszer fejlesztése a cél, kiemelten a minőségi problémák megelőzése a problémás, vagy a potenciálisan problémás folyamatok azonosítása, tökéletesítése és új minőségelemek bevezetése.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

Jövőkép, vízió (vision)

(1) „Az intézmény hosszabb távú helye és szerepe a változó környezetben az érintettek szempontjából.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

(2) „A felső vezetés által kinyilvánított törekvés arra, amivé egy szervezet válni szeretne.”

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Küldetési nyilatkozat, misszió (mission)

(1) „Írott megnyilvánulás, amelyben közzéteszik az egészségügyi szolgáltató szervezet céljait vagy annak egyik összetevőjét. Küldetési nyilatkozat létrehozását rendszerint megelőzi a célok és feladatok kialakítása.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

(2) „A felső vezetés által kinyilvánított szándék, amiért a szervezet létezik.”

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Külső kommunikáció

A szervezetből kifelé történő és oda irányuló információáramlás, az adott egészségügyi szolgáltató működéséhez kapcsolódóan.

Forrás: TÁMOP-6.2.5.A projektben fejlesztett BELLA standardok alapján

Külső minőségügyi rendszer

A külső minőségügyi rendszer működése az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyezési rendjére épül, és

- a) a szolgáltatások biztonságos nyújtáshoz szükséges követelményeknek,
- b) az egyes szolgáltatások szakmai tartalmának,
- c) a szolgáltatások értékelési szempontjainak,
- d) az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere és adatszolgáltatás minőségi követelményeinek

meghatározásán, nyilvánosságra hozatalán és rendszeres felülvizsgálatán, továbbá az egészségügyi szolgáltató hatósági szakfelügyeletén, valamint szakmai minőségértékelésén, az akkreditációs rendszeren, valamint a megfelelőség-tanúsítás rendszerén keresztül valósul meg.

Forrás: 1997. évi CLIV. törvény alapján, 2021

Minőség (quality)

„Annak mértéke, hogy egy objektum saját jellemzőinek egy csoportja mennyire teljesíti a követelményeket.”

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Minőség az egészségügyben (quality in healthcare)

„(1) Az ellátás szakmai és működési folyamatai az eredményes ellátás érdekében a következő jellemzőkkel bírnak: időszerű hozzáférés, hatásosság, megfelelőség, biztonság, veszteségmentesség. Emellett szükség van a betegellátók részéről az empátiás hozzáállásra, a megfelelő interperszonális kapcsolatok kiépítésére és alkalmazására.

(2) Jó dolgok végrehajtása a megfelelő időben, helyesen, a megfelelő személynek a lehetséges legjobb eredmény elérése érdekében a beteg személyiségi jogainak tiszteletben tartásával.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Minőségbiztosítás (quality assurance)

(1) „Elvárások megfogalmazása és az elvárások teljesítésének ellenőrzése.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

(2) „A minőségirányításnak az a része, amely a bizalomkeltés megteremtésére összpontosít aziránt, hogy a minőségi követelmények teljesülni fognak.”

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Minőségcél (quality objective)

„A minőséggel kapcsolatos cél.”

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Minőség-ellenőrzés (quality control)

Az a folyamat, amelynek során követik és rögzítik a minőségmenedzsment-tevékenységek eredményeit, hogy értékeljék a teljesítést, és biztosítsák, hogy a projekt kimenetei teljesek, helyesek és megfelelnek a vevő/szolgáltatást igénybevevő személy elvárásainak.

Forrás: Project Management Institute: Projektmenedzsment útmutató (PMBOK® Guide, 2020) alapján

Minőségértékelés (quality assessment)

„Annak vizsgálatára irányul, hogy a végzett tevékenység megfelel-e az iránta támasztott elvárásoknak.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Minőségfejlesztés (quality improvement):

„Az intézményi folyamatok és rendszerek működésének szisztematikus elemzése, a gyenge pontok megtalálása és kezelése a PDCA ciklus logikája mentén.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Minőségi egészségügyi szolgáltatás (quality health services)

„Eredményes azáltal, hogy bizonyítékokon alapuló ellátást nyújt azoknak, akiknek ez szükséges; biztonságos, ember-központú, azaz figyelembe veszi az egyéni preferenciákat, szükségleteket és értékeket. Ennek érdekében az ellátásnak a következő jellemzőkkel kell bírnia: időszerű, igazságos, integrált, hatékony. (WHO, 2018)”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Minőségi indikátor (quality indicator)

„Olyan – általában megoszlási - viszonyszám, ami érzékeny az ellátás minőségének a változására. Akkor jelzi egy adott szolgáltató tevékenységének a minőségét, ha az indikátor értékét az adott szolgáltató a tevékenysége módosításával meg tudja változtatni.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Minőségirányítás

(1) „Az általános irányítási (vezetési) funkciónak mindazon tevékenysége, amely meghatározza a minőségpolitikát, a minőségre vonatkozó célkitűzéseket, felelősségi köröket és megvalósítja azokat olyan eszközökkel, mint a minőségtervezés, minőségszabályozás, minőségbiztosítás és minőségfejlesztés a minőségügyi rendszeren belül.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

(2) „Irányítás, tekintettel a minőségre.”

[Irányítás (management): „Összehangolt tevékenységek egy szervezet vezetésére és felügyeletére.”]

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Minőségirányítási rendszer

(1) „A minőségirányítás megvalósításához szükséges egészségügyi szolgáltató szervezeti felépítés (struktúra), feladatkörök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége. A minőségügyi rendszer magába foglalja a minőségi követelmények meghatározását, ezek

teljesítésének ellenőrzését, értékelését, szükség szerint tanúsítását és a folyamatos minőségfejlesztést.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

(2) „Egy irányítási rendszer minőségre vonatkozó része.”

[Irányítási rendszer (management system): „Egy szervezet egymással kapcsolatban vagy kölcsönhatásban álló elemeinek összessége, politikák és célok valamint a célok elérésére szolgáló folyamatok létrehozásához.”]

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Minőségpolitika

(1) „Egy egészségügyi szolgáltató szervezetnek a minőségre vonatkozó, a felső vezetés által hivatalosan megfogalmazott és kinyilvánított általános szándéka és irányvonala.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

(2) „A minőségre vonatkozó politika.”

[Politika (policy): „Egy szervezetnek a felső vezetősége által hivatalosan kinyilvánított szándékai és irányvonala.”]

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Minőségügyi rendszer (quality system)

„(1) Az ISO szerint: a minőségirányítás megvalósításához szükséges szervezeti felépítés, felelősségi körök, eljárások, folyamatok és erőforrások összessége.

(2) Az 1997-es Egészségügyi Törvény alapján: Az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása céljából meghatározott minőségi követelmények rendszere, ideértve a követelményrendszer meghatározásán túl ezen követelmények teljesítésének nyomon követését, értékelését, akkreditálását, illetve tanúsítását, valamint a folyamatos minőségfejlesztést is.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Működési dokumentáció

„Az intézményben zajló, vagy az intézmény tevékenységét közvetlenül érintő tevékenységek, folyamatok leírását tartalmazó iratok összessége.”

Forrás: TÁMOP-6.2.5.A projektben fejlesztett betegbiztonsági fogalomtár, 2014

Protokoll

„A szolgáltatónál végzett meghatározott egészségügyi ellátás, kezelés, beavatkozás elvégzéséhez szükséges események és tevékenységek, a helyi gyakorlatot leképező rendszerezett listája.”

Forrás: TÁMOP-6.2.5.A projektben fejlesztett betegbiztonsági fogalomtár, 2014

Standard

„(1) Leíró: Általános, de egyben szabatos megfogalmazása az előre lefektetett elvárásoknak, amely az egészségügyi szolgáltató valamennyi funkciójának, tevékenységének és működési feltételének leírására irányul.

(2) Numerikus: Az események azon százaléka, amelynek az adott kritérium alapján teljesülnie kell, illetve etalon. A numerikus standard megvalósulási szintje az indikátorokkal mérhető.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

Standardrendszer

„Elvárásrendszer, amelyet előzetesen határoz meg egy kompetens hatóság (minisztérium). A standardok egy egészségügyi szolgáltató szervezet vagy az egyén teljesítményének elfogadható szintjét írják le, kapcsolódva a helyi struktúrához, valamely folyamat végrehajtásához vagy mérhető kimenetek teljesítéséhez.”

Forrás: MEES 2.0, 2019

Stratégia (strategy)

„Terv egy hosszú távú vagy átfogó cél elérésére.”

Forrás: MSZ EN ISO 9000:2015

Szabvány

„A rendszeresen ismétlődő műszaki és gazdasági szervezési tevékenységek optimális végrehajtásának a mintája.”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

Tanúsítás (certification)

„Az ISO-szabványok elvárásai szerinti minőségirányítási rendszer meglétét, és ezen keresztül a normáknak való megfelelés valószínűségét vizsgáló tevékenység (azaz nem közvetlenül értékeli a termék vagy szolgáltatás minőségét, hanem a minőségügyi rendszer meglétén keresztül valószínűsíti azt).”

Forrás: „Betegbiztonság a gyakorlatban”, 2021

10. Rövidítésjegyzék

BELLA	A BELLA program az egészségügyi szolgáltatók hazai fejlesztésű akkreditációs rendszere. A BELLA fantázianév a “BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért” szlogenből ered.
GYEMSZI	Gy ógyszerészeti és Eg észségügyi Min őség- és Sz ervezetfejlesztési Intézet. (Jogutódjai: Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK), majd Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ).)
ISO	I nternational O rganization for S tandardization (Nemzetközi Szabványügyi Szervezet)
MAP4E	M ethodology development and impact A ssessment in P atient safety education for improving E ffectiveness (Módszertanfejlesztés és hatásvizsgálat a betegbiztonsági oktatás eredményességének növeléséért)
MBM	Min őségügyi és B etegbiztonsági M enedzser (szakirányú továbbképzési szak)
MEES	M agyar Eg észségügyi Ell átási S tandardok
NEKED	N emkívánatos E semények K ezelésére V onatkozó E ljárásr enD
NEVES	NE m V árt ES emények jelentési rendszere
OBDK	O rszágos B etegjogi, E llátottjogi, G yermejjogi és D okumentációs K özpont (Jogutódja: Integrált Jogvédelmi Szolgálat (IJSz))

11. Ábrák jegyzéke

1. ábra Vezetési, Fő- és Támogató folyamatok általános modellje fekvőbeteg-ellátás során (MEES 2.1, 2024).....	11
2. ábra Dokumentum mátrix minta a szabályozások kapcsolódási pontjainak nyomon követéséhez (saját szerkesztés).....	13
3. ábra A belső minőségügyi rendszer szervezeti felépítése és helye az intézeti organogramban (saját szerkesztés)	35
4. ábra Osztályos minőségügyi felelősök feladatai a szabvány/standard elvárásoknak való megfelelés kialakítása során (saját szerkesztés).....	37

12. Táblázatok jegyzéke

1. táblázat Hatáskör, feladat, felelősség, jogkör összefüggései (saját szerkesztés).....	18
2. táblázat A belső minőségügyi rendszer működtetésének feladatai és a kapcsolódó BELLA standardok, valamint jegyzetfejezetek (saját szerkesztés)	32
3. táblázat Minőségügyi rendszerek összehasonlítása az egészségügyi szolgáltatók belső minőségügyi rendszere kialakításának szempontjából fontos jellemzők alapján (saját szerkesztés).....	33

13. Mellékletek

- 1. melléklet: Szabályozás minta (belső szabályozáshoz)
- 2. melléklet: Kórlaprevízió
- 3. melléklet: Segédanyag a betegoktatási anyagok tematikájának kidolgozásához
- 4. melléklet: Standardizált betegelégedettségi felmérés. Módszertani ajánlások
- 5. melléklet: Standardizált betegelégedettségi kérdőív 18 és 80 év közötti, aktív fekvőbeteg ellátásban kezelt betegek véleményének felméréséhez
- 6. melléklet: A betegelégedettség mérése intenzív osztályon

Szabályozás minta (belső szabályozáshoz) **Az egészségügyi szolgáltatók belső szabályozásainak létrehozásához**

(Felhasználható bármilyen típusú szabályozó dokumentum (pl. szabályzat, munkautasítás, eljárás) készítéséhez)

/Forrás: BELLA segédanyag, TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001

Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása/

I. A szabályzat célja (rendeltetése): Ez a fejezet tartalmazza a szabályzat céljának megfogalmazását.

II. A szabályzat alkalmazási területe: Azoknak a szervezeti egységeknek és önálló munkaköröknek, valamint tevékenységeknek a meghatározása, amelyekre az adott szabályzat vonatkozik.

III. Hivatkozások: A szabályzat alapját képező dokumentumok felsorolása, amelyek meghatározzák, illetve előírják az adott szabályzatban leírt tevékenységeket, azok végrehajtását, módszerét (pl. jogszabályok, egyéb belső szabályzatok).

IV. Felelősségi körök: Az irányításban és a végrehajtásban résztvevők körének, egymáshoz való viszonyának rögzítése (felelős munkakörök megjelölése).

V. Meghatározások/fogalommagyarázatok: Az adott szabályzatban szereplő kifejezések, rövidítések, speciális, az általánostól eltérő tevékenységek magyarázata, amennyiben szükséges.

VI. A szabályzat tartalma: A szabályzat központi fejezete, tartalmi része. A szabályzat céljában, rendeltetésében megfogalmazott tevékenység(ek) részletes, végrehajtandó feladatokra való kibontása, a feladatok és résztvevő tevékenységek pontos és egyértelmű megfogalmazása annak érdekében, hogy a feladat(ok) elvégzése az elvárt szakmai minőséggel történjen. A szabályzat tartalma rögzíti a feladatok elvégzéséért és azok ellenőrzéséért viselt felelősséget is.

VII. Mellékletek és formanyomtatványok:

Mellékletek: a szabályzat mellékleteinek (pl. folyamatábrák, táblázatok stb.) felsorolása a mellékletek számával és címével. A mellékletek számát arab számmal jelöljük. A mellékleten a felsorolással azonos sorszámot és melléklet címet kell alkalmazni. A melléklet a szabályzat elválaszthatatlan része. A mellékletek oldalszámozásai önállóak, nem a fődokumentum folytatásaként következnek.

Formanyomtatványok: azoknak a formanyomtatványoknak a felsorolása, amelyekre a szabályzatban hivatkozunk, és amelyeket a szabályzatban megjelölt feladatok végzése során alkalmazni szükséges. Az adoptált formanyomtatványok megnevezése után zárójelben fel kell tüntetni annak forrását is.

A szabályzat minden fejezetét ki kell tölteni, a fejezetcímek használata kötelező. Abban az esetben, ha a fejezet nem tölthető ki, a fejezetcím alá a „Nem alkalmazható” megjegyzést kell beírni.

2. melléklet

Kórlaprevízió

Az egészségügyi dokumentációt ellenőrző vizsgálattal kapcsolatos megfontolások

Az egészségügyi dokumentáció vezetését az úgynevezett „kórlaprevízióval” ellenőrizhetjük. Ennek során az egészségügyi adatokat tartalmazó dokumentációkat tekintjük át olyan szempontból, hogy a vizsgálat időpontjában elvárt információk szerepelnek-e bennük, és hogy a meglévő információk helyesek-e.

Azt, hogy milyen dokumentációt érdemes bevonni a vizsgálatba, a vizsgálat célja határozza meg. Van létjogosultsága annak is, hogy az osztályon éppen bent fekvő betegek dokumentációit tekintsük át (pl. ha tudni szeretnénk, hogy a felvételt követően a meghatározott időkereten belül sor kerül-e a nyomási fekély kockázatfelmérésére), de a leggyakrabban a már távozott betegek lezárt dokumentációit vizsgáljuk. Az átvizsgálendő dokumentációk meghatározásához a következőket célszerű átgondolni:

- Melyik szervezeti egységet érinti a vizsgálat? (Ha annak részlegei is vannak, akkor minden részlegről szeretnénk látni dokumentációt, vagy ennek nincs jelentősége?)
- Hány darab dokumentációt vizsgálunk meg szervezeti egységenként? Ezeket hogyan választjuk ki? (pl. Minden, vagy minden 10. olyan lezárt dokumentációt bekérünk, amelynél a távozás dátuma 2021.05.01. és 2021.05.31. közé esik? Vagy osztályonként az első 10 távozó a megjelölt időszakból? Esetleg figyeljük azt is, hogy a lezárt dokumentumok között legyen olyan is, ahol a beteg az otthonába távozott, elhunyt, vagy belső áthelyezésre került sor?) Célszerű törekedni arra, hogy a kiválasztott dokumentációk tükrözzék az általános dokumentálási gyakorlatot, azaz reprezentálják a tevékenységet. Ebben a véletlenszerű kiválasztás nyújt segítséget. (pl. adott napon született betegek, minden 10. elbocsátott beteg, stb.) A darabszám kiválasztásánál érdemes figyelembe venni az egyes dokumentumok értékelésére fordítandó időt és a rendelkezésre álló HR kapacitást is.
- Milyen dokumentációkat szeretnénk megtekinteni? (Általában a kórlap, lázlap, ápolási dokumentáció, ambuláns lap, beleegyező nyilatkozatok kerülnek áttekintésre, de felmerülhet az adatok egyéb helyeken szereplő információkkal való összevetésének szükségessége is, pl. transzfúziós napló, műtéti napló, stb.)
- Amennyiben az átvizsgálendő dokumentációk közé tartozik olyan is ami vélhetően utólag kerül be a beteg dokumentációjába (pl. szövettani lelet, tenyésztési vizsgálat eredménye), akkor ennek átfutási idejét be kell kalkulálni a kórlaprevízió megtervezésébe, a bekérendő dokumentumok kiválasztásába.

A kórlaprevíziót (betegdokumentáció-ellenőrzést) a vizsgálat fókuszához tartozó, érvényben lévő szabályokra célszerű alapozni. Ehhez alapul szolgálhatnak mindazok a vonatkozó jogszabályok, amelyekben az egészségügyi dokumentáció vezetésével kapcsolatos előírások szerepelnek, mint például az egészségügyi törvény dokumentációs kötelezettségről szóló fejezete (136. és 137. §), vagy a 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet 4. melléklete, amely tartalmazza az egészségügyi dokumentáció részét képező ápolási, fizioterápiás és dietetikai dokumentáció tartalmi és formai követelményeit. Emellett szintén fontos igazodási pontot jelentenek az érvényes szakmai előírások (pl. az Országos Vérellátó Intézet által kiadott Transzfúziós szabályzat), és a meglévő intézményi szabályzatok. Ezen előírások ismeretében meg tudjuk határozni azt, hogy a dokumentációnak milyen kritériumoknak kell megfelelnie.

A vizsgálandó szempontok alapján célszerű egy ellenőrzőlistát készíteni, amelynek segítségével könnyen gyűjteni tudjuk azt az információt, hogy az áttekintett dokumentációk teljesítik-e a követelményeket. Az ellenőrzőlistába érdemes úgy felvezetni az információkat, hogy visszakövethető legyen az, hogy melyik dokumentációra vonatkoznak az adatok (pl. a fejlécben a törzsszám feltüntetése). Ez szükség esetén nagyban megkönnyítheti a dokumentáció visszakeresését, az esetlegesen felmerülő kérdések tisztázását.

Az ellenőrzőlistában szereplő vizsgálati szempontokat javasolt úgy megfogalmazni, hogy arra vonatkozóan igen/nem választ lehessen adni. Ha nem pontosan fogalmazzuk meg a szempontot előfordulhat, hogy egy követelmény csak részben teljesül. Például ha az a kérdés, hogy a beleegyező nyilatkozat alá van-e írva, akkor sok esetben előfordulhat, hogy nem tudunk egyértelmű igen/nem választ adni. Hiszen lehet, hogy a beteg aláírása szerepel rajta, de az orvosé nem, vagy lehet, hogy az általános beleegyező nyilatkozat mindenki által alá van írva, de a beteg műtéti beleegyező nyilatkozata már nem. Minél pontosabb szempontokat fogalmazunk meg, az értékelés során annál egyértelműbb válaszokat kapunk arra vonatkozóan, hogy hol vannak rendszeresen előforduló problémák a dokumentálásban, és min szükséges változtatni. Lehetnek olyan szempontok az ellenőrzőlistában, amelyek az adott beteg dokumentációja esetén nem értelmezhetők, ezek jelölésére is ki kell alakítani a megfelelő gyakorlatot (pl. nem kellett operálni a beteget, így a műtéti beleegyező nyilatkozatra vonatkozó elvárások nem értelmezhetők). A dokumentációk áttekintésekor merülhetnek fel olyan észrevételek, amelyeknek célszerű helyet biztosítani, ezért javasolt kiegészíteni az ellenőrzőlistát egy megjegyzés mezővel is. Egy nagyon leegyszerűsített ellenőrzőlista-sablont mutat be az alábbi, 1. táblázat.

VIZSGÁLT SZEMPONTOK	TÖRZSSZÁM 1	TÖRZSSZÁM 2	TÖRZSSZÁM 3
Szempont 1 teljesül?	Igen		
Szempont 2 teljesül?	Nem		
Szempont 3 teljesül?	Nem értelmezhető		
Megjegyzés	-		

2. melléklet 1. táblázat: Ellenőrzőlista-sablon kórlaprevízióhoz (saját szerkesztés)

Megfontolandó gondolatok, tanácsok:

- A kórlaprevízió tervezésének első és legfontosabb lépése a vizsgálat céljának pontos meghatározása, hiszen ehhez igazodik minden további teendő. Ettől függ, hogy milyen dokumentumok kerülnek áttekintésre, és milyen szabályok betartását ellenőrizzük. A vizsgálat célja lehet átfogó ellenőrzés a dokumentálási gyakorlatot illetően, de hasznos lehet a célzott, egy témakörhöz kapcsolódó áttekintés is akár a folyamat teljes egészére vonatkozóan (pl. a transfúzió dokumentálása).
- A dokumentálásra vonatkozó szabályok ismerete segít rendszerezni a kórlaprevízió kapcsán vizsgálandó szempontokat. Azért is érdemes ezekből az előírásokból kiindulni a munka során, mert a vizsgálat eredményeinek közlésekor jó, ha alá tudjuk támasztani azt, hogy melyik elvárásnak mi az alapja. Ezzel együtt megelőzhetővé válik az is, hogy olyan elvárást fogalmazzunk meg az ellenőrzéskor, ami nem megalapozott.
- Az ellenőrzési szempontok legtöbbször egy adott információ meglétére/hiányára koncentrálnak, de megfogalmazható akár olyan kritérium is, hogy a különböző dokumentációkon ne legyen egymásnak ellentmondó információ (pl. a gyógyszerérzékenységre vonatkozóan azonos információ szerepeljen a kórlapon, lázlapon, ápolási dokumentáción és a zárójelentésen is).
- Az egészségügyi dokumentációban található tartalom szakmai megfelelőségének vizsgálata a klinikai audit témakörébe tartozik, nem a kórlaprevízió tárgya. (Ilyen lehet pl., hogy megfelelő gyógyszerhatóanyagot választottak-e a beteg esetében, vagy jól határozták-e meg a szükséges dózist, stb.)
- A kórlaprevíziót sok esetben nem egy ember végzi, hanem egy munkacsoport. Ilyen esetben kiemelt jelentősége van annak, hogy az ellenőrzőlista szempontjait mindenki ugyanúgy értelmezze, és azonos feltételek alapján ítéljék meg azt, hogy egy adott elvárás teljesült-e. Ezt segíti elő a kérdések és lehetséges válaszok közös megbeszélése, útmutató készítése a kérdések értelmezéséhez és az elvárt kritériumokhoz, valamint a tesztelés. Ez utóbbi kapcsán javasolható megoldás például, hogy miután a munkacsoport tagjai átbeszélték az ellenőrzőlista használatát, mindenki értékelje ugyanazt a 2-3 dokumentációt egymástól függetlenül. Az értékelésekben talált eltérések felhívják a figyelmet a még tisztázandó területekre. Ezt a tesztelési fázist érdemes végigcsinálni annak időigénye ellenére, mert így még időben kiderülnek a bizonytalanságok, és nem a munka végén jövünk rá arra, hogy egyes kérdéseket eltérően értékeltünk, és esetleg újra át kell tekinteni bizonyos adatokat.
- Egyes szervezeti egységekben – helyi szokás szerint – speciális jelöléseket alkalmaznak, vagy az általánosan megszokottól eltérő helyen tüntetnek fel bizonyos adatokat. Ennek kapcsán szükség lehet az érintett szervezeti egység képviselőjével való egyeztetésre, akitől meg lehet tudni, hogy mit hogyan és hol szoktak jelölni. Amennyiben azt látjuk az ellenőrzés során, hogy egy hiányosság rendszeresen előfordul az adott szervezeti egység esetében, akkor gondolni kell arra, hogy ennek hátterében ilyen egyedi jelölés is állhat. Emiatt is érdemes az elemzések elkészítésekor (annak véglegesítését megelőzően) egyeztetni az érintettekkel ezekről a problémákról, hiszen ők olyan ismeretek birtokában lehetnek, amelyek más megvilágításba helyezhetik az eredményeket.

- Fontos, hogy a kórlaprevízió eredményeit rövid időn belül elemezzük ki és jelezzük vissza. Ha sokáig várunk, elvesz az érdeklődés az eredmények iránt, és aktualitásukat is veszthetik az adatok (pl. személyi változások, a napi gyakorlat megváltozása vagy a vonatkozó szabályok módosulása miatt).
- Amennyiben az ellenőrzés eredményei alapján változtatni szükséges a dokumentálási gyakorlaton, akkor azt pontosan meg kell határozni, hogy mit és miért szükséges megtenni. Kerülni kell az ezzel kapcsolatos büntető hozzáállást, és inkább a hibák okainak a feltárására, a meggyőzésre, együttműködés kérésére, példamutatásra, szükség szerint az oktatásra célszerű fektetni a hangsúlyt.
- A rendszeres időközönként elvégzett vizsgálatok és az alapján adott visszajelzések segítik a helyes dokumentálási gyakorlat rögzülését és fenntartását. A vezetés pozitív hozzáállása és elvárásainak kinyilvánítása, az eredmények alakulásának figyelemmel kísérése mindezt jelentősen erősítheti.

Segédanyag a betegoktatási anyagok tematikájának kidolgozásához

/Forrás: BELLA segédanyag, TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001

Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása/

Vizsgálatokat, beavatkozásokat megelőző oktatás, tájékoztatás:

- Mit kell tudnia az ellátottnak az állapotáról?
- Miért szükséges az adott vizsgálat/beavatkozás?
- Mi a vizsgálat/beavatkozás helyszíne, időpontja?
- Szükséges az ellátottnak előjegyzést kérnie?
- Szükséges beutalót vagy egyéb dokumentumokat magával vinnie az ellátottnak?
- Mi fog történni a vizsgálat/beavatkozás során?
- Milyen eredmények várhatóak?
- Milyen kockázatok ismertek a vizsgálat/beavatkozás kapcsán?
- Milyen szerepe van a betegnek a vizsgálat/beavatkozás előkészítésében?
- Miért fontos ezen tevékenységek betartása? (pl. diéta, gyógyszerelhagyás, éhgyomorral érkezés, korábbi leletek behozatala)
- Mennyi a várható várakozási/ellátási idő?
- A várakozási/ellátási idő tekintetében szükséges élelem, rendszeresen szedett gyógyszer (pl. inzulin), egyéb használati tárgy behozatala a beteg által?
- Mi a teendő a vizsgálatot/beavatkozást követően?
- Miért fontos ezen tevékenységek betartása? (pl. diéta, gyógyszereszedés, ágynyugalom)
- Mikor és hogyan értesülhet az ellátott a vizsgálat/beavatkozás eredményéről?
- Hogyan ismerhetők fel az esetleges szövődmények/a betegség progressziója?
- Milyen gyakran szükséges az ellátott kontrollvizsgálata/állapotfelmérése?
- Kihez fordulhat a beteg további kérdések esetén?

Gyógyszer/gyógykészítmény-specifikus betegoktatás:

(pl. heparin injekció, véralvadásgátló tabletták, tápszerek, orrsprayk stb.)

- Mit kell tudnia az ellátottnak az állapotáról?
- Miért szükséges a készítmény alkalmazása? Milyen eredmények várhatóak?
- Hogyan kell alkalmazni?
- Hogyan kell alkalmazni a gyógyszer beadására szolgáló eszközt, ha van ilyen?
- Mikor, milyen rendszerességgel, milyen mennyiségben, meddig kell alkalmazni a gyógyszert?
- Az étkezésekhez viszonyítva mikor, és mivel együtt célszerű alkalmazni?
- Szükséges-e az ellátott életmódjának megváltoztatása, és ha igen miként?
- Miként hat? Mikor és hogyan éri el a gyógyszer a kívánt hatás a szervezetben?
- Hogyan kell tárolni?

- Milyen mellékhatásai lehetnek a gyógyszernek?
- Mi a teendő, ha nem a megfelelő mennyiségben alkalmazza az ellátott a készítményt?
- Mi a teendő, ha elmarad a gyógyszer bevétele, vagy az előírtnál nagyobb mennyiségben alkalmazza a beteg?
- Információk az alkalmazott készítmény illetve egyéb gyógyszer/élelmiszer között fellépő interakciókról
- Információk speciális ellátottakra/betegcsoportokra vonatkozóan
- Figyelmeztetés, amennyiben ismert az ellátottnak olyan betegsége, amely hatással lehet a gyógyszer alkalmazhatóságára/amelynek alkalmazásához rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges
- Hogyan ismerhető fel a nem megfelelő alkalmazás?
- Milyen akut és hosszútávú szövődményekkel/progresszióval járhat a készítmény elhagyása?
- Hogyan ismerhetők fel az esetleges szövődmények/a betegség progressziója?
- Hol, kivel, hogyan írathatja fel az ellátott az adott gyógyszert? Milyen támogatásokat vehet igénybe?
- Hogyan biztosítható a folyamatos gyógyszerellátás, azaz milyen időközönként szükséges a gyógyszer felírása?
- Hol és miként lehet kiváltani a gyógyszert, amennyiben a megszokott eljárástól eltérő szabályozás vonatkozik rá?
- Hogyan kell gyűjteni és megsemmisíteni a gyógyszer alkalmazása során esetlegesen keletkező veszélyes hulladékot?
- Milyen gyakran szükséges az ellátott kontrollvizsgálata/állapotfelmérése?
- Kihez fordulhat a beteg további kérdések esetén?

Segédeszköz-specifikus betegoktatás:

(pl. vércukormérő, járókeret, ortézisek, inhalátor, kontaktlencse stb.)

- Mit kell tudnia az ellátottnak az állapotáról?
- Mire való az eszköz? Miért szükséges? Milyen eredmények várhatóak?
- Hogyan működik?
- Hogyan kell használni, karbantartani, tisztítani, tárolni?
- Milyen időközönként, és hogyan szükséges az eszközt hitelesíteni?
- Milyen gyakran kell használni?
- Meddig lehet/kell használni?
- Hogyan ismerhető fel a nem megfelelő alkalmazás?
- Honnan lehet tudni, hogy cserélni kell/lemerült/meghibásodott az eszköz?
- Ha az eszköz mérésre szolgál, milyen értéktartomány számít normálisnak, és mi a teendő, ha ettől eltér a kapott eredmény?
- Ha az eszköz használatához egyéb fogyó eszközökre is szükség van, akkor azt milyen időközönként, honnan, hogyan lehet beszerezni?
- Mi a teendő a már nem használt eszközzel?
- Hogyan ismerhetők fel az esetleges szövődmények/a betegség progressziója?
- Milyen gyakran szükséges az ellátott kontrollvizsgálata/állapotfelmérése?
- Kihez fordulhat a beteg további kérdések esetén?

Diétás betegoktatás:

(pl. diabetes, élelmiszerallergiák, köszvény, elhízás stb.)

- Mit kell tudnia az ellátottnak az állapotáról?
- Miért szükséges az életmódváltás/diéta? Miként hat? Milyen eredmények várhatóak?
- Melyek a diéta alapelvei?
- Melyek az ajánlott és kerülendő élelmiszerek, alapanyagok, ételek, ételkészítési technológiák?
- Az ellátott jelenlegi életmódjához, étkezési szokásaihoz képest milyen változásokat kell eszközölni?
- Miként tudja számolni az ellátott a bevitt energia vagy egyes tápanyagok mennyiségét, ha szükséges?
- Mi a teendő speciális helyzetekben? (nem a megszokott helyen történő étkezés, utazás, betegség, szórakozás, erős fizikai aktivitás)
- Hol tudja az ellátott beszerezni szükség esetén a különleges táplálkozási célú élelmiszereket, tápszereket?
- Hogyan tudja az ellátó és az ellátott követni a diéta tartását?
- Hogyan ismerhető fel a diéta nem megfelelő alkalmazása?
- Hogyan ismerhetők fel az esetleges szövődmények/a betegség progressziója?
- Milyen gyakran szükséges az ellátott kontrollvizsgálata/állapotfelmérése?
- Kihez fordulhat a beteg további kérdések esetén?

Tevékenység-, folyamatspecifikus betegoktatás:

(pl. sebellátás, pelenkázás, szoptatás, gyógytorna)

- Mit kell tudnia az ellátottnak az állapotáról?
- Miért szükséges az adott tevékenység? Miként hat? Milyen eredmények várhatóak?
- Hogyan kell az adott tevékenységet végezni?
- Milyen gyakran, mikor, meddig kell a tevékenységet végezni?
- Hogyan ismerhető fel a nem megfelelően végzett tevékenység?
- Hogyan ismerhetők fel az esetleges szövődmények/a betegség progressziója?
- Milyen gyakran szükséges az ellátott kontrollvizsgálata/állapotfelmérése?
- Kihez fordulhat a beteg további kérdések esetén?

A betegoktatás gyakorlati szempontjai

- Amennyiben lehetséges az egyénre szabott, részletes, szóbeli oktatást részesítsük előnyben, kiegészítő, összefoglaló írásbeli oktatási anyagok alkalmazásával együtt
- Az oktatás az ellátás szempontjából megfelelő időben, és megfelelő nyelvezettel történjen
- Csoportos oktatás esetén törekedjünk kis létszámú csoportok kialakítására
- A csoport lehetőleg legyen minél homogénebb; kórkép, korosztály, szükséglet szempontjából egyaránt
- Az oktatás végén biztosítsunk időt az ellátott kérdéseinek megválaszolására, az elsajátított technika gyakorlására
- Az oktatás befejezésekor, de lehetőség szerint többször is ellenőrizzük vissza az ellátott által elsajátított ismeretek helyességét, az oktatás eredményességét, szükség esetén gondoskodjunk az újbóli oktatás elrendeléséről
- Az oktatás eredményességét támogató rövid írásos betegtájékoztató anyagok legyenek lehetőleg könnyen áttekinthetők, rövidek, és a célcsoportnak megfelelő megfogalmazással, ábrázolással készüljenek
- Különböző írásos betegtájékoztatók használata előtt bizonyosodunk meg arról, hogy azok egymásnak ellentmondó információkat nem tartalmaznak
- Végezetül biztosítsunk az ellátott számára olyan elérhetősége(ke)t, hiteles forrásokat, amelyek által az ellátás befejezését követően is tud felmerülő kérdéseire választ kapni

4. melléklet

Standardizált betegelégedettségi felmérés Módszertani ajánlások

/Forrás: GYEMSZI – SE-EMK kézirat, 2011./

Célok

A GYEMSZI egyik kiemelt célja az volt, hogy nemzetközi példák és a hazai egészségügyi rendszer működése alapján összeállítson egy, az egyes egészségügyi intézmények számára a gyakorlatban is használható betegelégedettségi kérdőívet.

A javasolt betegelégedettségi felmérés elsődleges funkciója az, hogy a kórházak számára információkkal szolgáljon a betegek véleményéről, tapasztalatairól az intézménnyel, illetve az ellátással kapcsolatban. A kérdőív lehetővé teszi, hogy az eddig használt, intézményenként egyedileg kialakított és különböző módszertanú kérdéssorok helyett a magyar fekvőbeteg-ellátás valamennyi területén egységes – ám nem feltétlenül központilag gyűjtött és feldolgozott – kérdőívet töltsenek ki az érintettek, mely lehetővé teszi a hazai, illetve a lehetőségekhez képest a nemzetközi összehasonlításokat is.

Beválasztási és kizárási kritériumok

A felmérésben részt vevők körét érdemes a hazai és a nemzetközi tapasztalatok alapján meghatározni. Javaslatunk szerint a felmérés azon **18 és 80 év közötti, aktív fekvőbeteg ellátásban kezelt betegekre** terjedjen ki, akik legalább egy éjszakát a kórházban töltöttek, és akik otthonukba kerültek elbocsátásra, további rehabilitációs ellátásban részesülnek vagy pedig a közösségi ellátórendszerbe (szociális bentlakásos intézmények) kerültek elbocsátásra. A felmérésből érdemes **kizárni** a nem magyar biztosítás alapján kezelteteket, a magánbetegeket, akik ellátását nem a magyar társadalombiztosítás finanszírozta, a pszichiátriai vagy addiktológiai osztályon kezelt betegeket, valamint a detoxikációs ellátásban részesülő betegeket is.

A kérdőív kitöltése minden esetben **önkéntes és anonim** kell, hogy legyen, ezek figyelembevételével kell kialakítani a felmérés módszertanát. A felmérés elsősorban az ellátottakra vonatkozik, azonban érdemes lehetőséget biztosítani arra is, hogy más személyek, hozzátartozók is kifejtsék véleményüket az intézménnyel kapcsolatban. A más személy, hozzátartozó által kitöltött kérdőíveket ugyanakkor érdemes a többi kérdőívtől elkülönítve is elemezni.

A javasolt kérdőív kialakításának háttere

A nemzetközi kérdőíveknek sajnos nincs egy egységes formája, amelyet alkalmazva lehetővé válna a nemzetközi összehasonlítás. Annyit azonban mindenképpen megjegyezhetünk, hogy a legtöbb vizsgált felmérésben a kérdésekre egy páratlan (legtöbb esetben 5 vagy 7) pontból álló skálán (Likert-skála) kell választ adni, vagy pedig szintén páratlan számú lehetséges válaszból kell kiválasztani a leginkább megfelelőt. Ezen felül a legtöbb esetben van lehetőség a kérdés kihagyására is („Nincs elegendő tapasztalatom” és „Nem tudom eldönteni”). A kérdések feltevésének típusaira is több példát láthatunk. Ezek közül úgy véljük, hogy a kitöltést leginkább

segítő módszer az, ha bizonyos állításokról (melyek a megértést megkönnyítendő, egyes szám első személyben vannak megfogalmazva) kérdezzük meg, hogy mennyire jellemző mindez a páciensre. Mindez azért praktikus, mivel így a válaszadónak csupán számokat kell bekarikáznia, ami megkönnyíti a kitöltést és ezáltal remélhetőleg megnöveli a kitöltött kérdőívek, illetve a megválaszolt kérdések számát.

A kérdéssor összeállításánál elsődleges szempont volt, hogy a kérdések nyelvezete egyszerű legyen, s így a kérdések mindenki által megválaszolhatóak legyenek. Szintén szempont volt, hogy a kérdőív ne legyen hosszabb 4 oldalnál, tehát legyen lehetőség (kétoldalas nyomtatással) arra, hogy két A4-es lapon fel lehessen mérni a betegek véleményét az ellátásról. A kérdőív megszerkesztésénél törekedni kellett az olvashatóságra (betűméret, sorközök) is.

A kérdőív tartalma

A kérdéssor 5 elkülönülő blokkból áll. Az első rész az ellátott személyére vonatkozó, míg a második blokk a beteg korábbi és jelenlegi ellátásával kapcsolatos kérdéseket tartalmaz. Ezek az adatok a részletes statisztikai elemzésekhez szükségesek. A harmadik blokk 31 kérdést tartalmaz a betegek elégedettségével kapcsolatosan. Az itt szereplő kérdések tematikusan csoportosításra kerültek, melynek célja, hogy megkönnyítse a válaszadást. A negyedik blokk az utolsó oldalon kezdődik, ahol is az egyes intézményeknek lehetőségük van – általuk előre meghatározott módon – további maximum 5 kérdés feltevésére is. A kérdőíveket már eleve e kérdések beillesztésével kell kinyomtatni. Itt bármilyen releváns kérdés feltételére van lehetőség (pl.: ágyak kényelmessége, kísérők elhelyezése), az egyetlen megkötés az, hogy a kérdéseknek illeszkednie kell a többi kérdés formátumához (pozitív irányú állítás, egyes szám első személyben megfogalmazva, amelyet az ellátottak a 7+2 elemű skálán tudnak megítélni). Ezen a részen van továbbá lehetőség arra, hogy az ellátottak szabad szöveges módon is visszajelezzenek az ellátással kapcsolatban. Az utolsó blokk magával a kérdőívvel kapcsolatos kérdéseket tartalmaz. Ezek kitöltésével a kérdőív további fejlesztéséhez járulnak hozzá a kitöltők. A teljes kérdőív kitöltése körülbelül 10 percet vesz igénybe, erről érdemes tájékoztatni az ellátottakat is.

Az adatgyűjtés módszere

Valamennyi felmérés esetén kritikus kérdés az adatgyűjtés módszere. A nemzetközi gyakorlatban általánosan elterjedt a kérdőív postai úton történő utólagos eljuttatása és begyűjtése a páciensektől, amely a kezelést akár több hónappal is követheti. Ezen felül pár országban találkozhatunk telefonos felmérésekkel is. Úgy gondoljuk ugyanakkor, hogy e módszerek nem felelnek meg a hazai célok elérésére, mivel a nemzetközi esetekben a felmérések központilag irányítottak, céljuk, hogy a teljes rendszerről képet alkossanak, így ennek megfelelően a legtöbb esetben professzionális közvéleménykutató-intézetek végzik őket, valamint központilag finanszírozottak. Ezzel szemben Magyarországon rövid távon elsődleges cél, hogy a kórházak saját magukról kapjanak képet, melyhez nincs szükség (és finanszírozási lehetőség) külső partner-intézmények bevonására. Éppen ezért úgy véljük, hogy Magyarországon a leginkább praktikus megoldás az, **ha a kérdőíveket az elbocsátás napján (lehetőleg az utolsó orvos-beteg találkozás után) személyesen adják át** a betegnek, akinek lehetősége lenne mindezt még a kórház területén belül kitölteni és **az osztályon elhelyezett gyűjtőládába bedobni**. E megoldás nyilvánvaló előnye a

költségek minimalizálása mellett az, hogy a beteg még a friss élményeiről be tud számolni. Hátrányként elmondható, hogy a beteg érezheti úgy, hogy a személyzet tagjai befolyásolják őt a kérdőív kitöltésénél, éppen ezért szükséges **rendkívül nagy hangsúlyt helyezni az anonimitásra, a nyugodt, zavaró körülményektől mentes kitöltés feltételeire, illetve arra, hogy a kitöltött kérdőíveket NE közvetlenül a személyzet tagjainak adják át.**

Javaslatunk szerint a szervezeti egységek esetében lehetőleg a teljeskörűsége kell törekedni, vagyis a lehető legtöbb szervezeti egységet érdemes bevonni a felmérésbe. Javasoljuk, hogy **szervezeti egységenként legalább 50 kitöltött kérdőív** kerüljön begyűjtésre, ez teszi ugyanis lehetővé azt, hogy statisztikailag elemezni lehessen az adatokat már osztályszinten is. A kérdőív első oldalán szerepel egy fejléc, ahol a **kórház és az osztály nevét kell kitölteni, még azelőtt, hogy a betegek kézhez kapnák a kérdőívet (vagyis a fejléc kitöltése az intézmény feladata).** Javasoljuk, hogy minden osztályon külön gyűjtőládát helyezzenek el (maga a láda lehet bármilyen doboz), ez ugyanis hozzájárul a kitöltési arányok növekedéséhez. Az eddigi hazai tapasztalatok azt mutatják, hogy a **felmérések aktív támogatása (pl.: plakátok kihelyezése, a gyűjtőláda feltűnő helyen történő elhelyezése) szintén hozzájárul a magasabb kitöltési arányokhoz.**

A fenti javaslatok gyakorlatba történő átültetéséhez javasoljuk, hogy a felmérés lebonyolításában részt vevő szakemberek számára kerüljön megszervezésre egy módszertani felkészítő, amelynek keretében nemcsak a módszertani javaslatok, hanem a mögöttük meghúzódó indokok is ismertetésre kerülhetnek.

5. melléklet

Kórház neve:

BETEGELÉGEDETTSÉGI KÉRDŐÍV

KITÖLTÉSE ÖNKÉNTES ÉS NÉVTELEN!

Ki vette igénybe a kórházi szolgáltatásokat? Ön / Hozzá tartozója / Más személy

Amennyiben nem Ön vette igénybe a szolgáltatást, kérjük, a további kérdéseket az ellátott szempontjából válaszolja meg!

Személyes kérdések:

(Kérjük, húzza alá a megfelelő választ, vagy írja be az adatot!)

Az Ön születési éve: _____

Az Ön neme: nő / férfi

Az Ön településének jogállása: főváros / megyei jogú város / város / nagyközség / község /
nem tudom

Az Ön legmagasabb iskolai végzettsége:

8 osztály vagy kevesebb / szakiskola vagy szakmunkásképző / érettségi / főiskola vagy
egyetem

Ellátással kapcsolatos kérdések:

(Kérjük, húzza alá a megfelelő választ, vagy írja be az adatot!)

Az utóbbi 3 évben hány alkalommal volt Ön kórházban fekvőbetegként? _____ /
nem tudom

Ebből hány alkalommal ebben az intézményben? _____ / nem tudom

Ez alkalommal ki utalta be Önt a kórházba?

házi orvos / szakrendelés orvosa / másik fekvőbeteg intézmény / beutaló nélkül / sürgősségi
ellátás / nem tudom

Hány éjszakát töltött Ön a kórházban?

Ön melyik hónapban távozik a kórházból? _____

A mai napon távozik Ön kórházból? igen / nem

Elégedettség: Kérjük, hogy az ellátás színvonalának javítása érdekében karikázza be, hogy az alábbi állításokkal mennyire ért egyet. Amennyiben nem Ön vette igénybe a szolgáltatást, kérjük, a további kérdéseket az ellátott szempontjából válaszolja meg!

Ha véletlenül nem megfelelő számot jelölt be, kérjük, egyértelműen jelezze a végleges választ!

KITÖLTÉSE ÖNKÉNTES ÉS NÉVTELEN!

sorszám	Állítások	Nincs elegendő tapasztalom	Egyáltalán nem értek egyet	Nagyrészt nem értek egyet	Nem túlságosan értek egyet	Semleges számomra	Valamelyest egyetértek	Nagyrészt egyetértek	Teljes mértékben egyetértek	Nem tudom eldönteni
1	Az egészségi állapotom a kórházi ellátásnak köszönhetően javult.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
2	A kórház személyzete udvarias és kedves volt.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
3	Az ellátásomban részt vevők bemutatkoztak és elmondták a feladatkörüket.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
4	A kórházba való betegfelvételi folyamat gördülékeny és jól szervezett volt.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
5	A kezeléssel kapcsolatban a szerintem fontos kérdésekben figyelembe vették a kívánságaimat és a fenntartásaimat.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
6	A kórházi személyzet közül volt, akivel meg tudtam beszélni aggodalmaimat.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
7	Ha fájdalmaim voltak, akkor a kórházi személyzetre számíthattam ezek enyhítésében.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
8	Az engem kezelő orvosok és ápolók elegendő időt fordítottak rám.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
9	Amikor jeleztem valamilyen problémát, kaptam segítséget a személyzet tagjaitól.	–	1	2	3	4	5	6	7	?

10	Amennyiben sürgős segítségre volt szükségem, nem kellett várnom rá.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
11	Ha szükségem volt segítségre a mindennapi tevékenységeimhez (pl. mosakodás, öltözködés, étkezés), kaptam segítséget a személyzet tagjaitól.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
12	A kezelések/vizsgálatok megbeszélte időpontjait betartották.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
13	Amennyiben várákoznom kellett egy vizsgálatra vagy kezelésre, megfelelő tájékoztatást kaptam annak okáról és a várákozás várható hosszáról.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
14	A kórházi tartózkodásom során elégedett voltam az állapotomról és az alkalmazott kezelésekről, beavatkozásokról kapott információkkal.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
15	A kórházi tartózkodásom alatt külön kérés nélkül is kaptam felvilágosítást egészségi állapotomról és az alkalmazott kezelésekről, beavatkozásokról.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
16	A kórházi tartózkodásom során az orvosaim szóbeli és egyéb formájú megnyilvánulásaikban tekintettel voltak a jelenlétemre.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
17	A kezelésém során tájékoztattak a szedendő gyógyszerekkel kapcsolatos tudnivalókról.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
18	A kezelések és beavatkozások előtt annyi idővel kaptam tájékoztatást a beavatkozás menetéről és a lehetséges szövődményekről, hogy még volt időm visszakérdezni, megérteni és átgondolni azokat.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
19	Kaptam tájékoztatást arról, hogy ki a betegjogi képviselőm és hogyan érhetem el.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
20	A kórtermi körülményeket megfelelőnek tartottam.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
21	A wc-k, mosdók, fürdők állapota megfelelt az elvárásaimnak.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
22	A vizsgálóhelyiségekben a körülményeket megfelelőnek tartottam.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
23	A kórházi látogatási rend lehetővé tette, hogy hozzátartozóim, ismerőseim számukra alkalmas időpontokban látogassanak meg.	–	1	2	3	4	5	6	7	?

24	A kórházi étkezések során kapott ételek mennyisége megfelelő volt.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
25	A kórházi étkezések során kapott ételek minősége megfelelő volt.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
26	A kórházból való elbocsátásomról megfelelő időben, előre tájékoztattak.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
27	Elbocsátáskor tájékoztattak az állapotromlás azon jeleiről, melyek tapasztalása esetén orvoshoz kell fordulnom.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
28	Úgy éreztem, hogy tisztelettel és méltósággal bántak velem a kórházi tartózkodásom alatt.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
29	Elégedett vagyok a kórházi tartózkodás alatt kapott ellátással.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
30	Ajánlanám ezt a kórházat barátaimnak vagy családtagjaimnak.	–	1	2	3	4	5	6	7	?
31	Meg vagyok elégedve a magyar egészségügyi ellátás általános állapotával.	–	1	2	3	4	5	6	7	?

Ide írhat szöveges visszajelzést az ellátásával kapcsolatban:

A kérdőív kitöltésével kapcsolatos kérdések:

(Kérjük, húzza alá a megfelelő választ, vagy írja be az adatot!)

Nagyjából **hány percet** vett eddig igénybe a kérdőív kitöltése? _____ perc

Sokallja a kérdőívre fordított időt? _____ igen / nem

Ha voltak olyan kérdések, melyek **megértése** gondot okozott Önnek, azok sorszámát kérjük, sorolja fel:

Ha voltak olyan kérdések, melyek **megválaszolása** gondot okozott Önnek, azok sorszámát kérjük, sorolja fel:

Hiányol-e az ellátásához kapcsolódóan olyan **témát**, melyet a kérdőív nem érintett, de Ön ezzel kapcsolatban szívesen jelezné véleményét?

Szeretné ismerni a kórházakra vonatkozó betegelégedettségi eredményeket? _____ igen / nem

A kitöltött kérdőívet kérjük dobja a „BETEGELÉGEDETTSÉG” feliratú gyűjtődobozba!

Köszönjük, hogy segítette a munkánkat!

6. melléklet

A betegelégedettség mérése intenzív osztályon

A kórházi ellátásnak vannak olyan területei, ahol nem biztos, hogy tudunk közvetlen visszajelzést kapni a betegektől az elégedettségükre vonatkozóan (pl. intenzív ellátás). Ilyen esetben a szakirodalom a hozzátartozók megkérdezését javasolja, bár ennek eredményességére vonatkozóan eltérőek a vélemények.

Amennyiben szeretnénk felmérni az intenzív osztályos ellátással kapcsolatos elégedettséget, akkor az első lépések egyikeként fontos meghatározni azt, hogy kiket vonjunk be ebbe a vizsgálatba. Javasolt, hogy csak olyan esetben kérjünk visszajelzést, ha legalább 24 órás intenzív osztályos tartózkodás történt, hiszen rövidebb idő alatt – amellet, hogy még nem biztos, hogy kialakult a vélemény – nagyon nagy szerepe van a véletlennek, kevésbé tükrözik a rövid idő alatt tapasztaltak a mindennapi működést. Megfelelő mentális állapot esetén a betegek is megkérdezhetők. Elsősorban az ő visszajelzéseik gyűjtésére célszerű törekedni a pontosabb meglátások miatt. A hozzátartozók megkérdezésekor a rokoni kapcsolatra és a látogatási gyakoriságra vonatkozóan is célszerű információt gyűjteni. A hozzátartozói elégedettségmérések értékelésekor a szakirodalom két alcsoport képzését javasolja (elhunyt betegek hozzátartozóinak értékelése, az osztályról élve távozó betegek hozzátartozóinak értékelése).

Az intenzív osztályos ellátásra vonatkozóan kerültek kialakításra – a véleménynyilvánításra képes betegek és családtagjaik megkérdezéséhez – a PS-ICU-23, és az FS-ICU-24 kérdőívek. Ezek kiindulási alapul szolgálhatnak a saját szervezeti egységre adaptált elégedettségi kérdőívek elkészítéséhez.

A kérdőívek megnevezése utal a felmérés résztvevőire, és arra, hogy a betegek kérdőíve 23 kérdést tartalmaz, a családtagoké pedig 24 kérdést.

- PS-ICU-23: Patient Satisfaction in the Intensive Care Unit (Betegelégedettség az intenzív osztályon)
- FS-ICU-24: Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (Családtagok elégedettsége az intenzív osztályon)

A témában ajánlott irodalom, amelyből a kérdőívek kérdései megismerhetők:

Lai VKW, Li JC, Lee A. Psychometric validation of the Chinese patient- and family satisfaction in the intensive care unit questionnaires. J Crit Care. 2019 Dec;54:58-64. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.07.009. Epub 2019 Jul 10. PMID: 31352270.

A hozzátartozók elégedettségmérésének eredményességére vonatkozóan többféle álláspont létezik. Egy svájci kutatás 235 beteg intenzív osztályos elégedettségi vizsgálatának tapasztalatait mutatja be. A vizsgálatba olyan betegeket vontak be, akik legalább 2 napon át tartózkodtak az intenzív osztályon. 266 felnőtt hozzátartozójukat is megkérdezték az ellátással való elégedettségükről kérdőív segítségével. Az eredmények alapján azt állapították meg, hogy a házastársak/partnerek nagyobb egyetértésben voltak a betegek által adott minősítéssel, mint más hozzátartozók. Ezt a megállapítást érdemes lehet figyelembe venni akkor, ha ilyen felmérést tervezünk. A kutatók véleménye az volt, hogy ha a betegek nem tudják értékelni az intenzív osztályos ellátással való elégedettségüket, akkor a hozzátartozók megkérdezése megfelelően helyettesítheti ezt. (Sticker et al., 2011)

Egy spanyol kutatás során ennek kissé ellentmondó eredményt kaptak. Szintén intenzív osztályos elégedettség mérés során 148 pár felmérést készítettek, összesen 296 kérdőív kitöltésével. Ebben az esetben is a betegek és a hozzátartozók visszajelzéseinek egybecsengését vizsgálták. Tapasztalataik szerint a betegek és a hozzátartozók véleménye csak enyhe vagy mérsékelt egyetértést mutatott. Azt a véleményt fogalmazták meg, hogy az intenzív osztályra felvett betegek hozzátartozói nem tudják megfelelően megítélni a beteg szempontjából az ellátást. Javasolják, hogy közvetlenül a betegektől szerezzünk információkat érzéseikről, észleléseikről és tapasztalataikról, és csak akkor kérjük a hozzátartozók véleményét, ha a betegek nem tudják azt kifejezni. (Holanda Peña et al., 2017)