

Ki mit tud? – A betegátadásról

Egy magyar és lengyel mintán végzett tudásfelmérés tapasztalatai

Lám Judit dr. ■ Safadi Heléna dr. ■ Pitás Eszter ■ Belicza Éva dr.

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

Bevezetés: A betegellátás során bekövetkező nemkívánatos események hátterében a leggyakrabban kommunikációs okok állnak. Az egészségügyi technológiák fejlődése és az ellátás fokozódó specializációja miatt a betegek kezelésében egyre több egészségügyi szakember vesz részt, aminek következtében egyre jelentősebb szerepe és egyben kockázata van a betegátadásoknak.

Célkitűzés: A közlemény célja a betegátadással kapcsolatos ismeretek aktuális helyzetének bemutatása egy nemzetközi projekt eredményein keresztül.

Módszer: 3 magyar és 3 lengyel kórházban saját fejlesztésű, anonim, feleletválasztós kérdőív segítségével vizsgáltuk a betegátadásokkal kapcsolatos tudást a közvetlen betegellátásban részt vevő egészségügyi dolgozók körében. Mindkét országban elemeztük a válaszok gyakoriságát megfelelőségük mértéke szerint. A hazai mintában többváltozós logisztikus regresszióval vizsgáltuk a kitöltők jellemzőinek szerepét a tudásszint alakulásában.

Eredmények: A kérdőívet a megkérdezett 2963 dolgozó 63%-a töltötte ki. A két országban nem volt lényeges különbség a kifogástalan és a hibátlan válaszok arányaiban. A betegátadás definícióját vizsgáló kérdésre a válaszadók közel fele adott kifogástalan választ (49,4–45,7%). A legalacsonyabb hibátlan válaszadási arány a betegátadási technika elemeire feltett kérdés esetén volt tapasztalható (14,4–11,1%). A kérdések nehézségének mintázata is jelentős mértékű hasonlóságot mutatott.

Következtetés: A felmérés eredményei alapján megállapítható, hogy a betegátadással kapcsolatos tudás fejlesztendő területnek bizonyul mindkét országban. Az ellátók rendelkeznek ugyan a témakörrel kapcsolatban ismeretekkel, ám tudásuk nem tekinthető pontosnak és teljes körűnek. A betegek és az ellátók biztonságának érdekében fontos az ellátók ismereteinek és betegátadási gyakorlatának összehangolt fejlesztése.

Orv Hetil. 2019; 160(44): 1735–1743.

Kulcsszavak: betegátadás, elbocsátás, betegbiztonság

Who knows what? – About patient handover

Experiences of a Hungarian and Polish sample knowledge survey

Introduction: The most common reason for the adverse events in healthcare is communication. Due to the development of health technologies and the increasing specialization of care, more and more healthcare professionals are involved in the treatment of patients, resulting in an increasingly important role and risk for patient handover.

Aim: To present the current state of knowledge of patient handover through the results of an international project.

Method: Self-developed, anonymous questionnaires with single and multiple choice questions were used to investigate handover knowledge among healthcare workers in 3 Hungarian and 3 Polish hospitals. The frequency of responses was analyzed according to their correctness. The factors that can influence the knowledge were studied using a regression model in the Hungarian sample.

Results: The questionnaire was completed by 63% of the 2963 employees who received the questionnaires. In the two countries, there was no significant difference in the proportion of correct responses. Nearly half of the responders (49.4%–45.7%) gave the right answers to the question about the definition of patient handover. The lowest rate of correct answers (14.4%–11.1%) was given to elements of patient handover techniques. The difficulty of the questions also showed a similar pattern.

Conclusion: Based on the results, it can be concluded that knowledge of handover needs to be improved in both countries. Although healthcare providers have some knowledge about handover, it cannot be considered accurate and complete. It is important to promote the knowledge and practice of handover together for the safety of patients and healthcare providers.

Keywords: patient handover, patient discharge, patient safety

Lám J, Safadi H, Pitás E, Belicza É. [Who knows what? – About patient handover. Experiences of a Hungarian and Polish sample knowledge survey]. Orv Hetil. 2019; 160(44): 1735–1743.

(Beérkezett: 2019. május 16.; elfogadva: 2019. június 21.)

Rövidítések

AMA = (Australian Medical Association) Ausztrál Orvosi Szövetség; CQ = hibátlan válasz; HU = (Hungary) Magyarország; I-PASS = (I = Illness severity, P = Patient summary, A = Action list, S = Situation awareness and contingency plans, S = Synthesis by receiver) strukturált betegátadási módszertan; ISOBAR = (identify–situation–observations–background–agreed plan–read back) strukturált betegátadási módszertan; MAP4E = (Methodology development and impact Assessment in Patient safety education for improving Effectiveness) Módszertanfejlesztés és hatásvizsgálat a megbízottsági oktatás eredményességének növeléséért; NEVES = Nem Várt Események Jelentési Rendszere; OR = (odds ratio) esélyhányados; PL = (Poland) Lengyelország; RQ = kifogástalan válasz; SBAR = (situation–background–assessment–recommendation) strukturált betegátadási módszer; SE EMK = a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

Az egészségügyi technológiák és a kapcsolódó tudás robbanásszerű fejlődésével és az ellátói tevékenység fokozódó specializációjával a betegek kezelésében egyre több egészségügyi szakember vesz részt. A technológiai fejlődés, az erősödő teljesítményelvárások mellett a világszerte humánerőforrás-hiány jellemezte egészségügyi szektorra nehezedő nyomást tovább fokozza az is, hogy az ellátórendszer egyre több komorbid és krónikus ellátást igénylő beteggel szembesül. Az ellátás komplexebbé válásával a kapcsolódó kockázatok is emelkednek. Jól szemlélteti ezt az az ismert adat is, miszerint a fejlett egészségügyi rendszerekben a nemkívánatos események aránya 10%-ra tehető. Ez szignifikánsan magasabb a fejlődő országok egészségügyi ellátása során előforduló hasonló események arányánál [1].

Ahhoz, hogy a betegellátás biztonságos, eredményes és hatékony lehessen, az ellátásban részt vevő valamennyi szakembernek rendelkeznie kell minden olyan szükséges és aktuális információval, amely alapján helyes terápiás döntést hozhat, illetve a beteg szükségleteinek megfelelő kezelést végezhet.

A betegekkel kapcsolatos információk ellátók vagy ellátói szintek közötti átadása az úgynevezett betegátadások (*handover*) során történik meg. A betegátadás fogalmát több, az egészségügyi ellátás biztonságával foglalkozó szervezet is definiálta. A WHO szerint a betegek átadása az a folyamat, melynek 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”. Az AMA (Australian Medical Association) a betegátadás fogalmát a szakmai felelősség és kötelezettség átadása felől közelíti meg [2]. A két definíciót összegezve *a betegátadás során az ellátáshoz szükséges információk és ezzel együtt a szakmai felelősség és kötelezettség átadása is megtörténik ideiglenesen vagy tartósan egy ellátó, ellátói csoport vagy éppen a beteg és hozzátartozói számára.*

Jelentőségéből fakadóan az ellátás ezen területének kutatása és fejlesztése már egy ideje a betegbiztonsági kezdeményezések középpontjában áll.

Az Európai Bizottság által finanszírozott Handover-projekt eredményei alapján a betegátadásokhoz kapcsolódó kommunikáció sérülése azonosítható a nemkívánatos események 25–40%-ának hátterében [3]. Ezen események nemcsak a lehetséges következményeikből, hanem számosságukból fakadóan is jelentősen hozzájárulnak az ellátás kockázataihoz. Becslések szerint egy átlagos oktatóképzésben napi szinten közel 4000 betegátadási folyamat zajlik le [4], amelyek mindegyike a potenciális hiba lehetőségét hordozza.

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja (SE EMK) 2017 őszén spanyol és lengyel partnerekkel nemzetközi együttműködésben, a TEMPUS-program támogatásával megvalósuló *Methodology development and impact Assessment in Patient safety education for improving Effectiveness* (MAP4E) projektjének keretében három-három önkéntes, hazai és lengyel kórházban végzett betegbiztonsági oktatásokat különböző módszertanok segítségével a betegátadások témakörében. Az oktatásokat megelőzően a kórházak szervezeti kultúráját és a betegátadásokkal kapcsolatos tudásszintjét is vizsgáltuk.

A jelen közlemény célja a MAP4E kutatási projekt első eredményein keresztül a betegátadásokkal kapcsolatos ismeretek aktuális helyzetének bemutatása, a kapott eredmények értelmezése, valamint a hazai ellátók és döntéshozók figyelmének ráirányítása erre a kockázatos, jelentősége ellenére mégis kevés figyelmet kapó területre és annak lehetséges fejlesztési irányaira.

Módszer

Kutatásunk keretében 3 hazai (HU) és 3 lengyel (PL) kórházban a betegátadásokkal kapcsolatos tudást vizsgáltuk a dolgozók körében. A kutatásba beválasztott hazai és lengyel kórházak mindegyike vegyes profilú, közepes méretű, 350–750 főt foglalkoztató intézmény.

A betegátadásokkal kapcsolatos alapismeretek felmérésére egy rövid, 7 kérdéses kérdőívet alakítottunk ki. A kérdőív betegátadásra vonatkozó tudásfelmérő kérdéseit az 1. mellékletben közöljük. A kérdőív összeállításának alapját a betegátadásokkal kapcsolatosan rendelkezésre álló nemzetközi szakirodalom képezte [2, 5, 6]. A megfogalmazott kérdések a témakörrel, illetve annak oktatásával kapcsolatos tanulmányok, ajánlások között alapinformáció-halmazát célozták meg. Ennek megfelelően a felmérés a betegátadás meghatározására, jelentőségére, szereplőire, típusaira, standardizáltságára és eszközeinek ismeretére irányult. A kérdések között egyszeres és többszörös feleletválasztásos kérdések is voltak. Valamennyi kérdés esetén megadtuk a „nem tudom a választ” opciót is azért, hogy az eredmények lehetőleg ne torzuljanak a kitöltők találgatásainak következtében.

A magyar nyelvű kérdőívet a felmérés megkezdése előtt egészségügyi dolgozókkal teszteltük érthetőség és egyértelműség szempontjából, majd a tesztelés eredményei alapján véglegesítettük. Lényeges módosításra a tesztelés alapján nem volt szükség. A véglegesített kérdőív angol fordítása alapján készült el a lengyel változat, mivel a felmérés résztvevői a kérdőíveket anyanyelvükön töltötték ki.

Az elemzéshez a betegátadásra vonatkozó kérdések mellett néhány háttéradat megadását is kértük a kitöltés során, például a foglalkozást és a szervezetben eltöltött időt, az adott szervezetben eltöltött heti munkaórák számát, valamint az osztálytípust.

Az adatgyűjtés 2017 őszén, a betegátadási témájú oktatási programok elindulása előtt történt. A kérdőívet a közvetlen fekvőbeteg-ellátásban dolgozó valamennyi munkatárs megkapta.

A papíralapú kérdőívek kitöltése önkéntes és anonim volt, gyűjtésük az osztályokon elhelyezett, zárt papírdobozokban történt. A kitöltést megelőzően a kórház dolgozói szóbeli és írásbeli tájékoztatást is kaptak a felmérés céljáról és a lebonyolítás módjáról, majd két hét áll rendelkezésükre a kérdőív kitöltésére. A folyamatot kórházanként egy-egy intézményi alkalmazott, ún. koordinátor segítette, aki ez idő alatt a dolgozókat többször emlékeztette a felmérésben való aktív részvételre. A koordinátorok és a vizsgálat vezetői egyúttal szoros kapcsolatban álltak a kérdőívész ideje alatt, így lehetőség volt a felmerült problémák egyeztetésére is. Az összegyűlt válaszokat Excel-állományban (Microsoft Corporation, Redmond, WA, Amerikai Egyesült Államok [USA]) rögzítettük. Az adatbevitel minőségét validációs protokoll segítségével ellenőriztük, és elvégeztük a szükséges adattisztítást. A hiányzó vagy nem egyértelmű válaszokat tartalmazó kérdőíveket az adott kérdés elemzésekor nem vettük figyelembe.

A válaszok feldolgozásakor kategóriákat hoztunk létre. Akkor tekintettünk egy választ kifogástalanul megválaszoltnak (RQ), ha az adott kérdés esetén valamennyi jó válaszlehetőség megjelölésre került, egyetlen hibás válaszlehetőség sem került kiválasztásra, és a „nem tudom a választ a kérdésre” válaszlehetőség sem volt megjelölve.

A hibátlan válaszok (CQ) közé soroltuk azokat, amelyeknél az adott kérdés esetén csak jó válaszok kerültek megjelölésre – de nem feltétlenül az összes jó –, azonban egyetlen hibás válaszlehetőség sem került kiválasztásra, és a „nem tudom a választ a kérdésre” válaszlehetőség sem volt megjelölve. A definíciók szerint egyszeres választású kérdés esetén $RQ = CQ$, többszörös választás esetén pedig $RQ \leq CQ$, hisz nem biztos, hogy a válaszlehetőségek közül minden helyeset megjelölt a kitöltést végző személy.

Vizsgáltuk az egyes kérdésekre adott kifogástalan és hibátlan válaszok arányát, a magyar kitöltők körében foglalkozási csoportonként, az intézményben töltött idő, valamint a munkahelyként jelölt osztálytípusok sze-

1. táblázat | A két országban a kérdőívet kitöltők általános jellemzői

	Magyar	Lengyel
Kiosztott kérdőívek száma (db)	1445	1518
Válaszadási arány (%)	65,8	60,3
A szervezetben eltöltött idő 16+ év (%)	43,9	36,1
A szervezetben heti 40–79 órát dolgozók aránya (%)	77,9	35,1
Az ápolók aránya (%)	67,5	59,9
Az orvosok aránya (%)	12,0	11,4
A betegágy mellett dolgozók aránya (%)	90,6	86,7

rint is. Az ismereteket befolyásoló tényezők azonosításához többváltozós logisztikus regressziót alkalmaztunk az SPSS statisztikai szoftver 25-ös verziójának (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) segítségével.

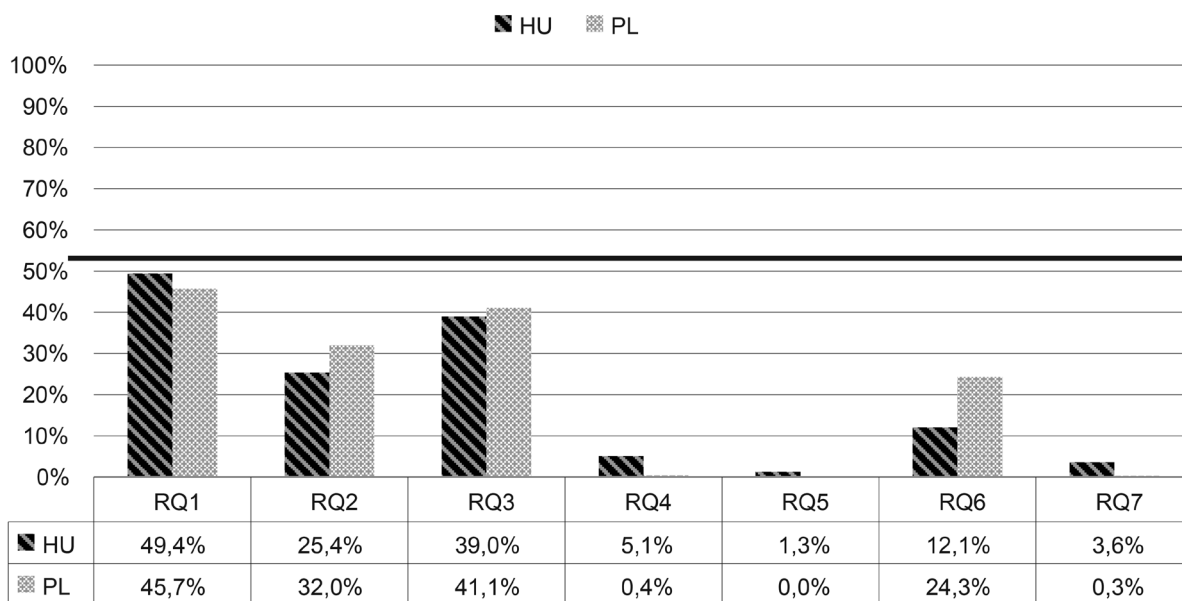
Eredmények

A jelen közlemény tárgyát képező adatgyűjtési körben 2963 (HU: 1445, PL: 1518) kérdőívet osztottunk ki a hazai és lengyel kórházakban, amelyekből 1866 (HU: 951, PL: 915) kérdőív érkezett vissza kitöltve. A válaszadási arány 63% (HU: 66%, PL: 60%) volt.

A kitöltők legfontosabb jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A kifogástalan válaszok (RQ) aránya egyik kérdésnél sem érte el az 50%-ot sem a hazai, sem a lengyel mintánkban (1. ábra). A magyar és lengyel válaszadóktól a legtöbb kifogástalan válasz a betegátadás definíciójára (1. kérdés, HU–RQ: 49,4%, PL–RQ: 45,7%), illetve a rugalmas standardizáció (3. kérdés) meghatározására érkezett (HU–RQ: 39,0%, PL–RQ: 41,1%). A betegátadásnak minősülő esetek közül (2. kérdés) a válaszadók az ellátási szintek közötti átadást és a betegek hazabocsátását jelölték be a legkevesebbszer. A legnehezebb kérdéseknek a betegátadás lehetséges szereplőinek meghatározása (4. kérdés HU–RQ: 5,1%, PL–RQ: 0,4%), a betegátadás javítását támogató eszközök és módszerek kiválasztása (5. kérdés HU–RQ: 1,3%, PL–RQ: 0,0%) és ezzel összefüggésben az SBAR (situation–background–assessment–recommendation) technika elemeire vonatkozó kérdés bizonyult (7. kérdés, HU–RQ: 3,6%, PL–RQ: 0,3%). A betegátadási folyamat szereplőinek meghatározása során (4. kérdés) a legtöbbször a betegek és a hozzátartozók maradtak ki a válaszokból. A nem biztonságos betegátadási gyakorlat következményeinek meghatározása során (6. kérdés) a válaszok a legtöbb esetben a beteg újrafelvétele jelölésének elmaradása miatt nem voltak teljes körűek.

Eredményeink a kifogástalan és hibátlan válaszok aránya közötti jelentős különbséget (2., 4. és 6. kérdés) mutatják. A hibátlan, azaz a csak jó válaszlehetőségeket, de azokat nem feltétlenül teljeskörűen tartalmazó (CQ) válaszok arányát tekintve kedvezőbb képet kapunk, mint



1. ábra | A kifogástalan válaszok (RQ) aránya országonkénti bontásban

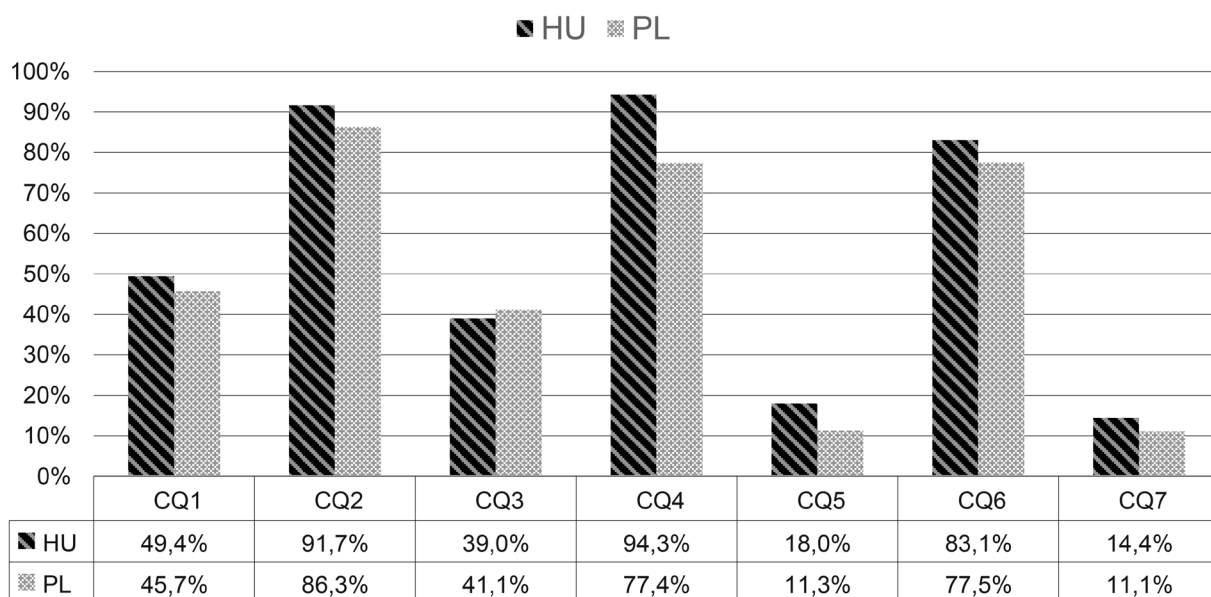
2. táblázat | A hibátlan válaszok (CQ) és a különböző befolyásoló tényezők kapcsolata a hazai kórházakban

		CQ1		CQ2		CQ3		CQ4		CQ5		CQ6		CQ7	
		OR	szign.	OR	szign.	OR	szign.	OR	szign.	OR	szign.	OR	szign.	OR	szign.
Intézmény	ref.: 1. kórház		***		nsz		nsz		nsz		*		nsz		nsz
	2. kórház	1,259	nsz	0,448	nsz	0,764	nsz	0,804	nsz	1,454	nsz	1,074	nsz	1,389	nsz
	3. kórház	0,684	*	0,385	*	1,070	nsz	0,577	nsz	0,811	nsz	0,785	nsz	1,127	nsz
Heti óraszám	ref.: <40 óra		nsz		nsz		nsz		nsz		nsz		nsz		nsz
	40–79 óra	1,246	nsz	0,794	nsz	1,466	*	0,718	nsz	0,921	nsz	1,215	nsz	0,901	nsz
	80+ óra	0,514	nsz	0,454	nsz	0,698	nsz	1,136	nsz	0,545	nsz	0,570	nsz	0,753	nsz
	ismeretlen	0,684	nsz	3,694	nsz	1,925	nsz	0,539	nsz	0,766	nsz	0,659	nsz	0,236	nsz
Intézményben eltöltött idő	ref.: 0–6 év		nsz		nsz		nsz		nsz		nsz		nsz		nsz
	7–15 év	1,103	nsz	0,653	nsz	0,899	nsz	0,763	nsz	0,758	nsz	0,577	*	0,820	nsz
	16+ év	0,834	nsz	1,253	nsz	0,703	*	0,805	nsz	0,597	*	0,938	nsz	0,912	nsz
	ismeretlen	0,626	nsz	0,356	nsz	0,468	nsz	0,292	nsz	0,316	nsz	1,450	nsz	1,129	nsz
Foglalkozás	ref.: orvos		nsz		nsz		**		nsz		nsz		nsz		nsz
	ápoló	0,590	*	0,542	nsz	0,445	***	2,177	nsz	0,676	nsz	0,433	*	1,440	nsz
	egyéb	0,573	*	0,329	*	0,386	***	1,133	nsz	0,643	nsz	0,344	*	1,057	nsz
	ismeretlen	0,435	nsz	0,700	nsz	0,260	**	3,246	nsz	0,481	nsz	0,454	nsz	1,136	nsz
Osztálytípus	ref.: műtétes		**		nsz		nsz		**		**		*		*
	nem műtétes	1,513	*	1,401	nsz	1,088	nsz	1,376	nsz	0,420	***	1,254	nsz	0,627	*
	sürgősségi és intenzív	1,545	nsz		nsz	1,070	nsz		nsz	1,398	nsz	1,686	nsz	0,572	nsz
	rehabilitációs	1,048	nsz	1,758	nsz	2,669	**	2,266	nsz	0,713	nsz	1,316	nsz	0,433	nsz
	egyéb	0,734	nsz	1,711	nsz	1,117	nsz	0,569	nsz	0,543	*	1,311	nsz	0,383	**
	ismeretlen	1,311	nsz	0,942	nsz	0,955	nsz	0,251	**	0,568	nsz	0,441	*	0,483	nsz
	konstans	1,464	nsz	40,667	***	1,151	nsz	25,841	***	0,644	nsz	11,126	***	0,202	***

A modellben az egyes változók esetében használt referenciákat (ref.) *dőlt* betűvel jelöltük.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

nsz = nem szignifikáns; OR = esélyhányados; szign. = szignifikáns



2. ábra | A hibátlan válaszok (CQ) aránya országonkénti bontásban

a kifogástalan válaszok arányainak esetében (2. ábra). A betegátadások biztonságát támogató eszközöket vizsgáló 5. és a 7. kérdésre vonatkozó tudásszint azonban itt is alacsony volt, hiszen ezek aránya csupán 11% és 18% között mozgott.

A válaszok elemzése alapján megállapítottuk, hogy a két országban nem volt lényeges különbség a hibátlan válaszok (CQ) arányaiban.

Szakmacsoportonként a hazai válaszadóknál a kérdések nehézségének mintázata jelentős mértékű hasonlóságot mutatott. Az orvosok nagyobb arányban adtak kifogástalan és hibátlan válaszokat a kérdéseinkre, mint a vizsgálatban részt vevő további foglalkozási csoportok (2. táblázat). Munkaköri csoportok szerint vizsgálva, a hazai kórházak orvosai jobban ismerik a betegátadás fogalmát (1. kérdés) és a gyakorlat rugalmas standardizálását (3. kérdés) az ápolóknál. Ugyancsak szignifikánsan nagyobb eséllyel választották ki helyesen az orvosok az ápolókhoz képest a helytelen betegátadás lehetséges következményeit (6. kérdés) (2. táblázat).

Szakmák szerint a betegátadás fogalmával kapcsolatban a nem műtétes szakmák, míg a betegátadás során alkalmazható eszközökkel inkább a műtétes szakmák képviselői rendelkeztek több tudással. Nem volt megállapítható egyértelmű összefüggés az adott intézményben eltöltött idő, illetve az intézményben teljesített heti munkórák és a tudásszint között (2. táblázat).

Megbeszélés

Az ellátók közötti eredményes kommunikáció megvalósítása a biztonságos betegellátás egyik alapvető pillére. A kommunikációban keletkező rések az ellátás folytonosságának sérülésével, elmaradó, kései vagy nem megfelelő kezelések nyújtásának – ezeken keresztül pedig be-

teggárosodások kialakulásának – veszélyével és esélyével járnak együtt. Ma már számos eredmény támasztja alá, hogy az ellátásban részt vevők információátadási hiányosságai jelentik a nemkívánatos események kialakulásának egyik legfontosabb tényezőjét [7–10]. A gyógyító munka során zajló kommunikációs tevékenységek egyik kiemelt területe a betegátadás. A betegátadások során az érintett betegekkel kapcsolatos ellátási felelősség átadása és annak átvétele történik meg eredményes kommunikáció segítségével a betegellátás folytonosságának biztosítása érdekében [4].

A nem megfelelő betegátadások hátterében a szakirodalomban a következő okokat említik a leggyakrabban: a betegátadások egységes szerkezetének, strukturáltságának hiánya [11, 12], a kapcsolódó szervezeti eljárásrendek hiánya [13], a szervezeti kultúra és attitűd problémái [12], az eredményes és asszertív kommunikáció hiánya [4], időhiány [12], megszakítások és figyelemelvonások a betegátadások idején [12], személyzethiány, a betegek bevonásának hiánya [12], betegdokumentáció minőségi problémái [2, 14, 15], a memóriára való túlzott mértékű hagyatkozás a betegdokumentációra való támaszkodás nélkül [2], a megfelelő képzés hiánya [16].

A betegátadási témakör jelentőségéből és potenciális kockázataiból fakadóan egy nemzetközi, a betegbiztonság oktatásának eredményességét támogató oktatásmódszertani projekt fő képzési fókuszának e területet választottuk.

Kutatásunkba 3 magyar és 3 lengyel, közepes méretű, vegyes profilú kórházat vontunk be, amelyekben felmértük a közvetlen betegellátásban érintett kollégák betegátadással összefüggő tudását. A tudásfelmérő kérdőív eredményei alapján megállapítottuk, hogy a betegátadással kapcsolatos tudás fejlesztendő területnek bizonyul, hiszen a kifogástalan és hibátlan válaszok aránya mindkét

országban alacsony szintet ért el. A legnehezebb kérdésnek a betegátadási technikákra és eszközökre, valamint az SBAR-technika elemeire irányuló kérdések bizonyultak. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a betegátadás javítását támogató eszközök és módszerek általában nem voltak ismertek a válaszadók körében annak ellenére, hogy a nemzetközi betegbiztonsági szakirodalomban számos olyan adaptálható módszer, eszköz található, amelynek alkalmazása az ellátók betegátadási gyakorlatát fejlesztheti [6, 17–19].

A már hosszabb ideje ismert különböző 'briefing' (strukturáló) modellek, például SBAR, ISOBAR (identify–situation–observations–background–agreed plan–read back) mellett további, emlékeztetőt támogató módszerek (*mnemonics*) jelennek meg [20], amelyek a helyes betegátadási gyakorlatot támogatják [19, 21, 22]. *Starmer és mtsai* eredményei szerint [23] az I-PASS (I = Illness severity, P = Patient summary, A = Action list, S = Situation awareness and contingency plans, S = Synthesis by receiver) módszer segítségével 10 740 betegfelvételhez kapcsolódóan a megelőzhető nemkívánatos események bekövetkezését 30%-kal, míg a gyógyszerelési hibákat 23%-kal sikerült csökkenteni úgy, hogy a betegátadások ideje nem növekedett, és a munkafolyamatokra sem gyakorolt negatív hatást az új módszertan.

A betegátadások magas számára való tekintettel fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a strukturált és standardizált formában zajló, fókuszált betegátadás nemcsak tartalmában javíthatja az átadott információ minőségét, hanem időben is gyorsabbá teheti azt. A strukturáltság és az egységes szerkezet abban is segíthet, hogy a fogadó fél felkészült legyen, és pontosan tudja, hogy milyen információt, milyen sorrendben fog hallani. Mindez megkönnyíti az információk fogadását és feldolgozását és az esetleges kérdések feltevését is. Az előbbieken említett strukturált átadási módszerek nemcsak írásban, hanem szóban is alkalmazhatók.

A 2., 4. és 6. kérdés esetén tapasztalt kifogástalan és hibátlan válaszok eltéréseiből arra következtetünk, hogy az ellátók rendelkeznek a témakörrel kapcsolatban ismeretekkel, ám tudásuk nem tekinthető pontosnak és teljes körűnek.

A betegátadás fogalmát elsősorban az intézményen belüli átadásra szűkítve értelmezték (műszakátadás, illetve osztályok közötti átadás), holott az a betegek ellátási szintek közötti mozgásában is nagy jelentőséggel bír, sőt annak egyik legkritikusabb pontja. Az ellátási szintek között elvesző vagy csupán részlegesen átkerülő információk miatt keletkező rés gyengíti az ellátás folytonosságát és eredményességét [24, 25]. Mindezt megerősíti egy, a hazai háziorvosi ellátás betegbiztonsági kérdéseivel kapcsolatosan végzett kutatás. Ennek eredményei szerint a háziorvosi, szak- és fekvőbeteg-ellátás különböző relációiban is hangsúlyosan előtérbe került az információ sérülésének vagy torzulásának kockázata. A hiányosan vagy későn átadott információ lehet felelős például a megfelelő diagnózis felállításának késéséért [26].

Mivel az egyes ellátási szintek között az esetek többségében közvetlen interakció nincs, a betegek, illetve hozzátartozóik szerepe sokszor igen hangsúlyos, hiszen az egyes ellátók között ők közvetítik a legtöbb információt saját állapotukról, kórtörténetükről, aktuálisan szedett gyógyszereikről stb. [27]. Fontos tehát, hogy az ellátottak is tudatában legyenek felelősségüknek, szerepük jelentőségének. Mindezt az egészségügyi ellátást végző szakembereknek kell elősegíteniük a megfelelő információk érhető módon való átadásával, illetve teendőik és szerepük egyértelművé tételével, hangsúlyozásával [26].

A nem megfelelő elbocsátási gyakorlat, a sematikus, pontatlan, hiányos vagy kétértelmű zárójelentések, utasítások, a nem érthetően átadott információ, a beteg/hozzátartozó visszakérdezési lehetőségének elmaradása mind a beteg ismételt kórházi megjelenéséhez vezethetnek [28]. Ez a kedvezőtlen, az ellátás hatékonyságát rontó következmény az elbocsátásokkal kapcsolatos megfelelő szervezéssel, a zárójelentések tartalmának átgondolásával jelentősen mérsékelhető.

A témakörhöz kapcsolódó tudásszinten túl érdemes vizsgálni a hazai betegátadási gyakorlat tényleges megvalósulását is. Ehhez kapcsolódóan a MAP4E-projekt keretében szervezett, valamint az e témakörben tartott NEVES (Nem Várt Események Jelentési Rendszere) betegbiztonsági fórumok tapasztalatai alapján számos osztály-, illetve intézeti szintű fejlesztendő területet azonosítottunk. *Sallai* neurointenzív osztályon végzett, írásbeli átadásokra vonatkozó vizsgálata szerint az ellátás szempontjából meghatározó információkat nem vagy hiányosan tartalmazó közlések aránya közel 15% volt [29].

A betegátadásokkal kapcsolatos ismert hazai adatokat, saját megfigyeléseinket tovább erősítik a *Sinka és mtsai* [30] által közöltek, miszerint „*Tapasztalatunk szerint a műszakátadások módja leginkább a helyi szokásoktól függ, de akár személyi tényezőt is műlhat az, hogy az átadás milyen formában valósul meg*”. Bár a hazai gyakorlatra vonatkozó átfogó képet nem ismerünk, tapasztalatainkból és a kapcsolódó tudásszintet ismertető eredményeinkből kiindulva az ellátás biztonságának növelése érdekében fontosnak tartjuk a helyi gyakorlatok megismerését, illetve fejlesztését. Az intézetekben az aktuális helyzet feltárását és a helyes gyakorlat kialakítását segíthetik az *Egészségügyi Közlönyben* 2016 októberében megjelent fekvő- és járóbeteg-ellátási standardok közül a betegátadásra koncentráló, így a „Járó betegek átadása, továbbbutalása”, „Műszakok közötti átadás fekvőbeteg-ellátásban”, és „Fekvő betegek áthelyezése, továbbbutalása, elbocsátása” [31], valamint a *Sinka és mtsai* által közölt, a betegátadás gyakorlatának felmérésére javasolt részletes módszertan [30]. Az intézeti szintű fejlesztések tervezését támogathatja még a több mint 15 ezer amerikai egészségügyi szervezetet és programot tömörítő Joint Commission nevű független, nonprofit szervezet (Oakbrook Terrace, IL, USA) által kiadott, betegátadásokra vonatkozó riasztás, amely 7 pontban határozza meg a helyi teendőket. Ezek között kiemelten fontos a betegát-

adások kritikus tartalmának standardizálása, illetve a betegátadás oktatásának egységesítése [13].

Az intézeti szintű gyakorlatok ismeretének hiánya mellett tisztázatlan a betegátadások oktatásának szerepe és súlya a hazai egészségügyi dolgozók graduális és posztgraduális képzésében. Az orvosok által elért valamelyest jobb eredményekből arra következtetünk, hogy képzésükben érintőlegesen szerepet kap a betegátadás témaköre, de az intézményi gyakorlat mindezt jelentős mértékben módosítja, felülírja. Arról nincs átfogó képünk, hogy az egyes oktatókórházakban, illetve gyakorlati helyeken milyen betegátadási gyakorlat zajlik, illetve az mennyire nyugszik egységes alapokon. Bár az oktatók eredményességével kapcsolatosan jelenleg kevés evidencia áll rendelkezésre, ennek ellenére a betegátadási témakörnek a képzések során való fókuszba kerülése *Gordon és mtsai* megállapítása szerint növeli a betegátadással kapcsolatos tudatosságot, éberséget és felelősségérzetet, valamint támogatja a teammunkát [32].

Vizsgálatunk korlátját jelenti, hogy felmérésünk két ország három-három kórházában történt, így az országok eredményeinek összehasonlítására vonatkozóan mélyreható következtetéseket nem tudunk levonni. A kérdőívek kitöltési hajlandóságát befolyásolta az intézeti koordinátorok, illetve az egyes szervezeti egységek vezetőinek hozzáállása.

Eredményeink alapján a betegek és az ellátók biztonságának érdekében fontosnak tartjuk a hazai helyzet pontos megismerését, valamint a betegbiztonság és ezen belül is a betegátadási gyakorlat intézményi fejlesztésén túl a témakör oktatásban való optimális helyének a megtalálását. A témakörnek a képzési rendszerbe való beépítése kulcsfontosságú a betegátadás gyakorlatban való helyes működtetésének szempontjából.

Véleményünk szerint az eredményes betegátadással kapcsolatos ismeret olyan alapvető követelmény a közvetlen betegellátásban dolgozók számára, amelynek egységes szemléletben való fejlesztését már az orvos- és szakdolgozói képzésben meg kell kezdeni, a továbbképzési rendszernek pedig biztosítania kell annak szinten tartását.

A képzések jelenlegi helyzetének rendezésén túl lényegesnek tartjuk olyan eszközök és módszerek kidolgozását, amelyek a helyes gyakorlat kialakítását és fenntartását is támogatják.

Biztatónak tartjuk, hogy a nemzetközi minták mellett már hazánkban is ismerünk olyan intézményi gyakorlatokat, amelyeknek a helyi feltárt betegátadási problémához leginkább illeszkedő szervezési lépésekkel és kis forrásigényű fejlesztésekkel, mérhető módon sikerült javítani a betegátadás területét [29, 33]. A fejlesztések megindítását a betegátadási gyakorlattal összefüggő kockázatok jelentőségének megértése idézte elő, amelyet az aktuális intézményi gyakorlat megismerése és a szükséges intézkedések megtétele követett. A kezdeti lépésekhez – a számos nemzetközi ajánlás mellett – már a hazai

szakirodalomban is megtalálhatók mind a módszertanra, mind a betegátadások tartalmára vonatkozó kiindulópontok [30, 31]. Fontos azonban, hogy ne csak az intézetek falain belül történjenek fejlesztések, hanem az intézmények közötti átadások biztonságosabbá tételére is kellő figyelem irányuljon.

Következtetés

Az Egységes Egészségügyi Szolgáltató Tér jó lehetőségnek ígérkezik az ellátási szintek közötti információáramlás és betegátadás biztonságának javítására. Erre azonban majd csak hosszabb távú működése után számíthatunk, hiszen az egyes betegek ellátási előzményei a rendszer indulásakor értelemszerűen még nem állnak rendelkezésre. A jelenlegi átmeneti időszakban így mind az ellátóknak, mind a betegeknek továbbra is nagy hangsúlyt kell fektetniük erre a területre.

A betegátadások hazai helyzetének javításához több ponton szükséges beavatkozás. Bár a betegátadási folyamatok hazai helyzete mindenképpen fejlesztendő, erre számos lehetőség adódik. Vizsgálati eredményeink kiindulási alapot szolgáltathatnak a lehetséges beavatkozási pontok azonosításához szolgáltatói és rendszerszinten egyaránt.

Anyagi támogatás: A közlemény alapját képező kutatómunka az Erasmus+ Program keretében meghirdetett *Methodology development and impact Assessment in Patient safety education for improving Effectiveness* projekt keretében az Európai Bizottság támogatásával valósult meg, de a cikk megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: L. J.: Irodalomkutatás, információk szintetizálása, szövegezés, ábrák, táblázatok szerkesztése. S. H.: Kérdőív-kialakítás, a kérdőíves vizsgálat kivitelezése, az adatbevitel és adattisztítás irányítása, a szövegezés véglegesítése. P. E.: Kérdőív-kialakítás, a kérdőíves vizsgálat kivitelezése, koordinációja, az információk szintetizálása, a szövegezés véglegesítése. B. É.: Szakmai lektorálás, statisztikai elemzési szempontok kialakítása, a statisztikai elemzések kivitelezése, a szövegezés véglegesítése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton fejezzük ki köszönetünket *Yolanda Agra* és *Barbara Kutryba* munkatársunknak a kutatás lebonyolításában való közreműködésükért, a részt vevő intézmények vezetőinek a kutatásunkhoz való csatlakozásért, az intézményi kapcsolattartóinknak a kérdőíves felmérés támogatásáért és az intézmények munkatársainak, akik a kérdőív kitöltésével hozzájárultak kutatásunkhoz, valamint *Török Ildikónak* az adatok rögzítéséért.

1. melléklet | A betegátadással kapcsolatos tudás felmérésére alkalmazott kérdőív

A betegátadási ismeretek felmérése

Útmutató

Kérjük, jelölje x-szel a megfelelőnek vélt válaszlehetősége(ke)t. Amennyiben nem tudja a választ kellő bizonyossággal megítélni, válassza a „nem tudom a választ” lehetőséget.

1. **Válassza ki a betegátadás helyes fogalmát! Kérjük, EGY választ adjon meg.**
 - a) a betegek fizikai áthelyezése osztályok, intézetek vagy ellátási szintek között
 - b) beteggel vagy betegcsoporttal kapcsolatos információk, szakmai felelősség és számon kérhetőség átadása
 - c) adott beteg aktuális állapotával összefüggő egészségügyi dokumentációjának rendelkezésére bocsátása
 - d) nem tudom a választ
2. **Mely esetek minősülnek betegátadásnak? Kérjük, EGY választ adjon meg.**
 - a) műszakátadás
 - b) osztályok közötti átadás
 - c) ellátási szintek közötti átadás
 - d) beteg hazabocsátása
 - e) az első három válasz helyes
 - f) minden válasz helyes
 - g) egyik válasz sem helyes
 - h) nem tudom a választ
3. **Mit jelent a betegátadási gyakorlat rugalmas standardizálása? Kérjük, EGY választ adjon meg.**
 - a) mindenki a saját szabályai szerint jár el
 - b) vannak szabályok, melyeket minden dolgozó ismer és követ
 - c) egy kijelölt felelőse van a folyamatnak
 - d) a folyamatot az érintett ellátási egység sajátosságaihoz igazítják
 - e) nem tudom a választ
4. **Kik vehetnek részt a betegátadási folyamatban? Több választ is megadhat.**
 - a) szakorvosok
 - b) rezidensek
 - c) ápolók
 - d) egyéb szakdolgozók
 - e) betegek
 - f) portás, biztonsági személyzeti munkatársak
 - g) hozzátartozók
 - h) takarító személyzeti munkatársak
 - i) nem tudom a választ
5. **Milyen létező, a betegátadás biztonságát támogató eszközöket ismer? Több választ is megadhat.**
 - a) ISOBAR
 - b) BAROFF
 - c) Check-back (visszakérdezés)
 - d) SBAR
 - e) betegazonosítás
 - f) nem tudom a választ
6. **Mit eredményezhet a nem biztonságos betegátadási gyakorlat? Több választ is megadhat.**
 - a) beteg-újrakérelést
 - b) gyógyszerelési hibát
 - c) kockázatcsökkenést
 - d) diagnosztikai hibát
 - e) betegelégedettség-csökkenést
 - f) a kórházban töltött idő csökkenését
 - g) nem tudom a választ
7. **Melyek az SBAR betegátadási módszer elemei? Több választ is megadhat.**
 - a) javaslatok
 - b) anamnézis (kórtörténet)
 - c) háttér
 - d) a jelen helyzet
 - e) értékelés
 - f) receptírás
 - g) nem tudom a választ

Irodalom

- [1] WHO. 10 facts on patient safety. World Health Organization, Geneva, 2014. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/ [accessed: June 20, 2019].
- [2] AMA. Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. Australian Medical Association, Barton, 2006.
- [3] Eggins S, Slade D. Communication in clinical handover: improving the safety and quality of the patient experience. *J Public Health Res.* 2015; 4: 666.
- [4] The Joint Commission. Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert* 2017; 58: 1–6.
- [5] British Medical Association Junior Doctors Committee. Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. London, 2004.
- [6] Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. OSSIE guide to clinical handover improvement. Sydney, 2010.
- [7] Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003; 138: 161–167.
- [8] Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004; 170: 345–349.
- [9] Moore C, Wisnivesky J, Williams S, et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 2003; 18: 646–651.
- [10] Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work* 2012; 41(Suppl 1): 2915–2924.
- [11] Bomba DT, Prakash R. A description of handover processes in an Australian public hospital. *Aust Health Rev.* 2005; 29: 68–79.
- [12] Porteous JM, Stewart-Wynne EG, Connolly M, et al. iSoBAR – a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative. *Med J Aust.* 2009; 190(11 Suppl): S152–S156.
- [13] Stoyanov S, Boshuizen H, Groene O, et al. Mapping and assessing clinical handover training interventions. *BMJ Qual Saf.* 2012; 21(Suppl 1): i50–i57.
- [14] Wilson R. Improving clinical handover in emergency departments. *Emerg Nurse* 2011; 19: 22–26.
- [15] Matic J, Davidson PM, Salamonson Y. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *J Clin Nurs.* 2011; 20: 184–189.
- [16] Horwitz LI, Moin T, Green ML. Development and implementation of an oral sign-out skills curriculum. *J Gen Intern Med.* 2007; 22: 1470–1474.
- [17] Natafagi N, Zhu X, Baloh J, et al. Critical access hospital use of TeamSTEPS® to implement shift-change handoff communication. *J Nurs Care Qual.* 2017; 32: 77–86.
- [18] Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulders M, et al. Improving hand-off communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *Int J Qual Health Care* 2016; 28: 384–390.
- [19] Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. I-PASS, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics* 2012; 129: 201–204.
- [20] Riesenber LA, Leitzsch J, Little BW. Systematic review of hand-off mnemonics literature. *Am J Med Qual.* 2009; 24: 196–204.
- [21] Moon TS, Gonzales MX, Woods AP. A mnemonic to facilitate the handover from the operating room to intensive care unit: “I PUT PATIENTS FIRST”. *J Anesth Clin Res.* 2015; 6: 545.
- [22] Mariano MT, Brooks V, DiGiacomo M. PSYCH: A mnemonic to help psychiatric residents decrease patient handoff communication errors. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2016; 42: 316–320.
- [23] Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med.* 2014; 371: 1803–1812.
- [24] Dunnion ME, Kelly B. All referrals completed? The issues of liaison and documentation when discharging older people from an emergency department to home. *J Clin Nurs.* 2008; 17: 2471–2479.
- [25] Werrett JA, Helm RH, Carnwell R. The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *J Adv Nurs.* 2001; 34: 629–638.
- [26] Tóth ÁA, Lám J, Pítás E, et al. Patient safety in primary care. [Betegbiztonság a háziorvosi ellátásban.] *Háziorv Továbbk Szle.* 2017; 22: 568–569. [Hungarian]
- [27] Flink M, Hesselink G, Pijnenborg L, et al. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. *BMJ Qual Saf.* 2012; 21(Suppl 1): i89–i96.
- [28] Hesselink G, Zegers M, Vernooij-Dassen M, et al. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using intervention mapping. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14: 389.
- [29] Sallai Zs. Introducing a structured nurse patient handover form in an intensive care unit. [Strukturált ápolói betegátadási forma bevezetése intenzív egységben.] Thesis, 2013. [Hungarian]
- [30] Sinka Lászlóné Adamik E, Böcskei A, Vass Zs, et al. Safe handover – opportunities to improve patient handover. [Biztonságos átadás – Betegátadás fejlesztésének lehetőségei.] *Nóvér* 2018; 31: 32–39. [Hungarian]
- [31] Announcement of Ministry of Human Resources about standards for in- and outpatient care. [EMMI-közlemény a fekvő- és járóbeteg-ellátás standardjairól.] *Eü Közl.* 2016; 15: 1–63. [Hungarian]
- [32] Gordon M, Findley R. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Med Educ.* 2011; 45: 1081–1089.
- [33] Arapovicsné Kis K. Developing and implementing a protocol for patient handover in the chronic hospital ward of BIR-BIK. 44th NEVES Patient Safety Forum, 2018. [Műszakok közötti betegátadási protokoll kidolgozása és bevezetése a BIR-BIK (Beteg-látó Irgalmasrend Budai Irgalmasrendi Kórháza) krónikus osztályán. 44. NEVES (NEM Várt Események) Betegbiztonsági Fórum, 2018.] Available from: http://info.nevesforum.hu/wp-content/uploads/2018/04/Arapovicsné_handover.pdf [accessed: June 20, 2019]. [Hungarian]

(Lám Judit dr.,
Budapest, Kútvölgyi út 2., 1125
e-mail: lam@emk.sote.hu)