

Gerincszöveg

Lantos Zoltán: Közösségi egészségélmény modell 2016

Budapesti Corvinus Egyetem

# Közösségi egészségélmény modell

Egészségcélú együttműködések rendszerén alapuló  
szolgáltatásfejlesztés a gyakorlatban

Doktori értekezés

Témavezető: Dr. Simon Judit CSc

Dr. Lantos Zoltán Tibor

Budapest 2016

Dr. Lantos Zoltán Tibor

## Közösségi egészségélmény modell

Egészségcélú együttműködések rendszerén alapuló  
szolgáltatásfejlesztés a gyakorlatban

Marketing és Média Intézet  
Marketingkutatás és Fogyasztói Magatartás Tanszék

Dr. Simon Judit CSc

© Dr. Lantos Zoltán Tibor 2016

Budapesti Corvinus Egyetem  
Gazdálkodástani Doktori Iskola

## Közösségi egészségélmény modell

Egészségcélú együttműködések rendszerén alapuló  
szolgáltatásfejlesztés a gyakorlatban

Doktori értekezés

Dr. Lantos Zoltán Tibor

Budapest 2016

## Tartalomjegyzék

Ábrajegyzék .....	7
Táblázatok jegyzéke.....	9
I. Bevezetés .....	10
II. Marketingparadigma változása.....	12
II.1. Kooperatív társadalom.....	12
II.2. Egyénközpontúság.....	14
II.3. Vevőélmény.....	15
II.4. Kokreáció .....	16
III. Az egészség-ökoszisztéma .....	20
IV. Az egészségérték megteremtésének értéklánc modellje .....	26
IV.1. Orvosi koncepció .....	26
IV.2. A gyakorlati megvalósítás gátjai.....	27
IV.3. Egyénközpontú és folyamatelvű egészségügyi szolgáltatás modellje .....	28
IV.4. Az egészséggondozási értéklánc .....	32
V. Orvos-beteg kommunikáció fejlesztése .....	36
VI. A páciens együttműködése .....	38
VII. Fenntartható egészségügy .....	45
VIII. Hipotézisek.....	49
IX. Kutatási program.....	50
X. Megvalósítási modell kidolgozása .....	53
X.1. Állapotspecifikus tranzakcióelemzés .....	53
X.2. Tevékenységláncok leírása.....	53
X.3. Kompetenciamátrix .....	64
X.4. Egyéni egészségtanácsadás .....	71
X.5. Egyéni egészségtervezés .....	84
X.5.1. Egyéni egészségtervezés célja és felépítése .....	86
X.5.2. A páciens lelki támogatási modul leírása .....	91
X.5.3. A szociális támogatás modul leírása .....	94
X.5.4. A rendszeres fizikai aktivitás algoritmusának leírása .....	96
X.5.5. Az egészséges táplálkozás algoritmusának leírása.....	98
X.5.6. Az eHealth támogatás algoritmusának leírása.....	99

X.5.7. A gyógyszeres terápiahűség megvalósulását támogató modul .....	101
X.6. Praxisközösségek, a lakóhelyközeli szolgáltatások integrációja.....	105
X.7. Közösségi egészségszolgáltatások .....	107
X.7.1. Lakóhelyközeli egészségszolgáltatások rendszere .....	107
X.7.2. A lakóhelyközeli egészségszolgáltatások strukturális felépítése .....	114
X.7.3. Országos szintű egészségszolgáltatás.....	118
X.7.4. A lakóhelyközeli egészségszolgáltatás fejlesztése .....	121
X.7.4.1. A közösségi egészségszolgáltatás szintjén nyújtott szolgáltatások bővítése.....	121
X.7.4.2. A közösségi egészségszolgáltatás minőségének fejlesztése.....	122
X.7.4.3. A szolgáltatások koordinációjának fejlesztése .....	123
X.8. A közösségi egészségszolgáltatás helyi irányítása.....	123
XI. Az egészségérték-teremtés élményalapú közösségi modellje.....	127
XII. Kísérlet.....	134
XII.1. A modell teljes megvalósítási tesztkísérlete .....	134
XII.2. Csontritkulás téma és eredményei .....	135
XII.2.1. A közösségi egészségérték modell tesztjének módszertana .....	135
XII.2.2. Minta és időtartam .....	136
XII.2.3. Kísérlet folyamata.....	137
XII.2.4. Eredmények .....	138
XII.2.5. Értékelés .....	141
XII.2.6. Hipotézisvizsgálat.....	143
XII.2.7. Hatásbecslés.....	146
XIII. Diskusszió.....	150
XIV. Összefoglalás .....	158
XV. Irodalom .....	160
XVI. A szerző témában megjelent publikációi .....	170
XVII. Függelék .....	173

## Ábrajegyzék

1. ábra. Értékteremtés a teljes kokreációs értékteremtési térben Grönroos nyomán [Grönroos2014].
2. ábra. Ügyfélérték kokreációjának megvalósítási típusai McColl-Kennedy nyomán [McColl-Kennedy2012].
3. ábra. Az egészséggondozási értéklánc egy integrált egészségügyi szolgáltatási egység számára Porter nyomán [Porter2006].
4. ábra: A páciensközpontú egészségügy modellje Lantos és Csépe nyomán.
5. ábra: Egészségügyi kompetenciahalmazok.
6. ábra: A medikális kompetenciacsoport és annak kompetenciaelemei.
7. ábra: A pszichés-mentális kompetenciacsoport és annak kompetenciaelemei.
8. ábra: A szupportív kompetenciacsoport és annak kompetenciaelemei.
9. ábra: Az Infrastruktúra, eszközök és berendezések kompetenciacsoportja és annak szintjei.
10. ábra: A szervezési operatív kompetenciacsoport és annak szintjei.
11. ábra: A háziorvos szerint a bevont egyének miként értékelik az egészségtanácsadóval folytatott munkát.
12. ábra: A házi orvosok értékelése az egészségtanácsadókról.
13. ábra: Az egészségtanácsadók véleménye az egyének bevonását leginkább támogató tényezőkről.
14. ábra: Az egészségtanácsadók szerint a munkakör végzéséhez feltétlenül szükséges kompetenciák (három lehetséges válasz).
15. ábra: Az egészségtanácsadó hatását befolyásoló tényezők.
16. ábra: Egyéni egészségterv modellje a kokreációs terekkel.
17. ábra: A 10 Alapvető Népegészségügyi Feladat [WHO2011].
18. ábra: A lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások hálózatos rendszerének egyénközpontú leképezése.



19. ábra: A közösségi egészségszolgáltatás helyi irányítási feladatai. Szolyák Tamás közlése.

20. ábra: Az egészségérték-teremtés egyénközpontú közösségi megvalósításának modellje a Service Logic szerint újratervezett egészséggondozási értéklánccal.

21. ábra: Példa a közösségi hálóban megvalósuló tranzakciók hatásának vizsgálatára.

22. ábra: A Shapley-érték számításának eljárása egy medikális egészségérték példával.

23. ábra: A közösségi egészségélmény modell hálózati hatásainak bemutatása a “Ne törj újra” tesztfolyamat példáján.

24. ábra: Az esésrizikó csökkenése a kiindulási és elért rizikóbesorolás szerint

25. ábra: Az esésszám csökkenése a kiindulási és elért esésszámok szerint.

## **Táblázatok jegyzéke**

1. táblázat: Az egészséggondozási értékláncnak megfelelő tevékenységláncok alfolyamatainak meghatározása.
2. táblázat: Az egészséggondozási értékláncnak megfelelő tevékenységláncok alfolyamataihoz tartozó részfolyamatok listája.
3. táblázat: Egy tevékenységelem leírásához szükséges információk köre és tartalma.
4. táblázat: Pácienskompetencia csoportok és indikátorok meghatározása.
5. táblázat: Az egészségtanácsadó feladatainak összefoglalása.
6. táblázat: A tesztben résztvevő közösségi egészségszolgáltatási irodák és a hozzátartozó járások, illetve kerületek.
7. táblázat: A kísérletbeli közösségek által elért törődési szintek az historikus OEP adatok alapján meghatározott törődési szintek szerint beazonosítva.
8. táblázat: A kísérletben elért átlagos törődési szint mellett várható együttműködési arány populációs szintre vetítve.

## I. Bevezetés

A világgazdasági és társadalmi trendek elemzői szerint az elkövetkező évtizedekben a teljes és fenntartható egészség iránti igény lesz az innováció egyik hajtóereje, valamint a gazdasági fejlődés meghatározó motorjává az egészséggazdaság válik [Nefiodow2006]. Ebben a folyamatban az egészségügyi szolgáltatások rendszere is átalakul, alkalmazkodva környezetének változásaihoz. Egyrészt a technológia annak központi szerepe helyett egyre inkább a páciensközpontúság kiszolgáló elemévé válik, másrészt felértékelődik a kezelések gyakorlati életben mutatott költséghatékonysága és eredményessége, mert a forrásszűkösség továbbra is a közszolgáltatási rendszerek jellemzője marad.

Az utóbbi években megerősödött globális tendenciák szerint az egészségügyi szolgáltatások megszervezése és működtetése során a beteg, illetve a szolgáltatást igénybe vevő ügyfél került a középpontba. Hagyományosan az egészségügy egyirányú folyamatként tekintett a gyógyításra, saját magára vállalva minden felelősséget és a gyógyítás tárgyának kezelve a beteget. Az orvosok jellemzően 'egyéni hősként' [Gawande2010] látták el a pácienseiket az éppen aktuális intervencióra összpontosítva. Az új egészségügyben mindez eltolódik az interaktív kapcsolat és a közös felelősség irányába, ahol a páciens mint ügyfél együttműködése, magatartása és saját döntése felértékelődik. Emellett az orvosok egyéni felelőssége helyett egyre nagyobb szerepet kapnak a terápiás és az azon túlmutató egészségcélú együttműködések, egyrészt a különböző szakmákban járatos orvosok és egészségügyi szakemberek között, másrészt a szolgáltatásban közreműködő partnerekkel, a szociális rendszer szereplőivel, valamint a civil szervezetekkel.

A szemléletváltás azt is jelenti, hogy a sikeres gyógykezelés eredményessége nem csupán a gyógyítási folyamatok korszerűségén és megfelelőségén múlik, hanem a terápiát nyújtó szakemberek mellett a páciens aktív részvételét, felelősségvállalását is igényli. Különösen igaz ez a megelőzésre jellemző és a rehabilitációt követő egészségfenntartás területén. A páciensek önmenedzsmentjük fokozása, motivációjuk növelése és folyamatos aktivitásuk megvalósítása érdekében ma már számos szakmai és technikai segítséghez juthatnak hozzá. Ebben hangsúlyozott szerepet kap az ügyfél páciens személyéhez igazodó módon egyéniesített tájékoztatása, valamint a kezelés során tájékozott beleegyezése és döntése a kezelési, gyógyítási folyamat céljáról, lehetséges kockázatairól, valamint az együttműködéssel elérhető eredményekről.

Rendszerszinten az egészségügyi szolgáltató oldalán érvényesített, beavatkozásokra alapozott kontrollok működtetése egyre kisebb hatékonyságnövekedést képes eredményezni, a rendszerben mára már egyetlen szereplő maradt, aki a költséghatékony gyógyítás és gyógyulás meghatározó elemévé vált, maga a szolgáltatás haszonélvezője, a beteg, illetve páciens. Különböző vizsgálatok, tanulmányok mutatják, hogy a gyógyítás eredményességében a legnagyobb tartalékok az ő összehangolt kiszolgálásában és támogatásában, valamint együttműködésében vannak. [Vermeire2001]

Az egyes szeparáltan, pontszerűen kezelt intervencióknak a páciens érdekében történő összehangolása területén óriási hiányosságok mutatkoznak, és a hatékonyságjavításnak ez az egyik kiemelt célpontja. A beavatkozások szinte független egymásutániséga, illetve egymásmellettisége helyett egymással pontosan összehangolva jóval nagyobb értéket tudnak megvalósítani. Másrészt a páciensek életmódjában, viselkedésváltozásában, az orvosi és gyógyszeresedési javaslatok követésének pontosságában is jelentős hiányosságok mutatkoznak, amelyek a kezelési eljárások eredményességét rendkívül kiszámíthatatlanná teszik.

A gyógyító szolgáltatások történetét és fejlődését azok változási irányai szerint vizsgálva összegzőként kiemelhetjük, hogy

- a hatásosság-elvű megközelítés helyét az elmúlt fél évszázadban egyre inkább a hatékonyságra való törekvés veszi át, ami
- új – ennek megfelelő, szabályozottabb – magatartást követel meg a szolgáltatóktól, és
- legújabb elvárásként megköveteli a páciens részvételét a terápiában, emellett
- az egyéni, alárendelt beosztottak által művelt gyógyítást a csoportmunkán, illetve horizontális együttműködésen is alapuló egészségszolgáltatás váltja fel.

Mindezek alapján fogalmazódott meg, hogy a jelen és a jövő egészségügyében felértékelődnek az együttműködések, melyeknek három fő területe:

- a szolgáltató szakemberek egymás közötti együttműködése,
- a szolgáltató szakemberek és a páciens ügyfelek együttműködése, valamint
- a páciensek egymás közötti tapasztalatcseréje, hálózatos együttműködése.

## **II. Marketingparadigma változása**

### **II.1. Kooperatív társadalom**

Társadalmunk átalakulása egyre erőteljesebben érezteti hatását a mindennapokban. A versengő kapitalizmus helyett az együttműködő kapitalizmus megoldásai jelennek meg életünk mind több szegmensében [Smith2003]. A sokat támadott és nagyon sokak által használt Uber és Airbnb két olyan példa, ami ennek a fejlődésnek a része. Ma még kevésbé ismert a Yummberr nevű magyar fejlesztésű közösségi platform (yummberr.net), amely az otthon elkészített ételek közösségi megosztását támogatja. Az uzsonnát vagy ebédet már nem csak az osztálytársakkal és kollégákkal oszthatjuk meg, akár egy egész háztömbbel vagy lakónegyeddel is.

A legfontosabb változás, hogy a ma már fenntarthatatlannak látszó fogyasztásközpontúság [Worldwatch10] helyett fokozatosan az értékközpontúság kerül előtérbe, annak számos vonzatával együtt. Évtizedeken keresztül a fogyasztás fokozása érdekében a piaci szereplők a versenyközpontú berendezkedésben elsősorban agresszív kizorító politikát folytattak, amely helyett a világ számos pontján ma már egyre inkább együttműködő megoldások kialakítására törekszenek. A versengő vállalatok, piaci szereplők az értékteremtésükben nagyon sok hasonló vagy ugyanolyan folyamatot is működtetnek, ezért egyre inkább egymás felé fordulnak, és keresik az együttműködés jogilag megengedett formáit. Az erre a fajta kettős piaci viselkedésre született a „coopetition” kifejezés [Brandenburger1996]. Az együttműködő társadalom másik kiemelten fontos megközelítése a hibrid üzleti modell, amelyben a profitorientált vállalatok és a civil szerveződések értékalapú együttműködése fejlődik [Drayton2010]. Ennek legnagyobb előnye, hogy a korábbinál jóval több ember számára tudják hozzáférhetővé tenni az értékteremtő javakat, jelentősen növelve az össztársadalmi értéket. Az egyéni érdekek helyett a közösségi érdekek kerülnek mindezzel előtérbe, aminek következtében a mindent felülíró szűk körű gazdasági jólét helyett az egészséget és a természettel való harmóniát előtérbe helyező megoldások egyre nagyobb teret nyernek.

Az agresszív kizorításos versenykörnyezetben a társadalom és annak hatalmi szerkezete egyre inkább rendszerközpontúvá vált, és a racionális, legtöbbször technokrata eredményközpontúság gépezete akár teljes mértékben háttérbe szorította az embert. Sokszor az emberséget is. Az egyre erősödő együttműködő társadalom fő

vezérelve a merev rendszerközpontú megoldások helyett a közösségi értékteremtés, amelyben az ember van a középpontban. Mindennek az internet és különösen a mobil internet adott technológiai platformot és teremtette meg a széles körű közösségi együttműködés lehetőségeit.

A gazdasági berendezkedés fókuszja ma a személyes élmény, amely a közösségek szintjén a kapcsolatok révén valósul meg, a korábbi korokra jellemző termelés, majd a szolgáltatások időszaka után [Pine2011]. Ez az értékek cseréjéről alkotott gondolkodásunkat is alapvetően változtatta meg. Philip Kotler arra hívja fel a figyelmet Achrollal együtt [Achrol2012], hogy az új társadalmi berendezkedésben teljesen másképp kell gondolkodnunk a marketingről, azaz az értékek cseréjéről. Az egyén szintjén az élmény (experience) a csere célja, a közösségek szintjén a kapcsolatok (relationship) válnak meghatározóvá és a csere fő mozgatórugójává, míg a globalizálódó társadalom legnagyobb feladata az egyéni és közösségi felelősség szempontjainak meghatározása az új társadalmi keretek között (responsibility). Ez utóbbi erősödő elvárás fényében érhetővé válik számos, a kizorító versenygyakorlatot képviselő nagy szervezet és márka trendszerű hitelességválsága [Andreopoulos2011]. Az értékek cseréjéről alkotott képünk annak jellemzői szerint is változott az elmúlt évtizedben [Vargo2004]. A Service Dominant Logic szerint:

Specializált képességek és tudások alkalmazása képezi a csere alapegységét.

Az indirekt cserék elfedik a csere alapegységét.

A termékek a szolgáltatások elosztási mechanizmusaként szolgálnak.

A tudás a versenyelőny alapvető forrása.

Minden gazdaság szolgáltatás-gazdaság.

A vevő mindig koprodukció megvalósítója.

Egy vállalat csak értékajánlatot tud tenni.

A szolgáltatásközpontú nézőpont vevőközpontú és kapcsolati szemléletű.

A csere alapegysége a tudás, amely megtestesülhet termékben vagy szolgáltatásban. A gyártók és szolgáltatók az általuk kitalált, megszerzett, fejlesztett, rendszerezett tudást csomagolják be különböző termékekbe és szolgáltatásokba, amelyek az értékcsere közvetítőeszközei. Ebben a logikában könnyebben értelmezhetőek a pénz

nélküli csere terjedő megoldásai is, mint a helyi pénzek (<http://helyikozossegipenz.blogspot.hu>) vagy a pénzhelyettesítő eszközök, pl. a közösségi pótnagymama megoldások, vagy a „mosolyjegy” egy lakóközösség ház körüli szolgáltatásainak cseréjének elősegítésére ([www.szivessegbank.lap.hu](http://www.szivessegbank.lap.hu)).

Fontos szempont a csere és az értékteremtés gyakorlati megvalósítása szempontjából, hogy a gyártók és szolgáltatók csak értékajánlatot tudnak tenni, az értéket az ügyfél teremti meg a termékben vagy szolgáltatásban megjelenített tudás használatával. Például az egészségesnek hirdetett Zepter edény hasznát csak akkor élvezhetem, ha főzök benne. Viszont, ha nehéz elmosogatni, ami miatt alig használom, vagy félttem, mert nagyon drága volt, akkor hiába az ígéret, kihasználatlanul áll a konyhaszekrényben.

A csere mai szemlélete szerint ezért az ahhoz kapcsolódó értékteremtés mindig koprodukció eredményeként tud megvalósulni, és egy ügyfél akár többféle terméket és szolgáltatást igénybe vesz az értékteremtő használat során. Így összességében a cserében résztvevő felek közötti kapcsolat fontosabbá válik, mint maga a tranzakció. A márkahűség és az ügyfél-elégedettség alapja a személyes élmény és főleg az azt támogató kapcsolat. Kereskedelmi kutatásokból tudjuk például, hogy a bevásárlások során a boltválasztásban kiemelt szempont, hogy a számunkra és családjunknak fontos csemegét vagy önjutalmazó falatot hol kapjuk meg kényelmesen, míg a heti étkezések több más hozzávalóját számos más üzletben vásároljuk meg a havonta átlagosan felkeresett nyolcféle élelmiszerbolt közül [GfK2008].

## **II.2. Egyénközpontúság**

Az ügyfelek és potenciális ügyfelek informáltsága az interneten megvalósuló interakciók rohamos növekedésével jelentősen megnőtt és temékek, szolgáltatások esetében egyre inkább függetlenedtek a vállalati kommunikációtól. A vállalatok befolyásoló ereje, különösen a termékükről szóló gondolkodás irányításában egyre csökkent. Márészt a közösségi média személyességéhez képest a vállalatok tömegkommunikációs eszközökre tervezett szervezeti kommunikációja egyre inkább személytelenné vált. Mindez hozzájárult az előző pontban említett vállalati hitelességválsághoz, és arra hívta fel a figyelmet, hogy a szervezeteknek a sikerességük érdekében meg kell változtatniuk kapcsolatukat ügyfeleikkel. A termékeik erőteljes promóciója – „push” – helyett egyre inkább a hosszú távú

ügylkapcsolatok kialakítására kell törekedniük. A marketing hangsúlyait jelentős mértékben meg kell változtani, újra kell gondolni [Rust2010]. Marketing helyett üglfelekről érdemes beszélni, akár az elnevezésben is érvényesítve, marketing osztály helyett üglfélkapcsolati vagy üglfélosztályként tekinteni rá. Ezzel a szervezet működésébe az üglfél valóban mint egyén kerül a középpontba, és nem a sokszor absztrakt marketingtevékenység alanyaként, aki a saját termékeken keresztül jelenik meg. Mindezt új szervezetek esetében sokkal könnyebb megvalósítani, mivel a teljes szervezeti struktúrát és valamennyi belső folyamatot érintő „fordított” logikát kell megvalósítani. Szervezeti változtatásmenedzsmenttel ez lassú és hosszadalmas folyamat, számos kockázattal és buktatóval, ami miatt a gyakorlatban még kevésbé tudott mevalósulni ez a szemlélet. A vállalati marketinggyakorlat egyénközponúságának hiányosságaira jellemző az a példa, ahogy a közösségi médiát kezelik a legnagyobb vállalatok is márkáik esetében [Holt2016]. Saját jól ismert és eddig eredményes gyakorlatuknak megfelelően inkább „push” típusú és alapvetően kontrollálni kívánt kommunikációt folytatnak, míg az egyénközponú tájékozódás sokszínű és a tapasztalatokra, élményekre épül. A vállalatoknak a kommunikáció átalakításához hasonlóan újra kell gondolniuk és át kell tervezniük kutatás-fejlesztésüket, piackutatásukat, üglfélkezelésüket, támogató informatikai rendszereiket, adatgyűjtéseiket és mérőszámaikat, beleértve a nyereségesség elemzését és értékelését.

### **II.3. Vevőélmény**

A digitális eszközök és tartalmak fejlődése nyomán a vállalatok és a fogyasztók közötti viszony más szempontok szerint is jelentős mértékben megváltozott. Az internetes közösségek és tartalmak nyomán rendkívül sokszínűvé és sokfélévé vált a vevőket elérő impulzusok köre, amelyek jelentős részét a vállalatok nem vagy alig tudják befolyásolni. Míg korábban a vállalatok kontrollálták a vevőkapcsolatokat, és ezzel együtt a márkákat és az értékteremtés formáit, a digitális kor egyik meghatározó változásaként a fogyasztók veszik át a kapcsolatokat, különösen a márkák feletti kontrollt, ami jelentősen befolyásolja a vállalatok kommunikációs és kapcsolatépítési lehetőségeit, valamint márkáik értékének fejlesztését. A közösségi média felerősíti a személyes tapasztalatok és élmények jelentőségét. Minden korábbinál több vevő élménye jelenik meg nagyon széles körben, amelyek egymással vannak interakcióban,



az élmény tárgyát képező termék gyártójának, szolgáltatás előállítójának hozzájárulása nélkül.

A gazdaság fókusza is átalakult, az élménygazdaság [Pine1999] világában az értékteremtés elsősorban az élmények megélésén keresztül valósul meg. Egy termék esetében az ahhoz fűződő élmények sorozatának meghatározó eredménye a márkához és a vállalatához fűződő kapcsolat, amely alapvetően határozza meg a márkák és vállalatok értékét. Ebben az összefüggésben a kapcsolatot tekinthetjük az aktuális értékteremtő viszony jellemzőjének a Customer – Brand Relationship elmélet szerint [Fournier2012], míg az odavezető utat az élmények sorozatának impulzusai határozzák meg. Ezt a vevőút – Customer Journey írja le [Rawson, 2013].

A márkák értékének növelése érdekében a vevőélmények egységes menedzsmentjének szükségessége merül fel, a vevőélmények márkázása, amely az összes csatornán megjelenő vevőt érő impulzust megkülönbözteti a márkára jellemző központi értékajánlat szerint [Smith2002].

A vevőút és a vevőélmények komplexitásának növekedésével a vállalatoknak a korábbi kommunikációtól eltérően az élménypontok designjával kell foglalkoznia, és ezen tevékenységen belül az integrált kommunikációval és csatorna-menedzsmenttel. A vevőkapcsolatok és ehhez kapcsolódóan a vevőélmények menedzselése a szükséges marketingeszközök körét is bővíti, elsősorban a digitális technológia egyre bővülő eszköztárával, másrészt az online és offline interakciók együttes innovációjával. Mindehhez a marketingkutatás eszköztára is jelentősen bővült, melyekre néhány példa az etnográfia, vevőélmény térképezés, élménypont elemzés, értékkészlet felmérés, kulcsélmény feltárása.

A termékek konzisztens vevőélményének megvalósítása a vevőút designján kívül az ezt megvalósító szervezet kialakítását is igényli a végrehajtó csapat létrehozásával együtt. Ez a megközelítés jelenik meg a szervezeteken belül megjelenő vevőélmény (Customer Experience) csapatok kialakításával, amelyek az úgy nevezett multichannel marketing eszközrendszerével dolgozva a vevőélmények folyamatát menedzselik.

## **II.4. Kokreáció**

Mivel a vállalatok jellemzően már nem tudják kontrollálni a teljes vevőutat és a termékükhöz kapcsolódó vevőélmények jó részét, más típusú együttműködésre van

szükségük. Kapcsolódni tudnak az egyén által megvalósított tranzakciók sorához, a tranzakciós hálóhoz, ezáltal az ügyfélhez. Az értékteremtésben egyenrangú felekké válnak, kokreációt megvalósítva [Grönroos2014].

Grönroos és Gummerus publikációja részletesen bemutatja a mindennek megfelelő új szolgáltatási logikát – Service Logic.

Az ügyfél vagy bármely használó használatbeli érték formájában hozza létre az értéket, egy úgy nevezett értékteremtési térben, amely közel van a szolgáltatóhoz. A használatbeli érték új források és a meglévő források integrációja nyomán jelenik meg vagy alkotják meg az aktuálisan birtokolt tudás és készségek alkalmazásával.

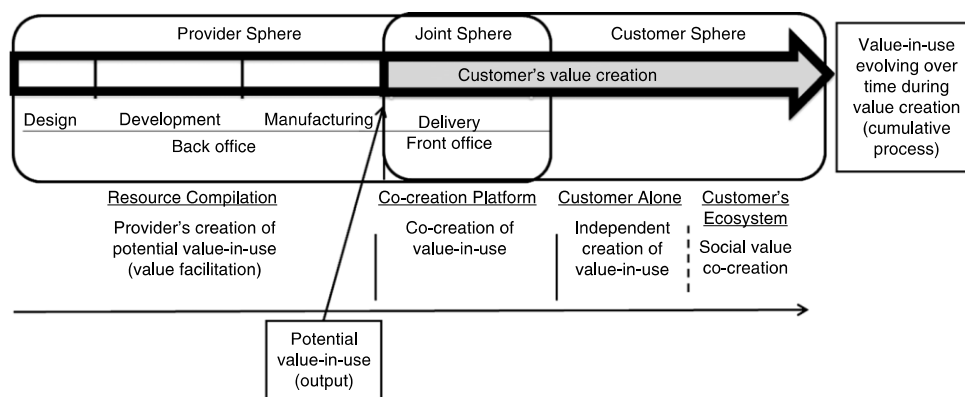
Az érték kumulatív folyamat eredményeként születik meg az ügyfél értékteremtési folyamata révén, vagy esetenként ebben a folyamatban értékrombolás megy végbe.

Az értéket egyedi, tapasztalati és szituatív módon mindig az ügyfél észleli és határozza meg.

A vállalatok szolgáltatóként alapvetően az értékteremtés előmozdítói az ügyfél körülötti értékteremtési térben, olyan módon, hogy potenciális használatbeli értékeket fejlesztenek és nyújtanak az ügyfeleknek és nem ügyfeleknek.

Amennyiben a kokreációs platform már létezik vagy létrehozható az értékteremtési folyamat szereplőinek direkt interakciói révén, a szolgáltató be tud vonódni a fogyasztók értékteremtésébe, és megjelenik a szereplők közötti kokreáció lehetősége.

Az ügyfelek és egyének saját ökoszisztémájában kokreációs közösségi értékteremtő aktivitások valósulhatnak meg, amelyek befolyásolják az egyedi értékteremtő folyamatokat.



1. ábra. Értékteremtés a teljes kokreációs értékteremtési térben Grönroos nyomán [Grönroos2014].

A kokreációs megközelítés tovább pontosítja a szervezetek és a szervezeti marketing szerepét.

A szolgáltatás a források felhasználásának olyan módja, amely által támogatja az ügyfelek mindennapos fizikai, mentális, virtuális és tulajdonosi gyakorlatát, és ezáltal elősegíti az értékteremtést.

A marketing célja, hogy a szolgáltatót bevonja az ügyfelek ügyfélútjába lehetővé téve a szereplők közötti kölcsönös értékteremtést, ahol a szolgáltatás az elősegítő.

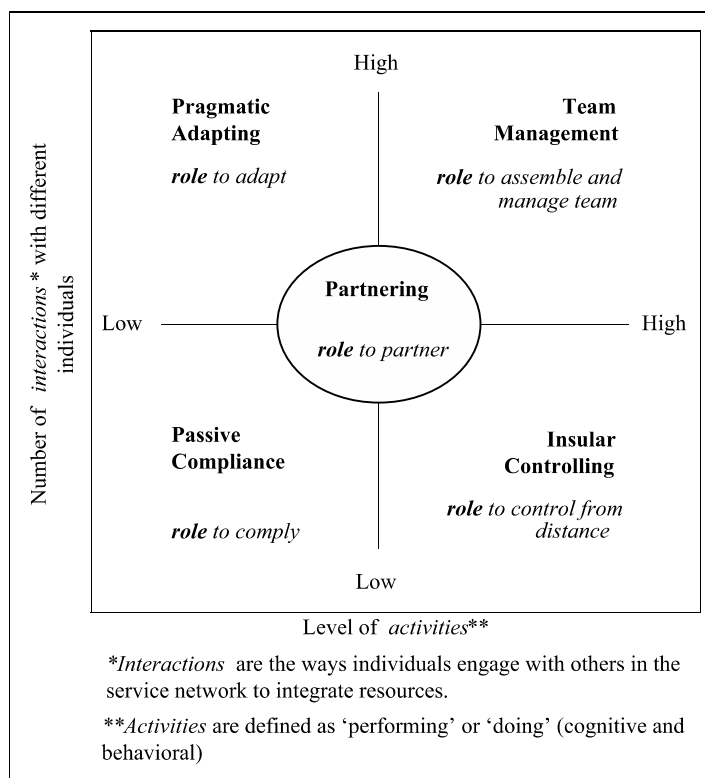
Szolgáltatóként a vállalatok nem korlátozzák tevékenységüket értékajánlatok adására ígéretekkel.

A direkt interakciókkal és a kokreációs platform használatával a vállalatoknak szolgáltatóként lehetőségük van ügyfeleikkel együtt részt venni az értékteremtésben. Az interaktív marketing révén aktívan és direkt módon tudják befolyásolni az érték létrehozását és ezáltal az ígért betartását, valamint hozzá tudnak járulni az ügyfélkapcsolatok kialakításához és ápolásához.

A kokreáció hasznossága és eredményessége több szempont szerint is igazolt. Az ügyfelek szempontjából vizsgálva a kokreáció hasznosságát szépségápolási és testápolási szolgáltatások esetében, kimutatásra került, hogy az ügyfelek aktív részvétele a szolgáltatás értékteremtési folyamatában pozitív korrelációt mutatott az ügyfélélegedettséggel [Vega-Vazquez2013].

Egészségügyi környezetben az ügyfelek bevonása a terápiájukkal kapcsolatos döntésekbe ugyancsak kedvező hatásokkal bír. Az adott döntési helyzetre specifikus érzelmeik javítása növelte részvételüket a döntési folyamatban, és a pozitívabb érzelmeik, valamint a nagyobb részvételi intenzitás növelte az általuk észlelt szolgáltatói minőséget és az elégedettséget a kokreációban megvalósult szolgáltatással [Gallan2013].

Egészségügyi ügyfelek kokreációs gyakorlatának vizsgálata öt tipikus viselkedésmintát írt le. Két olyat, amely magasabb aktivitási szinttel, erősebb önmenedzsmenttel és jobb életminőségi mutatókkal jár, a „csoportmenedzsment” és az „elszigetelődött irányítás”, valamint két olyat, amely alacsonyabb aktivitással és rosszabb életminőségi mutatókkal jellemezhető, a „pragmatikus alkalmazkodás” és a „passzív megfelelés”, és ezenkívül az ötödik közepes aktivitással a „partnerség” csoportja. [McColl-Kennedy2012].



2. ábra. Ügyfélérték kokreációjának megvalósítási típusai McColl-Kennedy nyomán [McColl-Kennedy2012].

### III. Az egészség-ökoszisztéma

Trendkutatások és makrogazdasági elemzések szerint az egészség megteremtése és kiszolgálása az új évezred első évszázadának gazdasági motorja [Nefiodow2006, Congressional Budget Office2007]. A nemzetközi és hazai vizsgálatok, elemzések szerint egyre több figyelmet fordítunk az egészségünkre [GfK Roper2011], egyre többet teszünk érte [Lantos2011] és a költséink egyre nagyobb része az egészségünkhöz kapcsolódik [McKinsey2012]. Mindez egy átfogó társadalmi átalakulás részeként megy végbe, ami az egészségügy szempontjából úgy jelenik meg, hogy betegközpontúvá [Epstein2010] és még inkább emberközpontúvá kell, válnia [Christopherson2010]. Amennyiben az embert helyezzük a középpontba és az ő egészségéhez kapcsolódó értékteremtését, valamint ennek gazdasági környezetét, a folyamatok leírására és megértésére a Service Dominant Logic [Vargo2004] jó vizsgálati és elemzési keretrendszert biztosít számunkra. Az egészség ökoszisztémájának megértéséhez és újrafogalmazásához ez a logika jó szolgálatot tesz.

Az egészség témájában különösen igaz, hogy a gyártók és szolgáltatók az általuk kitalált, megszerzett, fejlesztett, rendszerezett tudást csomagolják be különböző termékekbe és szolgáltatásokba, amelyek az értékcseré közvetítőeszközei. Sok esetben ez a specializált tudás az, ami jelentős belépési korlátot jelent minden új belépő számára.

A Service Logic [Grönroos2014] szerint, az egyének oldaláról vizsgálva az egészségcélú cseréket, elmondhatjuk, hogy az egészségük érdekében különböző specializált képességeket és tudásokat vesznek igénybe számos, egymástól akár független alpiacról [GfK2011 és GfK2012a], saját értékteremtési területet kialakítva. Trendkutatásokból tudjuk [GfK Roper2011], hogy az egészség tartós megélése érdekében folyamatos erőfeszítéseket kell tennünk. Ennek támogatására sokféle „tudással” kerülünk kapcsolatba, amik egy részét igénybe is vesszük. Minden olyan tudás – termék és szolgáltatás, ami támogatja a személyes egészségélmény érdekében tett erőfeszítést, érdemes a cserére, és ugyanakkor mindent elkerül az egyén, ami nem támogatja, sőt éppen növeli az erőfeszítéseit.

Az egészségügy szervezeti működésének indirekt cseréi jelentős mértékben háttérbe szorítják az egészségcélú alapcseréket. A rendszer szereplői ennek hatására a

rendszeren kívüli egészségcélú cseréket legnagyobb részben nem látják, nem vesznek róluk tudomást [GfK2011 és GfK2012a]. Emellett a szervezeten belül az egyes egységek a más szervezeti egységekben megvalósuló cserékről sem vesznek tudomást a legtöbb esetben [Glouberman2001a és b].

Az egyének ennek következtében az egészségügyi rendszert gépezetként észlelik, amelyben elvész az ember, sőt embertelenné válik.

Egészség témában a bizonyítottan hatásos termékek jelentős tudás, legtöbb esetben komoly kutatási programok eredményeként megszerzett ismeret birtokában készülnek. Emellett a használatukhoz is jelentős ismeretre és tapasztalatra van szükség.

A tudás versenyelőnyt biztosító forrása egyrészt a tudományos vizsgálatok eredményei, másrészt a mindennapi gyakorlatban szerzett tapasztalatok és ismeretek. A korábban úgy nevezett tényeken alapuló orvoslás klinikai vizsgálatokon alapuló versenyelőnye helyébe egyre inkább a mindennapi gyakorlatban szerzett ismeretek lépnek. Ennek technológiai alapját teremti meg a hordható és otthon használható eszközök köre, valamint a mindennapos adatgyűjtést elemzését támogató adatelemzési módszerek. Emellett a közösségi média széles körű lehetőséget biztosít az ügyfelek egyéni tapasztalatának megosztásához, ami a tudástranszfer egyre jelentősebb formája.

Az egészséggazdaság területén az igénybe vett tudásokra és képességekre különösen igaz, hogy bonyolultságuk és összetettségük révén a szolgáltatásokra jellemző formában hasznosulnak. Az elmúlt években elkezdődött egészségtechnológiai fejlődés a specializált tudás új formáit alakítja ki, egyre szélesebb szolgáltatásspektrumot nyújtva.

Egészséget csak az egyén tud létrehozni, aminek következménye, hogy a részvétele nélkül nem tud hasznosulni az egészségszolgáltatás. A koprodukció jellemzője, hogy egy vevő sokszor többféle terméket és szolgáltatást igénybe vesz az értékteremtő használat során. Így összességében a cserében résztvevő felek közötti kapcsolat fontosabbá válik, mint maga a tranzakció. A márkahűség és az ügyfélelégedettség alapja a személyes élmény és főleg az azt támogató kapcsolat.

Az egészségszolgáltatás annak bármilyen formájában az egészségérték létrehozásának lehetőséget nyújtja, a létrehozáshoz szükség van az ügyfélre is. Az értéket az ügyfél teremti meg a termékben vagy szolgáltatásban megjelenített tudás használatával. Gyakran említett egyszerű példa minderre a gyógyszerek kapcsán, hogy csak az a gyógyszer hat, amit a beteg beszed.

Az egészségügy ellátásközpontúsága helyébe lépő szolgáltatásközpontúság szakmai bizonyítékok szerint megvalósítva egyénközpontúvá válik, aminek következtében megvalósítja az ügyfélközpontúság jellemzőit, és hangsúlyt helyez a személyes kapcsolatokra.

Abban az emberközpontú társadalomban, amelyben az élmények és a kapcsolatok az értékteremtés letéteményesei, az egészség is másképp jelenik meg számunkra.

Az egészség elsősorban az egészségélmény, speciális esetben a gyógyulási élmény személyes megélése révén válik személyes értékke [Lantos2006]. Azáltal, hogy társadalmunkra az egyéni értékek szintjén a megélt élmények váltak meghatározóvá, az egészség sokkal inkább a személyesen megélt jól-léttel – egészségélménnyel – azonosítható, mint kiválasztott humán szervezeti funkciók meghatározott mérőszámok szerint működésével.

Az egészség, mint érték nem „van” [Joe2014], hanem folyamatosan meg kell teremtenie az egyénnek. Az egészség emberi tevékenység eredménye, amihez állandó energiára van szükség, és ennek kell, hogy legyen állandó forrása. A két legfontosabb „egészségenergia-forrás” az erős szociális háló [Reblin2008] és a belső erőt adó spiritualitás, a hit [Puchalski2001].

Joggal mondhatjuk, hogy az egészség közösségi tevékenység eredménye. Egyrészt azért, mert a közösség által létrehozott tudás mindig nagyobb lehet, mint az egyéné, másrészt a közösség egészséget támogató ereje miatt.

Az egészség valamilyen szintű folyamatos, mindennapos megteremtése érdekében a társadalom minden tagja igénybe vesz különböző szintű, tartalmú és mennyiségű tudást, illetve kompetenciát, termékek és szolgáltatások formájában. Ez a cserék összessége révén kialakít egy egészség-ökoszisztémát, amelynek eleme minden egészséget támogató tudás és kompetencia a termékek és szolgáltatások formájában, valamint ezek cseréjének teljes hálójá a cserében résztvevőkkel együtt.

A társadalom és az egészség-ökoszisztéma tagjainak egyéni és közös felelőssége, hogy ezt együtt minél inkább úgy működtessék, hogy az egyre nagyobb jelentőséggel bíró egészségérték fejlődjön.

Az általános marketing, azaz értékcsere logikát követve egy termék vagy szolgáltatás lehetőséget nyújt az egyénnek arra, hogy a csere nyomán megvalósuló használat révén

egészséget teremtsen. A csere alapja itt is a tudás és a kompetencia, aminek hasznosulási módja az „egészség-koprodukció”, az ágazati források szóhasználata szerint egészség-kokreáció [The Health Foundation2008]. Az egészségügyi szolgáltatások és a hagyományos szervezeti felépítésben működő egészségügyi ellátórendszer is az ügyfél páciens közreműködésével tudja megteremteni az egészségértéket.

Betegek körében végzett kutatásokból tudjuk [GfK Roper2008], [GfK Healthcare2011], hogy az egészség megteremtése, az egészség-kokreáció során számos megoldást igénybe vesznek, nagyon széles körből választva azokat a kompetenciákat, amelyek a gyógyulási és/vagy egészségélményhez hozzájárulnak. Mindebben rendszerint egyetlen szereplő az egészségügyi ellátás, sokszor nem is a legfontosabb. Amennyiben figyelembe vesszük, hogy az egészségügy mennyire képes egészségélményt nyújtani, és mennyit tud ma tenni a támogató kapcsolat érdekében, akkor megértjük jelentőségének és igénybe vételének fokozatos háttérbe szorulását az egészség-ökoszisztémán belül [GfK Hungária2010-2013], [GfK2011 és 2012a].

A társadalom egészsége és egészségi állapota kiszolgáltatásának egységes vizsgálata és kezelése érdekében érdemes a teljes egészség-ökoszisztémára egyetlen egységként tekintenünk, amely tartalmazza az egységnyi idő, például egy év alatt az egészségérték érdekében megvalósuló cserék teljes mennyiségét. Ebben egy adott típusú csere szerepe az egészségérték megteremtésében jellemezhető ezen cserék összes cseréhez viszonyított arányával, mennyiségben vagy értékben kifejezve. Az általános Share of Wallet – az ügyfelek összes cseréjéből való részesedés [www.businessdictionary.com] analógiájára, ezt egészségrészesedésnek nevezhetjük (Share of Health). Ezt a jellemzőt figyelembe véve az évről évre jelentősen bővülő magyar egészség-ökoszisztémán [GfK2011 és 2012a] belül a magyar állami egészségügy egyre szűkül, csökken az egészségrészesedése [Lantos2011]. Egyre kisebb az egészségértéket célzó cserék értékének aránya a teljes egészségérték-cserék értékéhez képest.

E mögött részben az áll, hogy a magánszolgáltatások igénybe vétele jelentős mértékben nő, különösen a járóbeteg ellátásban, és egyre nő azon emberek száma, akik első választásként már magánszolgáltatóhoz mennek egészségügyi problémával [GfK2011 és 2012a].



Azonban még nagyobb arányban nő a nem egészségügyi szolgáltatások aránya, amelyek jelentős része ellenőrizetlen és kiszámíthatatlan az egészségérték megteremtésének tekintetében. Amiben sokkal jobban teljesítenek, mint az egészségügy, az az egészségélmény ígérete és a személyes kapcsolat kialakítása. Sokkal jobb az ügyfélkezelésük, és jelentős arányban csak az a jobb, mint az egészségügy teljesítménye. Ennek ellenére a teljes e-alap értékének mintegy harmadával megegyező egészségérték-csere valósul meg értékelhetetlen eredményű szolgáltatások és termékek révén, pl. szellemlevétel [GfK2011 és 2012a]. Az e-alap értékének becslések szerint kétszeresét kitevő összes privát kiadású egészségérték-csere legnagyobb része ma összehangolatlan az egészségügyi szolgáltatások értékteremtésével, annak ellenére, hogy a felhasználók leggyakrabban együtt használják.

Összességében megállapíthatjuk, hogy az egészségügyi ellátórendszer egy speciális része a teljes egészség-ökoszisztémának. Jellemzően a betegségek kezelésében játszik szerepet, többnyire figyelmen kívül hagyva a páciensei egyéb egészségérték-cseréit, ami jelentősen rontja az egészség érdekében megvalósuló cserék hatékonyságát, végeredményben a teljes egészség-ökoszisztémánk egészségi állapotra gyakorolt hatását.

Van számos jó példa arra, hogy egy ország miként tudja összehangoltan irányítani az egészség-ökoszisztémáját. Leginkább Ausztrália és Új-Zéland [Wise2000] jár elől ebből a szempontból, emellett Kanadában [Forget2011] és a skandináv országokban [Magnussen2009] fejlesztik szisztematikusan ilyen gondolkodásmódban az egészségügyet.

Az összehangolás – megfelelő szabályozás és integráció– nélkül működő magyar egészség-ökoszisztémában, más hazai területekhez hasonlóan jelentős társadalmi polarizálódás figyelhető meg [GfK2012b]. A lakosság mintegy 40%-a aktív a saját egészségének megteremtésében. Egy részük „egészségben élő”-ként magas egészségműveltséggel rendelkezik és az önmenedzsmentje is igen magas, míg másik részük „trendkövetőként” hasonlóan tudatos és felelősségvállaló. Funkcionálisan elkészíti a saját és adott esetben a családtagok egyfajta egészségtervét, megkeresi és megvásárolja, vagy közösségi funkciók révén igénybe veszi a szükséges egészségkompetenciákat. Monitorozza az állapotát és az egészsége szempontjából is aktív közösségi életet él. Ők az állami egészségügyet, ha csak tehetik, nem veszik

igénybe, kevés gyógyszert szednek, és sokat költenek az egészségükre. McColl-Kennedy 19. oldalon bemutatott kokreációs csoportjai közül a „csoportmenedzsment” és az „elszigetelődött irányítás”, valamint a „partnerség” csoportja felel meg ennek a hazai egészségmagatartási körnek.

A lakosság 60%-a ellenpólusként passzívabb vagy teljesen passzív. Ők egészségrongálóknak is tekinthetők. Egyik részük folyamatosan azt mondogatja magának, hogy „kellene valamit tenni”, azonban a tudását és tájékozottságát jellemzően nem tudja cselekvésre váltani. Erős támogatás, elvárások estén van erre csak esélye. A másik részük teljes „passzív, lemondó”, úgy érzi, nincs hatása a saját egészségére. Sokkal inkább ők jelennek meg az állami egészségügyben és ők szedik a vényköteles gyógyszerek legnagyobb részét. A helyzetet rontja, hogy minél passzívabbak, annál betegebbek. Passzivitásuk miatt azonban az egészségügyi ellátások és a gyógyszerek alig hasznosulnak náluk, mivel az egészség-kokreáció nem valósul meg. Az egészségügyben dolgozók megélt sikertelenségének és sokszor szélmalomharcnak érzett tevékenységének ez is oka. McColl-Kennedy kokreációs csoportjai közül a „pragmatikus alkalmazkodás” és a „passzív megfelelés” feltethető meg ennek a két hazai csoportnak.

## **IV. Az egészségérték megteremtésének értéklánc modellje**

### **IV.1. Orvosi koncepció**

Az egészségügyi szolgáltatások és azok rendszerének folyamatos fejlődésében bő két évtizede jelent meg tanulmányban megfogalmazott formában a betegközpontúság igénye. A Harvard Medical School és a Pickering Institute közös tanulmánykötete [Gerteis1993] az orvostudomány és orvosi technológia központi szerepe helyett a betegközpontú ellátást fogalmazta meg kialakítandó működésmódként, a betegek szempontjai szerinti szolgáltatásszervezés szükségességét írta le. Ennek legfontosabb elemei az alábbi pontokban foglalhatók össze.

- **Képzés és tudásmenedzsment**  
Egyrészt a nagyon gyorsan változó orvosi ismeretanyag gyakorlati követése szükséges ahhoz, hogy a betegek számára a mindig éppen korszerű eljárások közül választhasson az ellátó szakemberek csapata, másrészt a betegek ellátásában résztvevők egymással osszák meg az ismereteket annak érdekében, hogy a beteg a sokrétű és sok elemből összeálló szolgáltatást egységes ellátásként észelve kapja meg.
- **A betegellátó team orvosokból, ápolókból, technikusokból áll.**  
Az orvostudomány fejlődésével jelentős differenciálódás vált szükségessé az egyes szakterületek között, beleértve a nem orvosi szakmákat is, valamint jelentős támogató, kiszolgáló apparátus veszt részt a betegek ellátásában.
- **Mindegyik említett szakember kapcsolatban áll a beteggel és közvetlenül vagy közvetve egymással is.**  
A sokrétű ellátási igényt csak többféle szakember egymás melletti és egymást kiegészítő szolgáltatása tudja megvalósítani.
- **Integrált, együttműködő teamek és az ellátás folyamatának menedzselése.**  
A legjobb kezelési eredmény elérése érdekében a betegek számára nyújtott kezelési cél mentén szervezett, térben, időben és szolgáltatástartalomban összehangolt tevékenységi folyamatot kell megvalósítani.
- **A beteg szükségleteinek és értékválasztásának elismerése.**  
A diagnózis alapján az orvosilag indokolt, kezeléstről szóló döntések mellett a beteg saját igényeit és döntéseit is figyelembe kell venni a végső kezelési terv

kialakítása során. Ez a közös, megállapodáson alapuló döntés biztosítja legnagyobb valószínűséggel az eredményes terápiát.

- A beteg informálása és aktív bevonása a gyógyítás folyamatába.

A kezelés során a beteg aktív részvétele jelentős mértékben segíti a teljes kezelési és gyógyítási folyamatot, ezzel elismerve, hogy a beteg javulása jelentős mértékben a saját aktív tevékenysége.

- Tájékozódás – Döntés – Tanácsadás folyamat támogatása.

A kezelési folyamat megvalósítása során a betegek aktív bevonásának módjára azt javasolják, hogy részletes tájékoztatásban részesüljenek állapotukról, a lehetőségekről és saját szerepükről. Vegyenek részt a terápiás döntésben, és a megvalósítás során folyamatos tanácsadásban részesüljenek saját állapotuk javítása érdekében.

- Az információ szabad áramlása és hozzáférhetősége.

Az eredményes kezelési folyamat támogatásának egyik kulcseleme a betegről és a kezeléséről szóló információk állandó, minden érdekelt számára biztosított elérése. Ez biztosítja minden időpillanatban a kezelés legjobb kimenetelét támogató döntések meghozatalát.

## **IV.2. A gyakorlati megvalósítás gátjai**

A fent leírt, orvosilag elvárt, betegközpontú kezelési működési modell a gyakorlatban csupán sporadikusan és egy-egy elemében tudott megvalósulni, hosszú éveken keresztül nem vált egységes működési modellé. Ennek egyik meghatározó okaként az egészségügyi rendszerek és intézmények mindezzel ellentétes működésmódját nevezhetjük meg. Két, a menedzsment szakirodalomban igen ismert szerző, Mintzberg és Glouberman [Glouberman2001a és b] vezetés-szervezési eszközrendszerrel vizsgálta az egészségügyet és annak intézményeit. Arra jutottak kutatásuk eredményeként, hogy az egészségügyi rendszerekben és az egészségügyi intézményekben négy, egymástól független alrendszer működik:

1. a beavatkozás-központú orvosi tevékenységek alrendszere,
2. az ápolás- és gondozásközpontú ápolói és kiegészítő tevékenységek alrendszere,
3. a kontroll- és megszorításközpontú igazgatási tevékenységek alrendszere és
4. a közösséget képviselő igazgatóságok, képviselők, politikusok alrendszere.

Elemzésük szerint ez a négy alrendszer eltérő célokkal, módszerekkel és eszközökkel dolgozik, ráadásul alig van hatással az egyik a másikra. Ezért írhatók le egymástól független alrendszerekként. Ez a széttöredezettség pontosan ellentéte az előzőekben bemutatott orvosi koncepciónak, és oda vezet, hogy folyamatosan rengeteg hatékonysági tartalék marad a rendszerben. Az egyes alrendszerek és azok tagjai ugyan egymástól függetlenül komoly erőfeszítéseket tesznek saját működési logikájuk szerint az ellátás legmagasabb szintű vagy leghatékonyabb megvalósításáért, de a széttöredezettség miatt végeredményként a betegek elégtelen minőségű, alacsony hatékonyságú szolgáltatásban részesülnek. Emellett a véges és a technológiai lehetőségekhez mérten egyre inkább szűkös források elosztása a betegeknek nyújtott érték szerint vizsgálva véletlenszerűen valósul meg, a forrásokért folyó verseny nem transzparens.

Menedzsmentszempontról egyetlen lehetőséget látnak a szerzők a hatékonyan működő szolgáltatások rendszerének megszervezésére, a nyílt és intenzív kommunikáción, valamint a közös értékrenden, célrendszeren alapuló együttműködések rendszerét.

Annak ellenére, hogy az elmúlt években nagyon sok változás történt az egészségügyi rendszerek és intézmények menedzsmentjében, a tapasztalatok és vizsgálatok szerint a fenti alapvető fragmentáltság nem szűnt meg, sőt bizonyos területeken inkább erősödött [Bohmer2010, Gawande2010, Mate2014]. Az alapvetően széttöredezett szervezeti működés továbbra is fenntartja az alrendszereken belülről nézve láthatatlan hatékonysági tartalékokat, és a rendszer egészét tekintve egyre nagyobb hiányossággént jelentkezik az a tény, hogy mindez a betegek és ügyfelek mint végfelhasználók szempontjából elégtelen minőségű szolgáltatáshoz vezet. Mindennek hatásaként a teljes egészségügyi ellátórendszer megítélése romlik, és az elfogadottsága is egyre csökken, mind a finanszírozói, mind a felhasználói oldalon.

### **IV.3. Egyénközpontú és folyamatelvű egészségügyi szolgáltatás modellje**

Az orvosi koncepciót Michael Porter foglalta olyan modellbe, amely a gazdasági és pénzügyi korlátokat, lehetőségeket is figyelembe venni és kezelni képes keretet biztosít [Porter2006], hazánkban ezt a modellt Simon Judit foglalta össze „Marketing az egészségügyben” című könyvében [Simon2010]. Az 1993-ban publikált orvosi szemléletű, betegközpontú ellátási modellről készült tanulmány ismeretében egy

évtizeden keresztül vizsgálta az egészségügy működését és az újjászervezés lehetőségeit. Porter szerint jelentős változást, a források eredményes felhasználását csak az eredményezheti, ha a forrásokért folyó verseny, a források optimális elosztása az egyes betegségek vagy betegségegyüttesek megelőzése, diagnosztizálása és kezelése szintjén történik. Ez az a szint, ahol valódi érték teremődik vagy semmisül meg, betegségről betegségre és páciensről páciensre. A cél az egészségérték növelése, az értékteremtés a betegségek vagy kórállapotok szintjén, amely a szakértelem fejlesztésével, a műhibák számának csökkentésével, a hatékonyság növelésével és az eredmények javításával érhető el. Tehát a verseny és az erőfeszítések a beteg számára nyújtott értékre összpontosítsanak, ne a technológiailag szakszerű ellátás kivitelezésére vagy a költségcsökkentésre; ezt nevezi Porter „értékalapú” versenynek (value-based competition).

Ahhoz, hogy ez a fajta verseny, illetve forráselosztás megvalósulhasson, az egészségügyi szolgáltatórendszer teljes átalakítására van szükség, éspedig úgy, hogy minden szolgáltató motivált legyen az értéknövelő, egészségértéket előállító stratégia megvalósításában.

Milyen változtatások szükségesek?

- Az eddigi hagyományos struktúra helyett betegségcsoportok, egészségi állapotok („medical condition”) köré kell szervezni az ellátást, illetve szolgáltatást.
- Meg kell határozni a nyújtandó szolgáltatás terjedelmét és típusát.
- Orvosszakmai alapon definiált, integrált praxisegységek alkossák a rendszer szolgáltatási alapegységeit.
- Minden praxisegység saját stratégia mentén szervezze meg a működését.
- Mélni kell a páciensek jellemzőit, a módszerek teljesítménymutatóit és az eredményeket minden integrált praxisegységben.
- A költségek meghatározása és a forráselosztás a gyógyítási és ápolási folyamat egészére történjen („single bill”).
- Az egészségszolgáltatókat a kiválóság, egyediség, eredményesség jellemezze. Ehhez új marketingkonceptió szükséges, amelyben kommunikálni kell az egyediséget, a kiváló színvonalat, az egyes kiemelkedő ellátó teameket, a kezelési lehetőségeket, a diagnózisok megbízhatóságát, a bizonyos betegségcsoportok esetében elért kiváló eredményeket, a gyógyítási folyamat

integráltságát, optimalizáltságát. Az intézmények márkázási politikájának is meg kell változnia, a széles intézményi márkák helyett az egyediségre, a praxisegységek márkázására kell fókuszálni.

- A versenyt nem szabad földrajzi határok közé szorítani, a praxisegységek erősségeikben országos, illetve regionális, országhatárokon átnyúló szinten is versenyezhetnek.

Az egészségügyben is szükség van szolgáltatási stratégiára, amely alapvetően határozza meg az intézmény vagy szervezet céljait, tevékenységét, ügyfélkörét és szolgáltatásminőségét. Egy szolgáltatási stratégia megfogalmazásában az általános kiindulópont azon üzletág vagy üzletágak („business”) meghatározása, amelyekben a szolgáltató versenyezni szeretne. Így kell történnie ennek az egészségügyi szolgáltatások piacán is, annak ellenére, hogy az egészségügyi szolgáltatók ritkán gondolkodnak üzleti szereplőkként, holott ők is egy szolgáltatási piac, az egészséggazdaság szereplői.

A legtöbb iparágban, szolgáltatási szakterületen a stratégia megfogalmazása, a releváns üzletág kiválasztása egyértelmű, magától értetődő. Nem ez a helyzet az egészségügyben, amelynek oka leginkább az egészségügyi ellátás hagyományosan beavatkozásalapú szervezése és szerkezete. Ezért a kórházak a legtöbbször egymás között versenyeznek, ugyanazt a széles körű szolgáltatást nyújtva, vagy maximum a különböző szakmák szintjén zajlik verseny, például az aneszteziológiai, nefrológiai „szolgáltatások” piacán.

Porter szerint az ezeken a szinteken folyó verseny akadályozza az értékteremtési folyamatot, mert orvos-, beavatkozás- és intézményközpontú, nem betegcentrikus.

Az egészségügyi szolgáltatások rendszerében a beteg számára teremtett egészségérték csak a betegsége, az állapota szintjén értelmezhető. Nem az egyéni orvosi teljesítmény, képesség számít, hanem a végső eredmény, sőt az igazi értékteremtést az egyéni teljesítmények, képességek összehangolt működése határozza meg. Ahogyan egy műtét esetében sem kizárólag a sebész kvalitásai a meghatározóak, mert fontos szerepe van az aneszteziológusnak, radiológusnak, nővérnek is, és ha nem korrekt a diagnosztizálás, előkészítés, gyógyítás és rehabilitáció, a beteg nem gyógyul meg egy technikailag sikeresen kivitelezett beavatkozást követően sem.

Az egészségügyi szolgáltatások praxisegységeit a betegségcsoportok köré kell szervezni, melyek magukba foglalják az egész terápiás és egészségmenedzsment

folyamatot. Ezt nevezi Porter „ellátási” értékláncnak („care delivery value chain”). Hazánkban az egészséggondozási értéklánc kifejezés került bevezetésre [Lantos2012], ezzel is jelezve, hogy az egészségügyi rendszer szereplőin túl más szolgáltatóknak, illetve magának a páciensnek is meghatározó szerepe van a hosszú távon fenntartható egészségérték megteremtésében.

Az egészséggondozási értéklánc mint modell azt is lehetővé teszi, hogy az egészségügy és a népegészségügy céljait és tevékenységét egységes gondolkodási keretben kezelje, lehetővé téve az egészségcélú együttműködések széles körű, egységes szemléletű megvalósítását.

Az új egészségügy egészségérték-alapú versenyében az egészségügyi szolgáltatóknak csak bizonyos típusú szolgáltatásokat kell nyújtaniuk, olyanokat, amelyekben egyedülálló értéket tudnak teremteni. Ehhez jelentős szemléletváltásra van szükség, a szolgáltatóknak fel kell hagyniuk azzal a megszokott gyakorlattal, hogy „mindenkit kezelünk, aki besétál az ajtón”.

Milyen típusú szemléletváltás szükséges mindezek megvalósulásához?

- A szemlélet alapvetően páciensközpontú, az orvosi praxis megszervezésében a beteg számára nyújtott érték legyen a meghatározó, ne az orvos kényelme.
- A gyógyítási tevékenységnek a betegre és a betegút egészére kell vonatkoznia.
- Az orvosoknak olyan területen kell dolgozniuk, ahol a legnagyobb szakértelemmel rendelkeznek, mert eredményeik ott lehetnek kiemelkedőek az átlaghoz képest.
- A legnagyobb értéket egy integrált team tudja biztosítani a páciens számára, nem a résztvevők egyéni teljesítményei alapján valósul meg. Az orvosokban tudatosulnia kell a ténynek, hogy egy folyamat egyes szereplői ritkán ellenőrzik a teljes gyógyítási folyamatot, tudniuk kell, hogy annak melyik szakaszában vesznek részt és mi a feladatuk.
- Minden orvos felelősséggel tartozik a saját eredményeiért. Csak akkor legyen joga szolgáltatni, ha jó eredményeket tud felmutatni.
- Az eredményeknek elérhetőeknek kell lenniük az értéklánc minden szereplője számára.
- Az adatok rögzítése, tárolása, továbbíthatósága elengedhetetlen része az orvosi gyakorlatnak.



- Az orvos kötelessége, felelőssége, hogy folyamatosan javítsa saját hozzájárulását a terápiás folyamathoz, keresnie kell a kapcsolatot a kiváló szolgáltatókkal annak érdekében, hogy az egészséggondozási értéklánc minél nagyobb értéket teremtsen a beteg számára.

#### **IV.4. Az egészséggondozási értéklánc**

Az integrált praxisegységekre, teljes betegutakra épülő új szerveződési modell alapegysége az „egészséggondozási értéklánc”, ennek alapján rajzolódik ki az adott betegcsoportra vonatkozó, egészségértéket teremtő folyamatok egésze. Ezek egy része jellemzően az egészségügy mai alaptevékenységét jelentő gyógyításhoz kapcsolódik, mint a diagnózis és a beavatkozás; más részük a jelenleg háttérbe szorult terápiás tevékenységek közé sorolódik az egészségügy és a lakossági felelősség határán, mint a rehabilitáció; a folyamat elején és végén jellemzően a lakosság felelősségi körébe tartozó egészségmenedzsment tevékenységek tartoznak. Ezek egymással összehangolva, együttesen képesek megteremteni a betegcsoportra jellemző egészségértéket és az ügyfél teljes egészségét.

Az értéklánc elsődleges tevékenységei, amelyek az egészséget fenntartó folyamatokhoz kapcsolódnak, a következők:

##### **Monitorozás, megelőzés**

Primer prevenció, szűrővizsgálatok, rizikófaktorok meghatározása, állapotfelmérés. Az egészségérték fenntartása szempontjából nagyon fontos szakasz, amely képes megelőzni a kezelés szükségességét. Sokkal inkább egészségmenedzsment tevékenységről van szó, mint terápiás feladatról. Itt a páciens felelőssége jóval nagyobb, mint az egészségügyé, és a széles körű társadalmi támogatások, együttműködések tudják a legnagyobb egészségértéket megteremteni. Ennek ellenére legtöbbször nem vagy alig helyeznek hangsúlyt az állami egészségügyi rendszerek az értéklánc ezen lépcsőjére, az egészségügylogikájának megfelelő gyógyításra sokkal több figyelem irányul, mint a megelőzésre.

##### **Diagnózis**

Anamnézis, különböző diagnosztikus vizsgálatok, több szakma részvételével, a kezelési terv felállítása. A pontos diagnózis határozza meg a további folyamatok

eredményességét és kiszámíthatóságát. A diagnosztikai vizsgálatok eredményeinek elektronikus tárolása szükséges, hogy elérhető legyenek minden szolgáltató számára.

### **Előkészítés**

Beavatkozások előtt a beteg előkészítése, állapotának optimalizálása, rizikófaktorok csökkentése. Általában kisebb jelentőséget tulajdonítanak az orvosok ennek a szakasznak is, bár nagymértékben meghatározza a beavatkozás kimenetelét.

### **Beavatkozás**

Lehet műtét, gyógyszeres kezelés, pszichoterápia, bármilyen más beavatkozás. Ez hagyományosan az orvosi tevékenység lényege, és eddig ez határozta meg az eddigi egészségügyi rendszerek teljes működésmódját, finanszírozási logikáját. Bár igen fontos része az ellátási folyamatnak, messze nem a gyógyítás egészét jelenti, és egyre több adat bizonyítja pl. a gyógyszeres kezelések esetében, hogy az egészségérték megteremtését csak részben képes befolyásolni. A beavatkozások nagyon széles skálája ismeretes az orvostudományban, önállóan vagy összetett formában.

### **Gyógyulás/rehabilitáció**

Beavatkozások utáni kezelések, kontrollvizsgálatok, amelyekre az ellátórendszer szereplői jellemzően szintén kevesebb gondot fordítanak. A beteg beavatkozás utáni, közvetlen gyógyulási periódusára kevésbé figyelnek, nem megfelelően „menedzsel”, pedig sok esetben a szövődmények kialakulását, újabb hospitalizáció szükségességét előzheti meg.

### **Utánkövetés/menedzselés**

Ez ugyancsak nem tekinthető szorosan véve a terápiás folyamat részének, sokkal inkább egészségmenedzsmentről van szó, amely legnagyobb részben a páciens felelőssége. A kezelt beteg hosszú távú önmenedzselése és ebbeli támogatása szintén megelőzheti az újabb kezeléseket, ahol ismételt diagnózisra, előkészítésre, beavatkozásra lehet szükség.

Nagy jelentősége van a folyamatot kiszolgáló tevékenységeknek, melyek nélkül az egészséggondozási folyamatok integrált működése nem valósítható meg.

### **Hozzáférés**

Hogyan, milyen szinteken találkozik a páciens a szolgáltatóval, hogyan szerveződnek egymás után a folyamatok, annak érdekében, hogy optimális legyen a hozzáférés a beteg számára.

**Mérés**

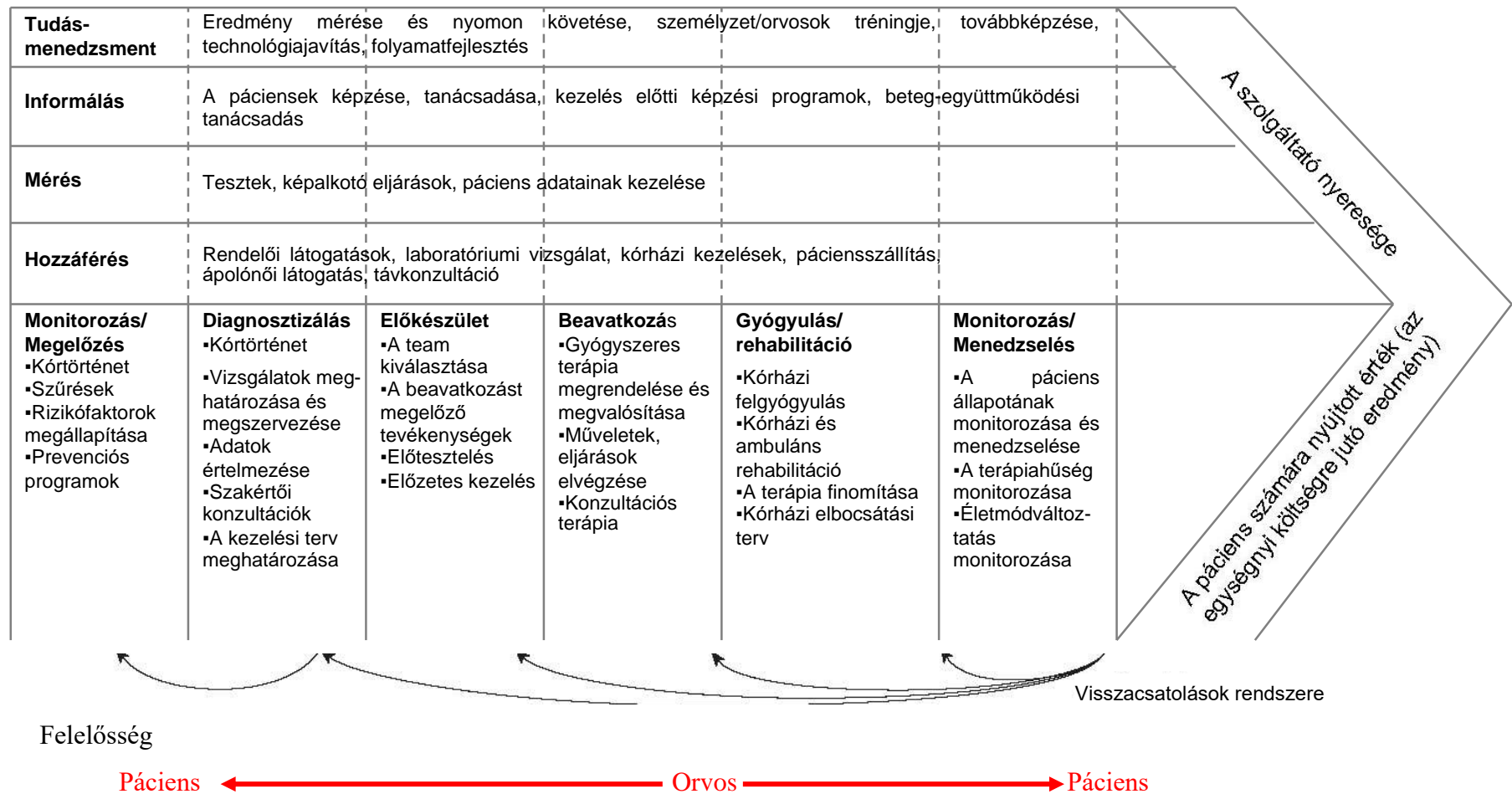
Az értéklánc minden egyes szakaszában az eredmények rögzítése, értékelése, összehasonlítása egységes szemléletű rendszer szerint.

**Informálás**

A beteg felvilágosítása a folyamat minden szakaszáról elengedhetetlen, ezáltal javul a beteg együttműködési készsége, az értéklánc aktív résztvevőjévé válik.

**Tudásmenedzsment**

A szolgáltató csapat tagjai tudásának folyamatos fejlesztése, rendszeres megosztása, az új ismeretek nyomán a folyamatos fejlesztés megvalósítása.



3. ábra. Az egészséggondozási értéklánc egy integrált egészségügyi szolgáltatási egység számára Porter nyomán.

## V. Orvos-beteg kommunikáció fejlesztése

A WHO Adherence jelentése [WHO2003] szerint az alacsony szintű beteg-együttműködés, illetve a terápiahűség átlagosan 50%-os mértéke világszerte probléma, amely miatt nem realizálódik a gyógyszeres terápia teljes haszna és végső soron a betegelégedettség is csorbul. A beteg-együttműködés növelésével elkerülhetők lennének a felesleges újabb vizsgálatok, kórházi kezelések, az egészségügyi kiadások emelkedő trendje. Segítségével az életévek száma emelkedik, javul a betegek életminősége, azaz egészségnyereség érhető el. Az alacsony terápiahűség okai többek között:

1. Félelem a gyógyszerek mellékhatásától a nem megfelelő orvosi tájékoztatás következtében.
2. A gyógyszeres kezelés hatása nem jelentkezik azonnal, így a beteg hatástalannak tartja a szert, ezért felhagy a gyógyszer szedésével.
3. A beteg nem képes szokásain változtatni és napi 2-3-szori gyógyszerbeszedést nem képes teljesíteni.
4. Amikor javulás áll be egészségi állapotában vagy életminőségében, a beteg azonnal elhagyja a készítményt stb.

Az alacsony terápiahűség egyik legfőbb oka az orvos-beteg kommunikáció hiányosságában keresendő. A több szereplőn és érdekeltségi rendszeren keresztüli kommunikációban kódolva van az orvos és beteg kettős kudarca. Ha a gyógyszergyár az orvoson keresztül próbálja motiválni a beteget, a képviselőnek átlagosan 7 perc áll rendelkezésére. Ez idő alatt a legáltalánosabb információk átadására van lehetősége, az orvos kimerítő tájékoztatására és motiválására alig.

Az orvos szűrőjén keresztül indirekt módon jut el a gyártó üzenete a beteghez. A kibocsátó üzenete kétszer csorbul, a zajhatás duplán érvényesül, az orvos szűrőjén át egyszer és a beteg szűrőjén újra. Egy újabb zajhatás az orvos és a laikus által használt nyelvezet közötti szakadék. Buda a két szereplő találkozáját bonyolultnak találta, hiszen az orvos szaktudásánál fogva sajátos fölényben van, ún. szakértői hatalom van a kezében [Buda1994]. Ha a hatalmi tényezők és a szerepviszonyokból eredő erők nem érnek el célt a beteg-együttműködés terén, az orvosnak kommunikatív befolyásolási

és fokozott empátiás képességére kell támaszkodnia. A betegek képzése, a közös szókincs kialakítása azért is fontos, mert ami az orvosnak megfázás, az a betegnek influenza, a krónikus bronchitist pedig asztmának hiszi. Az orvosokon nem jut túl a gyógyszer hasznáról szóló ismeret a sok értékes információ mellett [Lantos2004]. E kutatást erősíti egy másik felmérés eredménye is, amely szerint a páciensek számára a gyógyszeres kezelés a mellékhatásokról és az azoktól való félelemről szól [Horváth2004], ami hátráltatja a beteg terápiás együttműködését és gyógyulását.

A kommunikáció javításának jelentőségét kiemeli, hogy az együttműködést befolyásoló egyéb tényezők közül (mint amilyenek pl. a beteg jellemzői, a betegség jellege, a kezelés sajátosságai, az egészségügyi ellátórendszer fejlettsége) ez az elem az, amelyik a legkönnyebben, a leggyorsabban, s a költségek szempontjából a leghatékonyabban módosítható.

Az orvos-beteg kapcsolatot, az együttműködést különböző módszerek kombinált használatával lehet javítani. Erre alkalmas eszközök lehetnek a következők:

- orvosi kommunikációs ismeretek és készségek oktatása az orvostanhallgatók képzésében,
- posztgraduális, pontszerző (CME) képzések szervezése szakorvosok számára,
- szakmai publikációk, ismeretterjesztő írások, rádió- és TV-műsorok az együttműködés, a mindkét oldalról eredményes kommunikáció érdekében,
- konferenciák szervezése a témakörben,
- betegszervezetek bevonása az együttműködés javítása érdekében,
- az eHealth eszközeinek hatékonyabb használata.

## **VI. A páciens együttműködése**

Az egészségügyben már végbement, illetve a még előttünk álló folyamatok együttesen felértékelik a páciens terápiás együttműködését, a terápiahűségét, illetve az ezt erősítő, támogató szolgáltatásokat, az ún. terápiahűség-szolgáltatásokat.

A terápiahűség-szolgáltatások egy része beépülhet a közszolgáltatások rendszerébe, de jelentős részük tartósan is piaci szolgáltatásként fog tovább élni, gyártói és alkalmazói, illetve vegyes finanszírozásban.

A terápiahűség-szolgáltatásokat az alábbiak szerint osztályozhatjuk annak mentén, hogy a páciens terápiás együttműködését milyen eszközzel kívánja javítani:

- A páciens képzésével: információs szolgáltatás az egészségi állapothoz igazított életmódról, táplálkozásról, mozgásról stb.
- A páciens felkészítésével és ismereteinek ellenőrzésével: alapos, érthető felkészítés szakrendelői vagy kórházi kezelés előtt, részletes tájékoztatás és ismeretek visszakérdezése az elbocsátáskor stb.
- A páciens motiválásával: bonus-malus rendszerek – finanszírozói, biztosítói feladat az együttműködés honorálása, kikényszerítése érdekében.
- A páciens együttműködéséhez technikai segítség nyújtásával:
  - Információs szolgáltatás: a konkrét kezeléssel kapcsolatos, részletes technikai információk, teendők, észlelt hatások és mellékhatások értékelése stb. [Clarke2011].
  - Eszköz- és gyógyszerellátás: kiszállítás a páciens otthonába, közérthető alkalmazási segédletek biztosítása, beszédési emlékeztetők küldése, a beszéd ellenőrzése, gyógyszerek beadása, a gyógyszerfogyás figyelése, az elfogyott gyógyszerek rendszeres pótlása stb.
  - Távmonitorozó és távfelügyeleti rendszerek működtetése: telemetriás eszközök alkalmazása, a mérések alapján a dózis változtatása, egészségi állapot megváltozásakor figyelmeztető jelzés stb. [Finkelstein2001], [Miletics2010].
  - Együttműködésre felhívó jelzések, segítő figyelmeztetések, terápiahűség-szolgáltatások [Port2003].
  - Személyes / virtuális edző, ellenőr – ma már szórakoztató, játékos webes szolgáltatásként is – rehabilitációs és kognitív gyakorlatok,

gyógytorna otthoni végzéséhez, szellemi frissesség megőrzéséhez, otthoni fejlesztéséhez [Kozyavkin2011], [Brennitz2011], [Owen2011].

A távgyógyászati és távmonitorozási eljárásokról az utóbbi években elvégzett értékelések alapján elmondható, hogy a páciensek nagy arányban elégedettek az eszközök használhatóságával, és elfogadják az egészségügyi szolgáltatások ezen új formáit [Clarke2011], [Steel2011]. Kimutatták, hogy ezek az eljárások egyrészt szignifikáns javulást eredményezhetnek a páciens életminőségében [Clarke2011], [Wainwright2003], másrészt – mivel a páciensről érkező adatok elemzését követően azonnal be lehet avatkozni a terápiába – megelőzhető a páciens egészségi állapotának romlása, és így javul a terápia hatékonysága [Clarke2011], [Liu2011].

Érdemi együttműködés csak megfelelő felkészítés után várható el a páciensről. Az infokommunikációs technológiai eszközök különösen alkalmasak arra, hogy a páciens pl. eLearning (eTanulás) útján szakrendelői vagy kórházi kezelésének megkezdése előtt részletes, alapos és érthető tájékoztatást kapjon arról, hogy miért és milyen kezelést fog kapni, milyen hatásokra és mellékhatásokra kell számítani, mit kell tennie a hatások erősítése és a mellékhatások gyengítése érdekében. Különösen fontos, hogy mindezeket a kezeléseket után, az elbocsátás során megértse és megjegyezze, hiszen ettől függ, hogy magára maradván képes lesz-e betartani az előírt terápiát, ezért ilyenkor a tanultak kikérdezése is célszerű. Az Egyesült Államokban a páciens egyes kórházakban előzetes tájékoztató előadáson vesz részt, majd személyre szóló írásbeli tájékoztatást kap elektronikus vagy nyomtatott formában, az orvosi szakmai protokoll laikusok számára készült átirataként a rá váró kezelés „munkafolyamat” jellegű leírását. Az elbocsátásakor pedig szóban, esetleg eLearning rendszerben kérdésekre válaszolva vissza kell idéznie, amit a kórházi kezeléséről és az otthoni utókezelési teendőiről ismertettek vele [Balogh2011], [Wallace2010].

A páciensek együttműködésének szemlélete jelentős mértékben fejlődött az elmúlt két évtizedben. A terápiás utasításnak való megfeleléstől mára eljutottunk az egészség-kokreáció fogalmáig az alábbi meghatározások szerint.

#### Beteg compliance

A beteg együttműködését fejezi ki az előírt/javasolt terápia betartásában. Elsősorban a gyógyszerpiacon használt kifejezés; a beteg gyógyszerzedésének pontosságát, az



utasításnak, előírásnak megfelelő voltát fejezi ki. Tehát a gyógyszereszedési utasítás betartása. A compliance alapvetően „minőségi” mutató, ami az együttműködés fokát, minőségét jelzi [Egészségtudományi fogalomtár2014].

Tágabb értelmezésben a compliance az a mérték, mennyire követi a páciens az egészségügyi szakemberek által adott tanácsokat (pl. a gyógyszereszedésre vonatkozó információ, életmód-változtatás). A kifejezés magában foglal egyfajta szófogadás-alapú megközelítést, melyben a szakember előír egy egyoldalú és passzív formulát, amit a páciensnek végre kell hajtani. Ezért amikor non-compliance lép fel, azt a páciens hibájának tekintik [Bartal2011].

### Adherencia

A belső motiváció életre hívásakor a betegek egészségtudatosságára és gyógyulni akarására kell építeni, ami a közvetlen utasításnál jóval nehezebb feladat. A beteggyüttműködésnek ezt a korszerűbb, betegközpontú felfogását jelöli az adherencia szó, amelyben a betegnek a terápiához való „ragaszkodása” fejeződik ki. Az adherencia szinonimájának a terápiahűség kifejezést tekinthetjük, amelyet általában valamely konkrét terápia – nem feltétlenül készítmény, hanem akár hatóanyag vagy hatóanyag-csoport – vonatkozásában használunk [Dankó2013].

Az adherencia azt jelzi, hogy a kezelés céljait a beteg és az egészségügyi szakember megvitatja és egyeztet. A kifejezés interaktív és együttműködő kapcsolatot tételez fel, és figyelembe veszi a beteg részvételének szerepét saját állapotának irányításában. A hibák és a sikerek közösek [Bartal2011].

### Perzisztencia

A gyógyszereszedés minőségének idődimenzió-mutatója, arra az időtartamra utal, amíg a beteg valamilyen rendszerességgel szedi a gyógyszerét [Ágh2012].

A perzisztencia az az időtartam, ameddig a beteg egy adott terápiát ténylegesen folytat, ez az adherencia legkönnyebben és legobjektívebben megragadható indikátora. A megfelelő perzisztencia különösen az olyan készítmények esetében fontos, amelyeknél a terápia idő előtti félbeszakítása az egész kezelés eredményét veszélyezteti [Bartal2011].

### Terápiás szövetség

A terápiás szövetség koncepciója egészen Freud 1913-as átviteli teóriájáig nyúlik vissza [Horvath1993]. Eredetileg csak negatív értelmezése volt, majd Freud a későbbi munkáiban más értelmezést adott az átvitelnek, lehetséges pozitív kapcsolatot tulajdonítva a terapeuta és a páciens között kifejlődő viszonynak, és nem projekcióként kezelve [Ardito2011].

Greenson 1965-ben olyan munkaszövetséggé definiálta, amely valóságos kollaboráció a páciens és a terapeuta között [Ardito2011].

### Páciensek bevonása

A páciensek részvétele azt jelenti, hogy bevonjuk őket a terápiáról szóló döntéshozatalba vagy a véleményük kifejezésébe, amely magában foglalja az információk, érzések és jelek megosztását, valamint az egészségügyi szolgáltató team instrukcióinak elfogadását [Vahdat2014].

### Páciens egészségviselkedése

Az egészségviselkedés lehet a személynek bármely olyan aktivitása, amit a személy hite szerint az egészsége érdekében tesz azért, hogy betegséget előzzön meg vagy betegséget azonosítson még annak tünetmentes időszakában [Kasl1966].

Grossman modellje az egyént nem kizárólag mint az egészség fogyasztóját, hanem mint annak termelőjét mutatta be, aki nem egyszerűen megvásárolja az egészséget – például különféle egészségügyi szolgáltatások fogyasztásával, hanem maga is előállítja azt [Grossman1972].

Az egészséghiedelem modell [Rosenstock1974] a hitek és hiedelmek szerepét hangsúlyozza az egészségmagatartás előre jóslásában. Az egészségmagatartás valószínűsége a következő percepciók alapján határozható meg:

- o az egészség veszélyeztetettségének észlelt komolysága,
- o a betegséggel kapcsolatos észlelt veszélyeztetettség,
- o a betegséget megelőző cselekvésből származó észlelt nyereség,
- o a cselekvéssel szembeni akadályok, illetve a cselekvéssel együtt járó költségek.

### Páciens preferenciái

A páciens preferenciái olyan kijelentések vagy cselekedetek, amelyek az egészségfogyasztó kívánságát tükrözik különböző egészségcélú választások közül [Corbett2014].

### Páciens attitűd

Az attitűd fogalma a társadalom pszichológia területéről származik, és egyfajta pszichológiai tendenciát jelöl, amely abban nyilvánul meg, hogy az egyén mennyire részesít előnyben, kedvel vagy nem kedvel valamit, minek tulajdonít fontosságot. Az attitűdvizsgálatok során a válaszadónak jellemzően a kutatott kérdés egyes aspektusait kell rangsorolnia, osztályoznia [Brandtmüller2009].

### Páciensek motivációja

A motiváció sokrétű fogalom, amely bizonyítottan több tényezőhöz kapcsolódik, mint a felírt kezelési rezsim, a páciens, az orvos és terapeuta személyes jellemzői, valamint a tágabb társadalmi környezet jellemzői [Popovic2014].

### Egészségműveltség

Az egészségműveltség annak a képességnek a mértéke, amellyel az egyén az alapvető egészséginformációkhoz és egészségszolgáltatásokhoz hozzájut, feldolgozza és megérti, annak érdekében, hogy megfelelő egészségdöntéseket hozzon [Parker2003].

### Betegoktatás

Meg kell teremteni a biomedicinális orvoslás és a bio-pszicho-szociális modell harmonikus egységét. Le kell bontani a hatékony prevenció külső és belső gátjait, el kell mozdulni az egészségügyi felvilágosítástól az egészségnevelés, majd az egészségfejlesztés felé.

A változtatás valódi fórumai a nagy- és a kiscsoportos foglalkozások, ahol „közösségben, a közösség által, a közösség számára” történő nevelés az új helyzethez való alkalmazkodást szolgálja [Gödölle2010].

### Páciensközpontú kommunikáció

A páciensközpontú kommunikáció célja a gyakorló szakemberek támogatása olyan egészségügyi szolgáltatás nyújtásában, amely megfelel a páciensek értékeinek,

igényeinek és preferenciáinak, és lehetővé teszi a páciensek számára, hogy hozzájáruljanak az egészségükről és a részükre nyújtott egészségszolgáltatásról szóló a döntéshozatalhoz és aktívan részt vegyenek benne [Epstein2005].

#### Egészségcoaching

Az egészségcoaching az egészségoktatás és egészségtájékoztatás gyakorlata a coaching eszközszerével megvalósítva, annak érdekében, hogy az egyén jóllétét növelje és elősegítse saját egészségcélja elérését [Park2014].

#### Pácienstámogatás

A szociális támogatás olyan kapcsolat funkcionális tartalma, amely az alábbi négy támogatói viselkedési csoportba sorolható:

Érzelmi támogatás, beleértve a szimpátia, szeretet, bizalom és figyelem érzését, amelyek szoros kapcsolatban vannak az egészséggel;

Anyagi támogatás beleértve a szolgáltatást és az anyagi segítségnyújtást;

Információs támogatás mint a javaslatok, tanácsok és olyan információk, amelyekkel szembe tud nézni a problémákkal;

Értékelő támogatás az önértékeléshez szükséges információkhoz juttatással [Rad2013].

#### Betegségmenedzsment

A krónikus betegek részére nyújtott szolgáltatások koordinált formái a betegségmenedzsment programok. A betegségmenedzsment a betegség teljes klinikai időszaka alatt koordinálja a szükséges szolgáltatásokat. A szolgáltatások mindegyike tudományos bizonyítékokon alapul, és a beteget aktívan bevonja a folyamatba. A betegségmenedzsment az egészségügyi beavatkozások és a kommunikáció koordinációjának szisztematikus megközelítése.

A betegségmenedzsment programok legfontosabb elemei:

- o Átfogó, a betegség teljes időszakára kiterjedő multidiszciplináris szolgáltatás,
- o Integrált, folyamatos szolgáltatás, az egyes elemek koordinációja révén,
- o Lakossági orientáció (betegorientáció),
- o Aktív betegmenedzsment eszközök (oktatás, megerősítés, öngondoskodás).
- o Bizonyítékokon alapuló irányelvek, protokollok, szabályozott betegutak,
- o Információs technológia, rendszerszintű megoldások,
- o Folyamatos minőségjavulás. [GYEMSZI2011]

## Ügyfélélmény az egészségügyben

Egyre nagyobb figyelem fordult a páciensekre a betegközpontú egészségügy kialakítása nyomán. Ma már tudományos vizsgálatok eredményei alapján tudjuk, hogy a betegélmény és a megbízhatóság, valamint klinikai hatékonyság között következetesen szoros összefüggés mutatható ki a betegségek széles körére vonatkoztatva.

Szoros az összefüggés a betegélmény és az önértékelésen alapuló egészségügyi eredmények, a javasolt gyógyszeres kezeléssel szembeni adherencia, a megelőzésben való részvétel és az egészségügyi erőforrások használata között. Van bizonyíték arra is, hogy a betegélmény összefügg az ellátás technikai színvonalát jelző minőségi mutatókkal és a mellékhatásokkal

A betegélményt mindezért javasolják az egészségügyben egyik központi minőségi mutatóként történő alkalmazását, és nem érdemes szubjektív mutatóként leválasztani a „valódi” klinika munka biztonságossági és hatékonysági mutatóiról [Doyle2013].

## Tapasztalati szakértők

Ahogy az egészséggel kapcsolatos megfigyelések és kutatások egyre nagyobb figyelmet fordítanak a páciensek és egészséges egyének észleléseire, érzéseire és tapasztalataira, mind több adat és információ áll rendelkezésre a „betegészlelések”, valamint az orvosi tapasztalatok, tanulmányok és ismeretek közötti különbségekről. A betegek és egyének saját észlelései nemcsak több mindennapos gyakorlati tapasztalati tudást tartalmaznak, hanem minőségileg is más információtartalommal rendelkeznek ezek az élmények, elősorban az érzelmi, érzetbeli tartalmak miatt. Egy adott betegségben szenvedő tapasztalt beteg tudja a napi teendők, várható észlelések, tünetek alapján történő cselekvések kérdéskörében a legtöbb hasznos információt átadni betegtársainak. Ezt egyes, különösen mentális, betegségek esetében célzottan használják az orvos által elmondottak kiegészítésére [srn2011], azonban az interenetes fórumokon tapasztalt megosztások is jól mutatják, hogy ezt a fajta tudást és szakértelmet szívesen osztják meg azok, akiknek van, és jelentős igény is van rá a tájékoztatott és ilyen módon támogatott betegek, vagy más témákban egészség egyének körében.

## VII. Fenntartható egészségügy

Mivel a páciensek mint ügyfelek az egészségkompetenciák széles körét használják, jóval tágabb kompetenciatérből választva, mint a teljes egészségügy, csak az az egészségügy lehet fenntartható módon eredményes, hatékony és sikeres, amelyik a teljes egészség-ökoszisztéma szerves részeként működik. Eszerint határozza meg a céljait, tevékenységi területeit és működésmódját, egyértelműen megfogalmazott, hogy mely egészségérték-cserékhez akar hozzájárulni, milyen mértékben, és mindez hogyan függ a páciens ügyfél saját erőfeszítéseitől az egészség-kokreáció során. Az elmúlt két évtized egészségügyi szervezési fejlesztésein, köztük az irányított betegellátás és a betegségmenedzsment programok modelljein keresztül jutottunk el a mostani, közösségi megoldásokban gondolkodó, páciensközpontú megközelítésig, ami sokkal inkább emberközpontú is.

Az egészség-ökoszisztéma működéséből egyenesen következik, hogy a fenntartható egészségügy az összes egészségérték-cserének csak egy részéhez tud hozzájárulni, és hatása jelentős mértékben függ az összes többi egészségérték-cserétől. Mivel az egyik legfontosabb egészséget befolyásoló tényező a szociális háló erőssége, a legfontosabb egymásra hatása a szociális ellátórendszerrel van. Sem működése, sem hatása nem független attól, és komoly átfedések vannak a két, valójában közösségi szolgáltatás között.

A jól működő, fenntartható egészségügy legfontosabb két szempontjának egyike, hogy társadalmi szinten, jogszabályokkal szabályozzuk az egészség-ökoszisztémát, amelyben azok az egészségérték-cserék kerülnek előnybe, amelyek átlátható módon, ráfordítás-arányosan nagyobb egészségértéket teremtenek. Csak egy ilyen közegbe illeszthető be a hatékony egészségügy.

A másik, hogy a fenntartható egészségügy ugyanennek az elvnek megfelelően az egészségérték-cserékhez átlátható módon járuljon hozzá, és azokat a cseréket finanszírozzuk a közösség pénzén, amelyek a legjobban hasznosulnak az egészségérték szempontjából.

Mindennek megvalósítása rengeteg új megoldást igényel, vagy létező megoldások pontos összehangolására van szükség, ami hosszú évek tudatos, tervszerű átalakító munkáját igényli. Emellett folyamatosan társadalmi szintű egyezéseket is meg kell kötni arról, hogy milyen szempontok szerint rangsoroljuk az egészségérték-cseréket,

mely betegségek kezelését tekintjük fontosnak, és a megelőzés – kezelés – gondozás folyamat mely elemeit támogatjuk. Például mihez érdemes inkább tb-támogatást rendelni, a krónikus betegségek gyógyszereihez, a közösségi egészségtámogató terekhez és megoldásokhoz vagy a távdiagnosztikai eszközökhöz? Az élet utolsó hat hónapjára költünk többet vagy a fogantatástól kezdődő első ezer napra?

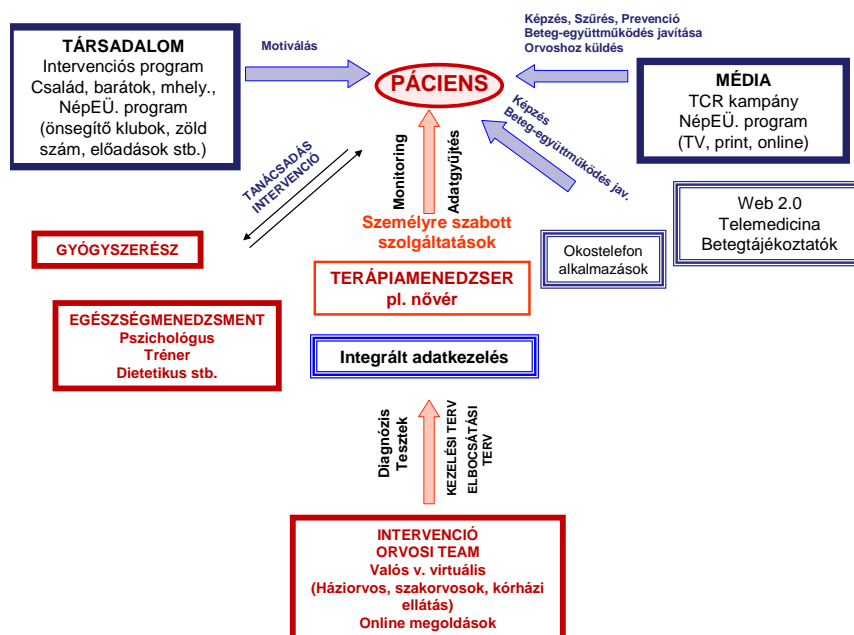
Az egyre erőteljesebben megjelenő együttműködő társadalom szerveződésének, működésének és igényeinek legjobban megfelelő fenntartható egészségügy legfontosabb jellemzői mindezek szerint:

- Elsődleges feladata a közösségi és egyéni egészségérték megteremtése. Ennek mérése egyrészt a humán szervezeti funkciók mutatóival, másrészt személyes egészségélmény-mutatókkal valósítható meg.
- Az egészség-ökoszisztéma része, ahol pontosan meghatározott, hogy mely kórképekkel, betegségekkel és kockázatokkal foglalkozik, és ezeken belül mely egészségérték-cseréket finanszíroz, és milyen mértékben.
- Az egészség-ökoszisztémába illeszkedve kapcsolódik mindazon területhez, amely egészségérték-cserét valósít meg, vagy ilyet befolyásol.
- Több egészségérték-cserét kezelési egységekre és/vagy folyamatokra összevonva finanszíroz, pl. szívinfarktus utáni 12 hónapos járóbeteg rehabilitációt egyben.
- Az egészségérték-hozzájárulást finanszírozza, a kiindulási egészségértékhez/állapothoz képest elért egészségérték változás szerint.
- A fenti két megoldás együttes hatása, hogy a finanszírozás az innovációt elősegítő eszköz.
- Összehangolt folyamatokat működtet, amelynek három nagy, egymással is összehangolt alfolyamata van, az egészségügyi szolgáltatás, a páciens tevékenysége és a páciens tevékenységének támogatása.
- A fenti folyamatok összehangolása az egészség-kokreáció megvalósítása szerint történik, amelyben alapvető eszköz a páciensek bevonása, valamint döntéseinek és aktivitásának ösztönzése.
- A szolgáltatásszervezés alapegysége az egészségérték-cserének megfelelő tevékenységelem és az ahhoz kapcsolt kompetencia.
- Az egészségérték megteremtéséhez szükséges kompetenciákat a lakóhely közelében, jellemzően közösségi szolgáltatási formákban teszi hozzáférhetővé.

- Az erőforrások hatékony elosztásának biztosításához a folyamatos visszacsatolások rendszerét működteti, a működési folyamatok és eredmények átlátható kontrolljával, folyamatindikátorokat és eredményindikátorokat alkalmazva.
- A tevékenységek és döntések alapjai a mérésekkel, vizsgálatokkal igazolt evidenciák, amihez növekvő arányban a valós gyakorlatból nyert adatok elemzéseit veszi figyelembe.
- A visszacsatolások rendszerével és a környezet folyamatos vizsgálatával alkalmazkodik a teljes egészség-ökoszisztémához az abban betöltött szerepe szerint.

A páciensek és az emberek középpontba állítása és az egészséggondozás összehangolt megvalósítása szükségesség teszi egy egészségmenedzser vagy terápiamenedzser szerep kialakítását és működtetését. Ő biztosítja az ügyfél „egészségfogyasztó” számára, hogy a rendelkezésre álló szolgáltatások, ellátások közül a számára legmegfelelőbbet választhassa, kaphassa meg. Az „egészségtanácsadó”-nak támogatást kell nyújtania ügyfele számára az egészséges életvitel kialakításában, az egészségügyi szolgáltatások igénybe vétele során kialakuló döntési helyzetekben, valamint a pénzügyi lehetőségeinek legjobb kihasználásában [IBM2008]. A különböző ellátások és szolgáltatások, népegészségügyi programok rendszerét páciensközpontú modellbe foglalva jól látszik, hogy segítség, támogatás nélkül a betegek, páciensek és egészségfogyasztók rendkívül nehéz helyzetben vannak, ha az egészségükről kell dönteniük.





4. ábra: A páciensközpontú egészségügy modellje Lantos és Csépe nyomán.

Az is egyértelművé válik a sokféle szolgáltatás, támogatás és információ rendszerében, hogy az egyénileg és társadalmilag leghasznosabb, személyre szabott egészségszolgáltatás csak integrált adatkezeléssel valósítható meg, ahol a mindenkori viszonyítási alap a betegsége vagy betegségcsoportra meghatározott egészséggondozási értéklánc szerinti páciens-egészségérték.

Az egészségügyi rendszeren belüli működésben a megfelelően integrált adatbázissal támogatott egészségmenedzser az egészségügyi források eredmény – egészségérték – szerinti elosztásában jelentős előrelépést biztosít. A beteget és a betegutat egyszerre menedzseli, adott időn belül a rendelkezésre álló eszközök hatékony felhasználásával éri el a beteg gyógyulását, életminőségének javulását.

## VIII. Hipotézisek

H1: Minél nagyobb mértékben valósul meg a páciensek saját szerepvállalása a betegségek kezelésében és gondozásában a kokreációra jellemzően, annál inkább nő az egészségügyi szolgáltatás mutatókkal mért eredményessége.

H2: A páciensek minél nagyobb mértékben vesznek részt az egészség-kokreáció révén a betegségek kezelésének és gondozásának megvalósításában, annál nagyobb az általuk észlelt szolgáltatásminőség.

H3: Minél teljesebben valósul meg a kezelési-gondozási folyamatok bizonyítékok alapú kompetenciamegosztása és az ezen alapuló csoportmunka, annál nagyobb az orvosok gyógyítóélménye és a páciensek gyógyulási élménye.

H4: Minél több egészségértéket növelő tranzakció valósul meg az együttműködések közösségi hálózatos szervezése során, annál magasabb a mutatókkal mért szolgáltatásminőség.

H5: Minél kiterjedtebb az egészség-ökoszisztéma helyi szintű közösségi szervezése, annál hatékonyabb az elérhető egészségkompetenciák hasznosulása.

## IX. Kutatási program

Az egészségcélú együttműködések rendszerén alapuló szolgáltatásmodell kidolgozási lépéseinek vizsgálata és kísérlet a gyakorlati megvalósításról.

### I. Megvalósítási modell kidolgozása

Állapotspecifikus tranzakcióelemzés a Service Dominant Logic szerint, középpontban az ügyfelek állapotra jellemző kulcsélményével és az egészségökoszisztémára jellemző tranzakciókkal.

Tevékenységláncok leírása a Care Delivery Value Chain szerint kiválasztott értéklánc szakaszokra, három altevékenységlánccal, amely a szolgáltatóra, az ügyfélre és az ügyfél támogatóira vonatkozik.

Az értéklánc tevékenységeleihez megvalósítási kompetenciák rendelése az ARA modell szerint.

Kompetenciamátrix kidolgozása a tevékenységelemekhez rendelt ARA modell szerinti kompetenciák egységesítésével és csoportosításával.

Egyéni egészségtanácsadás módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „közös tér”-beli egészség kokreáció (lásd 18. oldal 1. ábra) vezető résztvevőjeként.

Egyéni egészségtervezés módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „ügyféltér”-en belüli egyéni használatbeli érték megteremtésének támogatására.

Praxisközösségek kialakítási és működési módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „szolgáltatói tér” erőforrás-egyesítés megvalósítása érdekében az egészségügyi szolgáltatások szintjén.

Közösségi egészségszolgáltatások kialakítási és működési módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „teljes kokreációs tér” egészségökoszisztémán belüli létrehozására és támogatására.

### II. Kísérlet megvalósítása és eredmények elemzése

A Service Logic szerint hálózatosan kialakított tranzakciós egészségökoszisztéma működtetésének vizsgálata népbetegségekből, kiválasztva a Care Delivery Value Chain kulcselemeinek megfelelő témákat mint megelőzés, diagnózis, beavatkozás, rehabilitáció, egészségmenedzsment, külön vizsgálva a „teljes kokreációs tér”, az „ügyféltér”, a „közös tér” és a „szolgáltatói tér” változását.

Dolgozatomban a csonttritkulás téma kísérletét mutatom be a terjedelmi korlátokat figyelembe véve.

Kutatási célok csonttritkulás témában

- I. Szakmai csoportmunkában végzett, kompetenciabővítés által megvalósított szolgáltatásbővítés hatásának önkontrollos vizsgálata az egészségérték változására, valamint a kezeléshez hozzájáruló kompetenciák tranzakcióinak hatásvizsgálata az egészségérték-változásra.
- II. A kompetenciák tranzakciói által kiváltott ügyfélélmény-változás önkontrollos vizsgálata.
- III. Hatásmodellel a szolgáltatásbővítés költségcsökkentő hatásának becslése, ahol az OEP historikus adatai alapján felállított költségmodell írja le a különböző szintű páciensegyüttműködések költségvonzatát és a teszt eredményeiből számított együttműködési szinteket a modellhez hozzárendelve határozzuk meg a különböző együttműködés-növelési mértékek által elérhető költségcsökkentés mértékét.

Egészségérték változásának mérése:

Medikális: Elsődlegesen esésrizikó, másodlagosan esésszám

Egészségélmény: Elsődlegesen önmenedzsment mértéke, másodlagosan egészségműveltség

A „NE TÖRJ ÚJRA! Az osteoporosis talaján kialakuló törések prevenciója” folyamatból az esésmegelőzés részfolyamatot tesztje.

Beválasztási kritériumok:

- 65 év feletti nők,
- ismert osteoporosis diagnózissal, akiknél még nem volt törés,
- ismert osteoporosis diagnózissal, akiknek már ezzel összefüggésbe hozható típusos törése volt
- akiknek az elmúlt egy évben, kis erőbehatásra lezajlott törése volt (osteoporosis kockázat).

Vizsgált tranzakciók:

- (1) Háziorvosi vizit, (2) Praxisnővérrel konzultáció, (3) Egészségterv készítése, (4) Egyéni esésmegelőzés torna rendszeres végzése, (5) Csoportos esésmegelőzés torna, (6) Online információs honlap.

Tranzakcióhatás mérése:

Ügyfélélmény

Ügyfél használói élménye

Háziorvos gyógyítói élménye

## **X. Megvalósítási modell kidolgozása**

A Service Logic szerint hálózatosan kialakított tranzakciós egészségökoszisztémára jellemző „teljes kokreációs tér”, „ügyféltér”, „közös tér” és „szolgáltatói tér” kidolgozása az egészségügyi környezetben, beleértve az egészségügyi szolgáltatói tér kiterjesztését az egészségszolgáltatási térbe.

Időtáv: 2014. március – 2015. október

### **X.1. Állapotspecifikus tranzakcióelemzés**

A Service Dominant Logic szerint megvizsgáltam 31 betegség, illetve egészségkockázati állapot esetében a páciens, mint ügyfél részvételével megvalósításra kerülő tranzakciókat. Egyrészt az orvosszakmai szempontok szerint, kiemelten a hazai és nemzetközi szakmai irányelvek ajánlásait követve. Másrészt a páciensek egészségügyibeli részvételi folyamata szerinti, illetve az azokat kiegészítő öntevékenységek szerint.

A 31 feldolgozott témát a Függelék tartalmazza.

### **X.2. Tevékenységláncok leírása**

Az Egészséggondozási értéklánc modellje szerint leírtam mind a 31 tranzakciósorozatot egymással összefüggő tevékenységelemek láncolata szerint. A tevékenységelemek meghatározása az ARA – Actor – Resources – Activity modell [Håkansson 1992] szerint történt.

#### **1. Alkotóelemek**

A páciens egyéni egészségértékének létrehozásához hozzájáruló összes, a szolgáltatási folyamatba tartozó és azt támogató tevékenység, függetlenül attól, hogy ki valósítja meg.

Három nagy csoportja van

1. Egészségügyi szolgáltatás
2. Páciens öntevékeny egészségfejlesztő tevékenysége
3. Páciens öntevékeny egészségfejlesztésének támogatása

Tevékenységelemeket határoztam meg a szolgáltatási folyamat elemi egységeiként.

Egy tevékenységelem egy interakció-típust határoz meg.

A tevékenységelem, mint interakció-típus jellemzői:

- hely, a valós vagy virtuális térben
- idő, abszolút és relatív, pl. gyógyszeresedés kezdete óta eltelt idő
- tárgy/téma
- résztvevőtípusok (aktorok) – egészségügyi személyzet, páciens(ek), családtag
- igényről vagy szükségletéről van-e szó (ki és milyen információkra alapozva kezdeményezi) – igénnyel jellemzően a páciens jelentkezik, pl. fájdalom, szükségletet az orvos, illetve egészségügyi személyzet tudja eldönteni pl. a kockázati tényezők alapján, pl. dohányzás
- páciens lehet  
aktív vagy passzív → passzívként döntésképes vagy döntésképtelen →  
döntésképtelenként van vagy nincs gondviselője

A tevékenységelemeket leírjuk ezekkel a paraméterekkel, valamint

- a feladatokat, mint tevékenységeket
- inputot - kitől és milyen feladatokat veszek át és milyen mért paraméterekkel
- outputot – kinek és milyen feladatokat adok és milyen mért paraméterekkel

A tevékenységelemek nagyobb csoportjai megfelelnek az teljes Egészséggondozási értéklánc elemeinek:

A. Egészségértékre létrehozására irányuló – az értékteremtő folyamat elemei

Megelőzés/Monitorozás

Kórtörténet

Szűrés

Rizikófelmérés

Prevenációs programelemek

Diagnosztizálás

Kórtörténet

- Vizsgálatok
  - Adatok, eredmények értelmezése
  - Szakértői konzultációk
  - Egészségterv meghatározása
- Előkészület
  - Közreműködők kiválasztása
  - Beavatkozást megelőző tevékenységek
  - Előtesztelés
  - Előzetes kezelés
- Beavatkozás
  - Gyógyszeres terápia
    - megrendelése és megvalósítása
  - Műveletek, eljárások elvégzése
  - Konzultáció
- Rehabilitáció
  - Kórházi felgyógyulás
  - Kórházi elbocsátási terv
  - Kórházi rehabilitáció
  - Ambuláns rehabilitáció
  - Terápia finomhangolása
- Monitorozás/Egészségmegőrzés
  - Állapot monitorozása
  - Állapot megőrzése
  - Terápiahűség monitorozása
  - Életmódváltozás monitorozása

B. Egészségértékre irányuló tevékenységek kiszolgálása – értékteremtő folyamatot támogató

- Tudásmenedzsment
  - Eredmény mérése és nyomon követése
  - Képzés és továbbképzés
  - Technológiajavítás
  - Folyamatfejlesztés



## Informálás

- Páciensek képzése
- Páciensek tanácsadása
- Kezelés előtti képzési programok
- Terápiahűségre vonatkozó tanácsadás és coaching
- Önellátás támogatása

## Mérés

- Tesztek
- Képalkotó eljárások
- Páciens adatainak kezelése
- Önellátás mérése
- Attitűdmérés

## Hozzáférés

- Rendelői vizitek
- Laborvizsgálatok
- Kórházi kezelések
- Szállítás
- Ápolónői látogatás
- Távkonzultáció

## 2. Alkotóelemek közötti kapcsolat

A tevékenységek lehetnek

A. Egészségértékre irányuló (megelőzés, diagnosztizálás, előkészület, beavatkozás, rehabilitáció, egészségmegőrzés)

- a. Időben közvetlen követő
- b. Késleltetetten követő

1. Egymást egyértelműen követők – A mindig követi B-t
2. Feltételesen egymást követők – feltétel megvalósulása esetén A követi B-t
  - a. Orvosi diagnosztikához kötött feltétel
  - b. Páciensaktivitáshoz kötött feltétel
3. Kizáró – a feltételek speciális megvalósulása

4. Együttműködők
5. Párhuzamosak

- B. Egészségértékre irányuló tevékenységet támogató (tudásmenedzsment, informálás, mérés, hozzáférés)
1. Tevékenységelemhez kapcsolódó
  2. Folyamatot vagy több tevékenységelemet támogató

### 3. Működés elve

Folyamatos szolgáltatás szerinti folyamatelvűség, ahol minden tevékenységelem hozzáadott értéket képvisel az értékláncban. Egy egészségértékre irányuló tevékenységelemet a hozzáadott érték jellemez. (Nem az input és nem is az eredmény önmagában).

#### Folyamatszabályozás pontjai

tevékenység átadása és átvétele

döntés

döntési pontok

döntési szempontok – orvosszakmai, páciensigény, páciens

hajlandósága, finanszírozás

folyamat-megfelelés: tevékenység-egységek ideje, feladatátadás határideje, várólisták, térbeli korlátok, kapacitáskorlátok, eszközbeli korlátok

Mérés, adatgyűjtés, visszacsatolás az egészségértékről – minőség-ellenőrzés

Ellenőrzés, nyomon követés Balanced Scorecard módszertanával

Felülvizsgálat, módosítás módszere minden ponthoz

Alfolyamat megnevezése	Definíció
<b>I. Megelőzés/monitorozás</b>	Primer prevenció, szűrővizsgálatok, rizikófaktorok meghatározása, állapotfelmérés. Az egészségérték fenntartása szempontjából nagyon fontos szakasz, mely képes megelőzni a kezelés szükségességét.
<b>II. Diagnosztizálás</b>	Anamnézis, különböző diagnosztikus vizsgálatok, több szakma részvételével, a kezelési terv felállítása. A pontos diagnózis határozza meg a további folyamatok eredményességét és kiszámíthatóságát.
<b>III. Terápia előkészítés</b>	Beavatkozások előtt a beteg előkészítése, állapotának optimalizálása, rizikófaktorok csökkentése, a kezelési terv felállítása.
<b>IV. Intervenció</b>	Lehet műtét, gyógyszeres kezelés, pszichoterápia, bármilyen más beavatkozás. Ez hagyományosan az orvosi tevékenység lényege. A beavatkozások nagyon széles skálája ismeretes az orvostudományban, önállóan vagy összetett formában.
<b>V. Rehabilitáció</b>	Beavatkozások utáni kezelések, kontrollvizsgálatok, amelyekre az ellátórendszer szereplői jellemzően szintén kevesebb gondot fordítanak. A beteg beavatkozás utáni, közvetlen gyógyulási periódusára kevésbé figyelnek, nem megfelelően „menedzsel”, pedig sok esetben a szövődmények kialakulását, újabb hospitalizáció szükségességét előzheti meg.
<b>VI. Monitorozás/Egészség-megőrzés</b>	A kezelt beteg hosszú távú önmenedzselése és ebbeli támogatása szintén megelőzheti az újabb kezeléseket, ahol ismételt diagnózisra, előkészítésre, beavatkozásra lehet szükség.

1. táblázat: Az egészséggondozási értékláncnak megfelelő tevékenységláncok alfolyamatainak meghatározása.

Alfolyamat (Kötelező)	Részfolyamat (Opcionális)
<b>I. Megelőzés/monitorozás</b>	1. Megelőzés
	2. Felderítés
	3. Kockázatkezelés-, gondozás, szolgáltatástervezés alapján
<b>II. Diagnosztizálás</b>	1. Kockázati profil, kockázati egészségterv készítése
	2. Felismerés
	3. Diagnózis felállítása kivizsgálási terv alapján
	4. Állapotfelmérés, átvizsgálási terv alapján
<b>III. Terápia előkészítés</b>	1. Betegségspecifikus egészségterv készítése
	2. Terápiás terv készítése
	3. Páciens cselekvési terv
	4. Gondozási terv készítése
	5. Rehabilitáció/rehabilitáció tervezése
	6. Egyéb előkészítő tevékenységek
<b>IV. Intervenció</b>	1. Terápia beállítása
	2. Állapotrosszabbodás kezelése
<b>V. Rehabilitáció</b>	1. Rehabilitáció/rehabilitáció
<b>VI. Monitorozás/Egészségmegőrzés</b>	2. Stabil állapotú beteg követése/gondozása/ápolása

2. táblázat: Az egészséggondozási értékláncnak megfelelő tevékenységláncok alfolyamataihoz tartozó részfolyamatok listája.

Egy tevékenységelem leírásának sablonja

ÚTMUTATÓ		
INPUT	Küldő / kapcsolódó folyamat vagy tevékenységlépés	Kapcsolódó folyamat megnevezése vagy az előző tevékenységlépés sorszáma. Ezt az információt csak a folyamatábrázolást követően érdemes a táblázatban feltölteni.
	Információcsomag	A tevékenység alapjául szolgáló információcsomag. Általában ez egyben az előző lépés outputja is.
	Állapot	Az az egészségi állapot, melynek eredményeként a tevékenység elvégzése szükséges. Ez általában az előző lépés output állapota lesz. Klinikai tevékenységlépés esetén szükséges az állapot cella kitöltése.
TEVÉ- KENY-SÉG	Tevékenység leírása	<p>Az adott folyamaton belül a folyamatlépés (tevékenység) sorszáma. Amennyiben az adott tevékenységet fel kell bontani résztevékenységekre is (párhuzamos vagy időben egymást követő tevékenységek esetén is) az alkalmazandó jelölés: 1/a.; 1/b. stb.</p> <p>Egy tevékenységlépést a következő négy kérdés határoz meg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ki? (kompetencia és felelősség)</li> <li>• Hol? (helyszín és eszköz)</li> <li>• Mikor? (idő)</li> <li>• Mit? (output)</li> </ul> <p>Egy tevékenységelem lehatárolása (vagyis külön elemként való leírása) az alábbiaktól függ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• külön kompetencia szükséges, vagy</li> <li>• különböző helyszínen történik, vagy</li> <li>• időben eltérés van.</li> </ul>
	Tevékenység neve	A tevékenységelem rövid, összefoglaló megnevezése.

ÚTMUTATÓ		
	<b>Tevékenység típusa</b>	A következő fő folyamatszakaszok valamelyike: <b>ME:</b> Megelőzés; <b>DG:</b> Diagnosztizálás; <b>TE:</b> Terápia előkészítés; <b>IV:</b> Intervenció; <b>RH:</b> Rehabilitáció; <b>MO:</b> Monitorozás/egészségmegőrzés
	<b>Tevékenység leírása</b>	A további feldolgozáshoz szükséges részletességgel történő leírás, a forrásként kiválasztott klinikai ajánlás(ok) alapján. Ha a tevékenység több tevékenységelemből áll, azokat külön kell felsorolni.
	<b>Háttér ajánlás(ok)</b>	A háttérként szolgáló hazai klinikai ajánlás(ok) megadása, ennek hiányában bizonyíték(ok)on vagy szakmai konszenzuson alapuló klinikai jellegű ajánlás (ajánlások), aminek gyakorlati bevezetését az adott tevékenység biztosítja! Az ajánlás és egyéb források azonosíthatósága érdekében a következő módon rendszerezett információk megadása szükséges: <ul style="list-style-type: none"> <li>• klinikai egészségügyi szakmai irányelv (külföldi esetén a clinical guideline) azonosítója (pl. 000678), címe;</li> <li>• megjelenés éve (hónap is, ha megadják);</li> <li>• ha van link (URL), annak elérhetősége;</li> <li>• ajánlás sorszáma, ha van (pl. Ajánlás5), ennek hiányában a (pdf) dokumentumon belüli elhelyezkedése (pl. 23. oldal, lap teteje, 3. francia bekezdés).</li> </ul>
<b>KOMPE- TENCIÁK</b>	<b>Végrehajtó kompetenciái</b>	Végrehajtó az, aki a tevékenység végrehajtásáért (nem az eredményért) felelősséget vállal.
	<b>Közreműködő kompetenciái</b>	Közreműködő az, aki a tevékenység végrehajtását aktívan segíti, és szükséges ahhoz, hogy a tevékenység végrehajtása megtörténjen.

ÚTMUTATÓ		
	<b>Kompetencia halmazok</b>	<p>I. HR kompetenciák</p> <p>II. Infrastruktúra, eszközök, berendezések</p> <p>III. Szervezési, operatív kompetenciák</p>
	<b>Kompetencia elemek</b>	Az egyes kompetenciahalmazok megfelelő szintjei szerinti elemek
	<b>Páciens kompetenciái</b>	Az egyén kompetenciái, amellyel a tevékenységet megvalósítja vagy a megvalósításhoz hozzájárul.
	<b>Támogatók kompetenciái</b>	Azok a kompetenciák, amelyek a páciens az adott tevékenység megvalósításában vagy megvalósításának hozzájárulásában támogatják, azt elősegítik.
<b>OUTPUT</b>	<b>Fogadó /kapcsolódó folyamat</b>	<p>A tevékenységhez kapcsolódó folyamat. Csak a releváns kapcsolódó folyamatok megjelölése szükséges.</p> <p>Itt lehet az ún. kilépési pontokat megadni, vagyis azon folyamatokat meghatározni, melyekbe az egyén átlép.</p>
	<b>Információcsomag</b>	A tevékenység eredményeként létrejövő információ-csomag. Ez jellemzően a következő tevékenység inputja is egyben.
	<b>Állapot</b>	A tevékenység eredményeként elvárt egészségi állapot(ok), melyek további meghatározott tevékenységek elvégzését teszik szükségessé.
<b>EGYÉB SZEM-PONTOK</b>	<b>Mikor?</b>	Az az időintervallum, amennyit várni kell az előző lépéshez képest vagy amelyen belül mindenképpen meg kell történnie az adott tevékenységlépésnek. Ezek az idő adatok alapozzák meg a gyakorlati megvalósítás során alkalmazandó kritikus időintervallumokat.
	<b>Azonosított veszély</b>	Amennyiben az adott tevékenység elvégzésekor van olyan potenciális akadályozó tényező, vagy ismert veszélyforrás (pl. klinikai technológiai,

ÚTMUTATÓ		
		(munka)egészségügyi, pénzügyi-gazdasági, kommunikációs, finanszírozási, fenntartói, környezeti, üzleti, idő stb.) amit a kockázatelemzésnél figyelembe kell venni.
	<b>Kritikus lépés?</b>	Igen a válasz, amennyiben az adott tevékenység a leírt folyamat elvégezhetősége, eredménye vagy az eredmény minősége szempontjából kritikus (pl. megbiztonsági szempontból). Mivel minden kritikus elemhez indikátor megnevezése kötelező, és egy folyamathoz max. 3-5 indikátort célszerű megnevezni, ennek függvényében kell eldönteni, hogy a sok fontos lépésen belül melyiket tekintjük kritikusnak.
	<b>Indikátorjavaslat</b>	Az adott tevékenységhez kapcsolható valamilyen mérhető és összehasonlításra alkalmas minőségi vagy mennyiségi mutató. Amennyiben a tevékenység kritikus, úgy indikátor megnevezése mindenképpen szükséges.
	<b>Külső auditot végző kompetenciái</b>	A folyamat/tevékenység megvalósulását, végrehajtását vagy az eredménye értékelését ellenőrző/megerősítő külső auditot végzők tekintetében milyen elvárások fogalmazandók meg. (Nem tartozik ide pl. az ISO MIR rendszer audit, a hatósági tevékenység keretében végzett audit.)

3. táblázat: Egy tevékenységelem leírásához szükséges információk köre és tartalma.

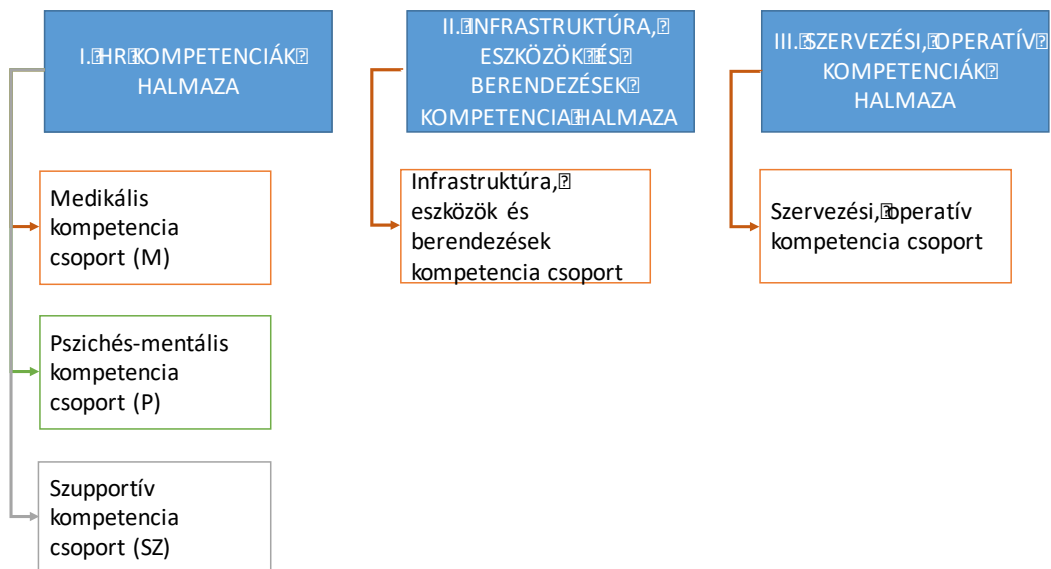


### X.3. Kompetenciamátrix

A Service Dominant Logic szerint megvizsgált 31 betegség, illetve egészségkockázati állapot tranzakcióinak folyamatait leíró tevékenységelemek mindegyikéhez hozzárendeltem a megvalósításhoz szükséges kompetenciákat. A kompetenciák teljes körét összesítettem, csoportosítottam, összefüggéseiket megvizsgáltam, amelynek nyomán egységesen alkalmazható egészségügyi és páciens kompetenciamátrixot hoztam létre.

Egészségügyi kompetenciamátrix

- I. HR kompetenciák halmaza,
- II. Infrastruktúra, eszközök és berendezések kompetenciahalmaza,
- III. Szervezési, operatív kompetenciák halmaza.



5. ábra: Egészségügyi kompetenciahalmazok.

#### HR kompetenciák halmaza

A kompetenciahalmaz az egészségügyi szolgáltatások sajátosságainak megfelelő a következő kompetenciacsoportokra osztható fel:

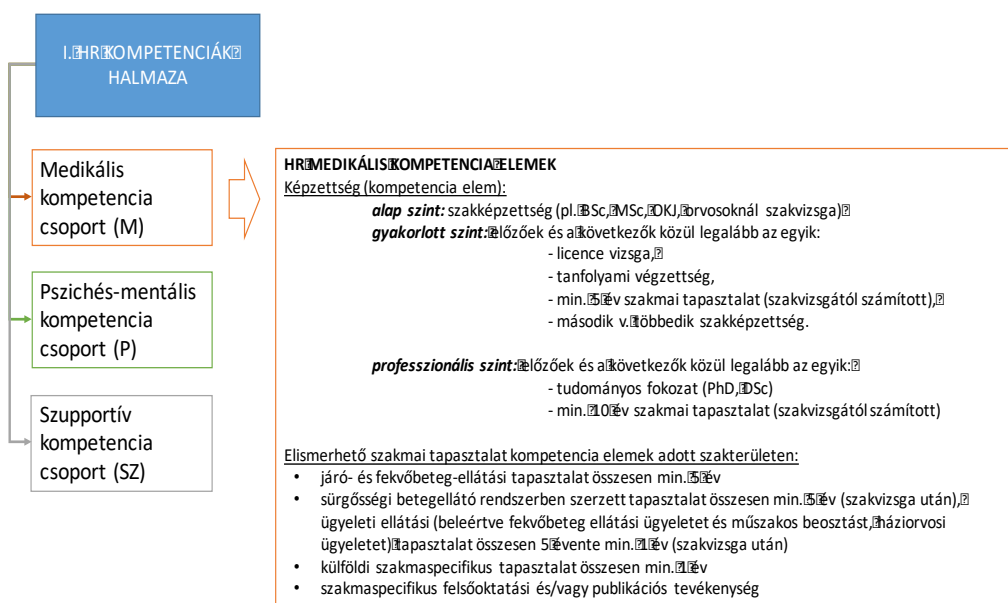
- medikális kompetenciacsoport,
- pszichés-mentális kompetenciacsoport és
- szupportív kompetenciacsoport.

Az egyes kompetenciacsoportok definíciói, a kompetenciákhoz tartozó jelenlegi és tervezett munkakörök és szerepkörök; valamint a kompetenciacsoporton belüli besorolást lehetővé tevő kompetenciaelemek és azok szintjei:

### Medikális kompetenciacsoport

**Medikális kompetencia:** minden olyan képzettség, tapasztalat, képesség és készség egyéni ötvözete, ami képessé teszi a szolgáltatót, illetve a szolgáltatásban célzottan résztvevőt a hagyományosan értelmezett diagnosztikus és terápiás alapú medicális feladatok elvégzésére.

Pl. alap: szakorvos (háziorvos is ide sorolt), szakápoló, dietetikus, gyógytornász, konduktor, mozgásterapeuta, területi védőnő, praxisnővér, háziorvosi asszisztens, házi szakápoló, gyógyszerész, fizioterápiás szakember, iskolavédőnő, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta stb. + megszerzett képzettség.

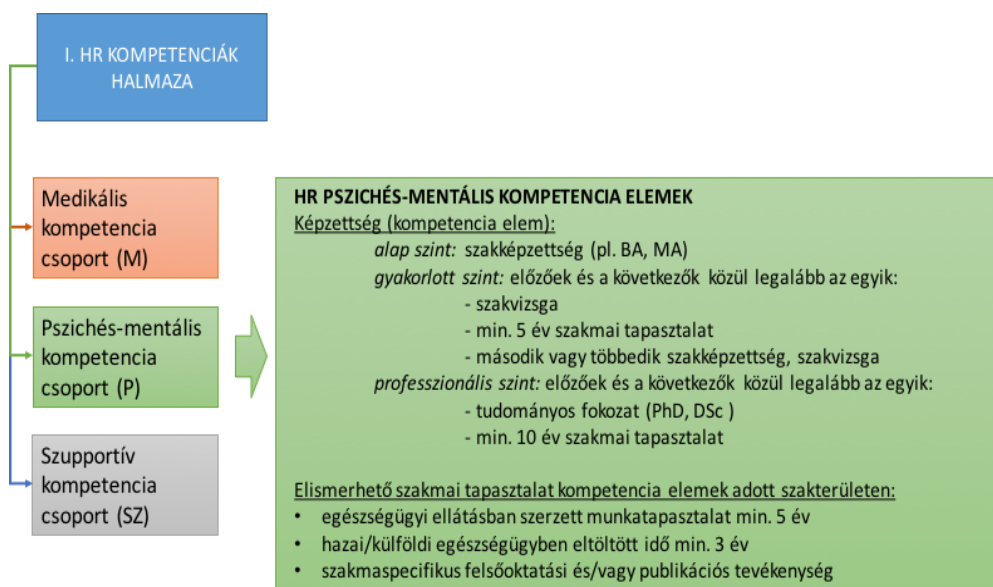


6. ábra: A medicális kompetenciacsoport és annak kompetenciaelemei.

### Pszichés-mentális kompetenciacsoport

**Pszichés-mentális kompetencia:** minden olyan képzettség, tapasztalat, képesség és készség egyéni ötvözete, ami képessé teszi a szolgáltatót, illetve a szolgáltatásban célzottan résztvevőt a szolgáltatást igénybe vevő egyénnel kapcsolatos, az egészséggondozási értéklánc során megjelenő pszichológiai, edukatív és kokreációs feladatok elvégzésére.

Pl. alap: pszichológus, klinikai szakpszichológus, egészségtanácsadó, gyógypedagógus, pszichopedagógus, szomatopedagógus, szociálpedagógus, szurdopedagógus, tiflopedagógus, mentálhigiénés szakember stb. + megszerzett képzettség.

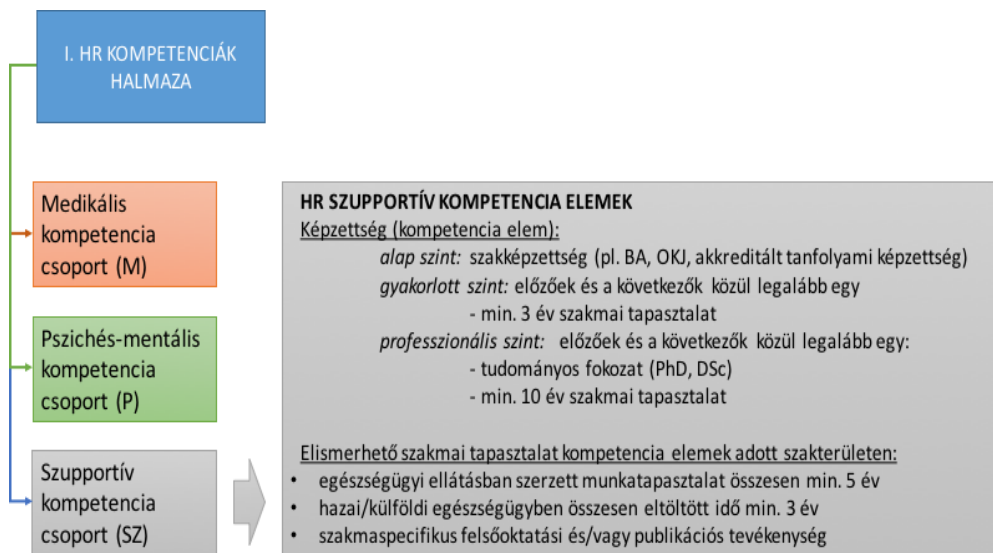


7. ábra: A pszichés-mentális kompetenciacsoport és annak kompetenciaelemei.

### Szupportív kompetenciacsoport

**Szupportív kompetencia:** minden olyan képzettség, tapasztalat, képesség és készség egyéni ötvözte, ami képessé teszi a szolgáltatót, illetve a szolgáltatásban célzottan résztvevőt a szolgáltatást igénybe vevő egyénnel kapcsolatos, az egészséggondozási értéklánchoz adott esetben kapcsolódó szociális, gondozási és szervezési feladatok elvégzésére.

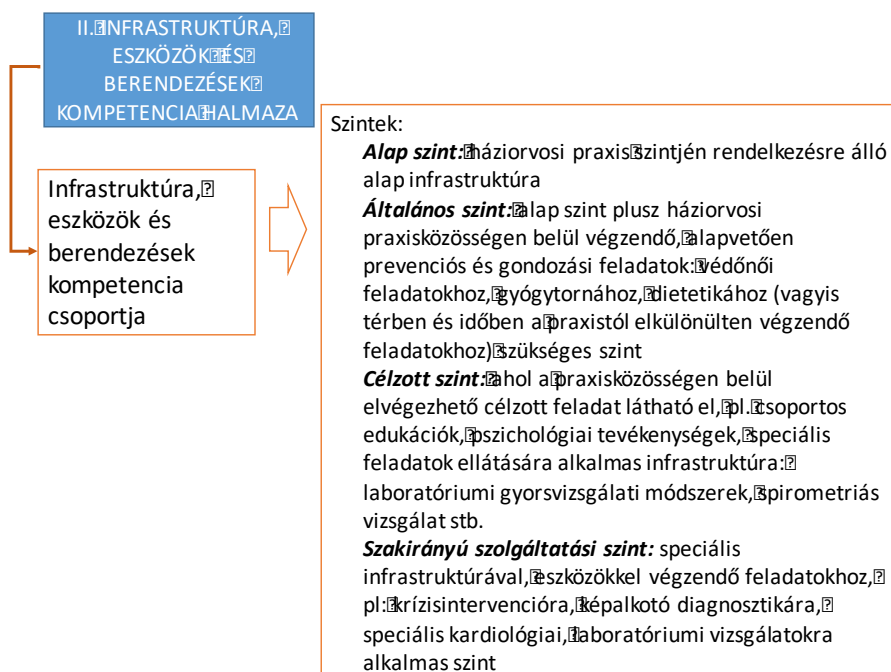
Pl. alap: adminisztratív feladatokat ellátó személyzet, szociális munkás, egészségtanácsadó, népegészségügyi ellenőr, betegszállítás stb. + megszerzett képzettség.



8. ábra: A szupportív kompetenciacsoport és annak kompetenciaelemei.

## Infrastruktúra, eszközök és berendezések kompetenciák halmaza

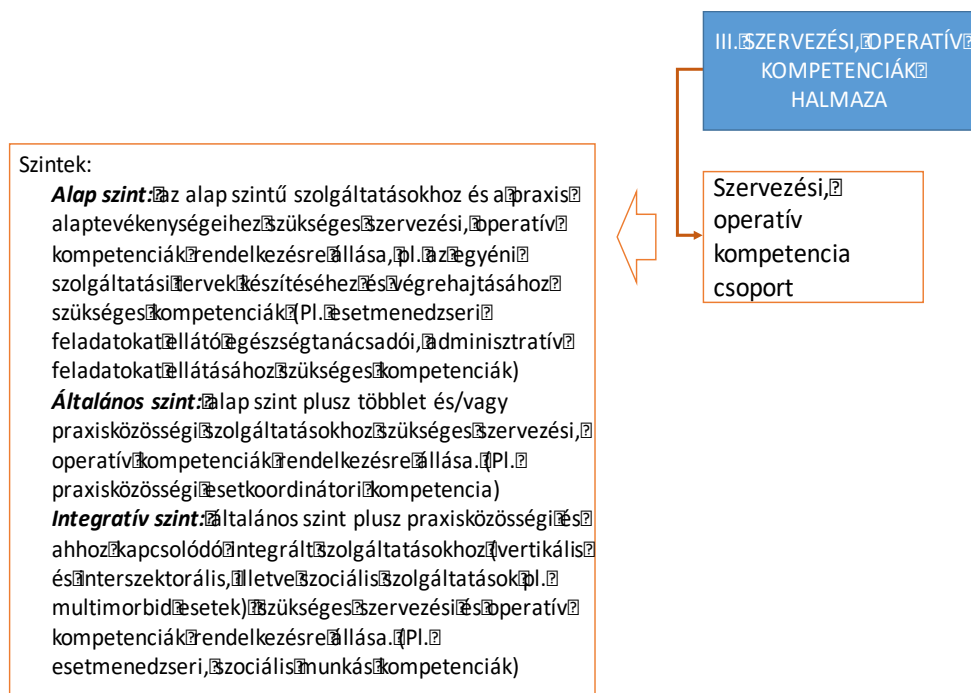
Mindazon infrastrukturális, eszköz- és berendezésigényt magába foglalja, amik az adott szolgáltatás specialitásainak megfelelnek.



9. ábra: Az Infrastruktúra, eszközök és berendezések kompetenciacsoportja és annak szintjei.

## Adminisztratív, operatív kompetenciák halmaza

Minden olyan szervezési, működési és működtetési szükségletet és folyamatot magába foglal, ami az adott szintű szakmai szolgáltatás operatív háttértámogatását szolgálja [Sümei2015].



10. ábra: A szervezési operatív kompetenciacsoporthoz és annak szintjei.

## Páciens kompetenciamátrix

Az egészségérték megteremtése kókerációs folyamat az egészségügyi szolgáltató és a páciens között. Elengedhetetlen, hogy a páciens is aktív részese és alakítója legyen a saját egészségfejlesztésének. Ez a folyamat együtt jár a páciens nagyobb mértékű bevonódásával az egészségérték megteremtésének folyamatába, melynek kiindulási alapja a szolgáltatói oldal felőli felhatalmazás. Ezen folyamat eredményeként a páciens nagyobb felelősséggel tartozik önmagáért. Ez a páciensközpontú szemlélet az egyének egészségtudatossága és saját kompetenciáik által valósul meg [Csépe2015].

A páciens kompetenciamérésének célja azt vizsgálni, hogy

- várhatóan megérti-e a páciens az egészségére vonatkozó, adott módon, pl. írásos formában átadott információkat;

- várhatóan képes lesz-e bizonyos döntéseket önállóan meghozni;
- várhatóan képes lesz-e a kezelési folyamatban öntevékenyen, megfelelő motiváltsággal és együttműködve részt venni.

A pácienskompetenciák vizsgálatára az egyéni egészségtervezés célját és a gyakorlati megvalósíthatóságot tekintve nem a kvantitatív adatokat szolgáltató mérőeszközök, tesztek alkalmasak, hanem a szakértők által kitöltendő kritérium-orientált skálák alkalmazása, mely pontos és megbízható módszer a kompetenciamérésben.

A szakértők által kitöltendő kritérium-orientált skálák témakörei, kérdés guide, a mérendő kompetenciák fogalmi meghatározása és csoportosítása az alábbi.

Páciens kompetencia csoportok	Forrás	Indikátor	Kérdés
<b>Észlelés, megértés</b>			
aktív, koncentrált figyelem		demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
írott kommunikáció megértése	Felnőttek képesség- és készségmérése (PIAAC): OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills, OECD Publishing, 59.o.	demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
szóbeli kommunikáció megértése	Az egész életen át tartó tanuláshoz szükséges kulcskompetenciák európai referenciakerete (Európai Tanács) alapján: <a href="http://ofi.hu/tudastar/nemzetkozi-kitekintes/egesz-eleten-at-tarto#7">ofi.hu/tudastar/nemzetkozi-kitekintes/egesz-eleten-at-tarto#7</a>	demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
ok-okozati összefüggések megértése		demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
képes új ismeretek elsajátítására		demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
kifejezőkészség		demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
információkezelés készsége		demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
információmegosztás készsége		demográfia: iskolai végzettség	igen/nem
Egészségtudatosság, egészségviselkedés			alacsony/átlagos magas
felelősségvállalás saját egészség iránt		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
egészségtudatos magatartás		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
stressz megelőzés és -kezelés		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
egészségtudatosság mértéke	Az Európai Bizottság definíciója: <a href="http://kazaianita.wordpress.com/2014/07/08/egeszsegtudatossag-egeszseg-health-literacy">kazaianita.wordpress.com/2014/07/08/egeszsegtudatossag-egeszseg-health-literacy</a>	egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
komptens segítségért kér		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
önmotiváció, változtatási készség		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
<b>Önmonitorozás</b>		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
aktív részvétel	Martin et. al. (2011): Patient Activation and Advocacy: Which Literacy Skill Matter the Most? Journal of Health Communication. 16:177-190	egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
<b>Szociális-társadalmi</b>		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
együttműködési készség		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
megbízhatóság		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
asszertivitás, önérvényesítő képesség	Martin et. al. (2011): Patient Activation and Advocacy: Which Literacy Skill Matter the Most? Journal of Health Communication. 16:177-190	egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
<b>Megküzdés</b>		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
nehézségek, problémák kezelése		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
problémafelismerés és megoldás készsége		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
döntés képessége		egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas
informatikai ismeret, eHealth haszn	PIAAC definíciója: OECD Skills Outlook 2013: First Results from the Survey of Adult Skills, OECD Publishing, 59.o.	egészségtanácsadó interjú	alacsony/átlagos magas

4. táblázat: Pácienskompetencia csoportok és indikátorok meghatározása.

#### **X.4. Egyéni egészségtanácsadás**

A feladat elsődleges szerepe a II.4. fejezetben szereplő Grönroos féle teljes kokreációs térben a szolgáltató és az ügyfél közös terének megvalósítása.

Az egészségtanácsadás a korábban Lantos és Csépe által 2011-ben leírt terápiamenedzser vagy egészségmenedzser eszközrendszerének továbbfejlesztése.

A pontos megtervezéséhez szakértői workshopok sorozatát tartottam meg és irányítottam 2014. szeptember és 2015. október között, valamint az egészségtanácsadás tesztje során rövid interjúkat elvégzését irányítottam a bevont praxisokban dolgozó háziorvosokkal és az egészségtanácsadókkal [John2015].

A szolgáltató és ügyfél kapcsolatát jelentő közös tér kialakítása szempontjából az első és legnagyobb kihívást a háziorvosok és a praxisnővérek pozitív hozzáállásának kialakítása jelentette. A visszajelzések alapján ez döntően befolyásolta az egészségtanácsadásra érkező egyén elsődleges hozzáállását az egészségtanácsadáshoz. Az esetek többségében a megkérdezett háziorvosok pozitívan nyilatkoztak az egészségtanácsadókról.

Néhány esetben technikai, szervezési okok miatt elakadt az együttműködés, valamint a háziorvosok közül néhányan elzárkóztak attól, hogy külsős személyt engedjenek be a praxisukba. Nyitottságukat elsősorban az határozza meg, mennyire bíznak a tanácsadóban, ismerik-e korábról, esetleg ők is részt vehettek-e kiválasztásukban.

A második fontos szempontot az egyén igényei jelentik az egészségtanácsadás szempontjából. A kvalitatív visszajelzések során egyértelművé vált, hogy az egészségtanácsadás e tekintetben jelentős mértékben változtathat azon, hogy az egyén korábbi negatív tapasztalat ellenére is fontosnak érezze magát az egészségügyben. A közös térben és az ügyféltéren belüli használatbeli értékteremtés eszközeként alkalmazott egyéni egészségtervező szoftver lehetőséget teremtett arra, hogy egészségtervét saját maga alakíthassa, és arra is, hogy azt magának hosszú távon is elérhetővé tegye. A kitöltés által nagyobb felelősséget élhetett meg saját egészségi állapota tekintetében.



Az egészségtanácsadás megítélésében szerepet játszott az egyén elvárása, előzetes feltételezése az egészségtanácsadói tevékenységről. Legkönnyebben az általuk már korábban, az egészségügyből ismert tanácsadókkal tudtak hatékonyan, koncentráltan az egészségüket érintő tanácsadást folytatni.

Meghatározó volt, hogyan vezeti be a háziorvos, illetve a praxisnővér a feladatot. Legmeghatározóbb az egészségtanácsadó attitűdje, fellépése és felkészültsége volt.

Az egészségtanácsadók 74%-a érkezett az egészségügyből és csupán 8,8%-a szociális területről, további 17,2% pedig egyéb területről. Az előkészítés ideje alatt nem volt egyértelmű elvárás az egészségügyi alapvégzettség az egészségtanácsadóktól, csak azon egészségügyi alapismeretek megszerzése, amelyek a tanácsadás folytatásához szükségesek. Az első tapasztalatok és a visszajelzések azt erősítik, hogy a tranzakciók során igénybe vett kompetenciák jelentős mértékben kötődtek az egészségüghöz, így a későbbiek folyamán érdemes az egészségügyi végzettséget alapfeltétellé tenni.

A visszajelzések alapján kiemelten könnyedén teljesítették a feladatot a védőnői háttérű, illetve a praxisokban már jó kapcsolatokkal rendelkező egészségügyi végzettségű, ám az új szemléletre nyitott egészségügyi dolgozók. Népszerűek voltak a szociális munkás háttérű munkatársak is, esetükben azonban több esetben hiányzott az egészségügyi alaptudás, illetve a tranzakciók egy részénél túlléptek a tanácsadás határain, és a személyes problémák intervenciós megoldását kezdeményezték.

Az adatok szerint az egészségesek egyéni egészségtervének teszttemájába háziorvossal kitöltött, illetve háziorvos által bevont, de egészségtanácsadásban részt nem vett egyének esetében mind a célállítások, mind a cselekvési tervek aránya 47%-os volt. Ugyanez az érték abban az esetben, ha egészségtanácsadó is részt vett az egészségtanácsadási folyamatban, mindkét esetben 77%-os. Ez egyértelműen rávilágít arra, hogy az egyének cselekvésre ösztönzése jelentősen nagyobb mértékben történt meg abban az esetben, ha egészségtanácsadóval dolgoztak.

A háziorvosok visszajelzése az egészségtanácsadókról

2015. május 26. és szeptember 10. között az egészségtanácsadókkal dolgozó több mint 150 háziorvos közül 106-ot kérdeztek meg a vezető egészségtanácsadók az egészségtanácsadókról szerzett első benyomásokról. A megkérdezések strukturált kérdőív alapján, telefonon zajlottak. A kérdőívet a Függelék tartalmazza.

Az eredményeket pozitív irányban befolyásolhatta három tényezőcsoport:

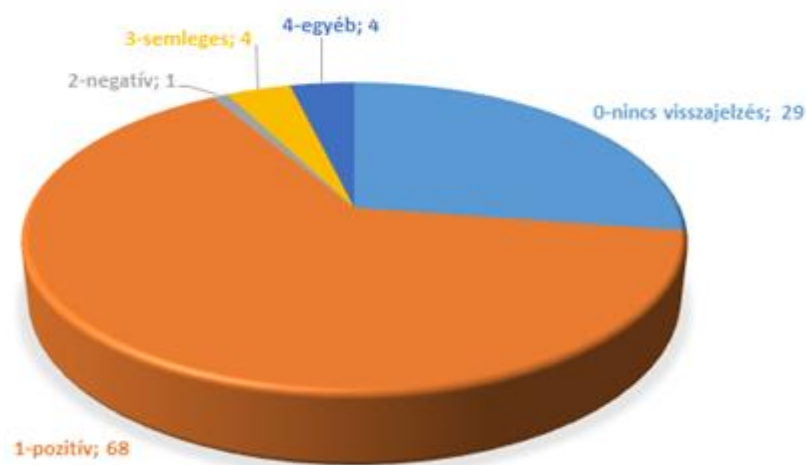
- a házi orvosok egy részével kapcsolatot tartó vezető egészség tanácsadók voltak a kérdezőbiztosok,
- a házi orvosok közül az együttműködő, nyitott orvosok válaszoltak,
- az egészség tanácsadók közül többeket ismetek a házi orvosok, praxis nővérek korábbról.

A vizsgált témakörök:

Az egészség tanácsadókrol és fejlesztési projektről való tájékozottság.

A megkérdezett 106 házi orvos közül a projektvezetés egészség tanácsadókra vonatkozó levelét 72 fő (68%) olvasta.

A házi orvosok értékelték a bevont páciensektől hozzájuk érkezett visszajelzést az egészség tanácsadók munkájáról. A 106 orvos közül 64 főhöz érkezett pozitív visszajelzés az egészség tanácsadók munkájáról, 27 fő nem adott választ a kérdésre. Egyetlen orvos számolt be egyértelműen negatív visszajelzésről, négy orvos semleges és négy orvos vegyes reakciókat kapott a munkával kapcsolatban.



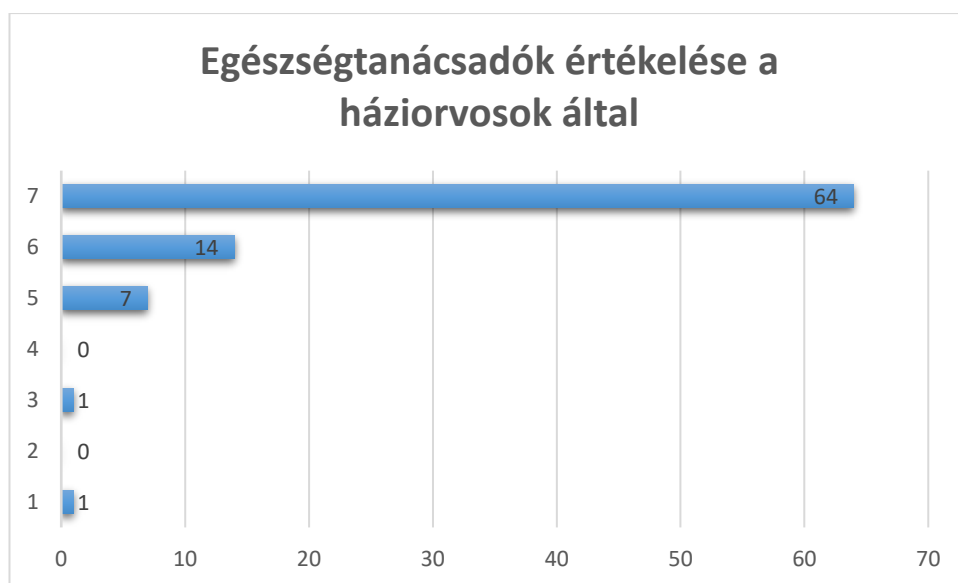
11. ábra: A háziorvos szerint a bevont egyének miként értékelik az egészség tanácsadóval folytatott munkát.

Az egészség tanácsadás hasznosságára jó példa az egyik válaszadó házi orvos beszámolója:

*„A bevontjaim között vannak egészségügyi dolgozók, akik nehezen tudták elképzelni, hogy „mi újat mondhat számukra a tanácsadó”. A találkozás után elmesélték nekem,*

*hogy valóban voltak olyan dolgok, amire rávilágított a beszélgetés, és egy másfajta szemléletet mutatott meg számukra. Ezen egyének is hasznosnak ítélték a találkozót.”*

A háziorvosok személyes összbenyomása az egészségtanácsadókról hétfokozatú Likert-skálán egyértelműen pozitív volt. 64 háziorvos 7-re, 14-en 6-ra értékelték a teljesítményt. 9 esetben nem érkezett válasz, jelezve, hogy még nagyon kevés ideje dolgoznak együtt. 7 fő adott 5 pontot, illetve összesen 2 válasz esett inkább negatív tartományba, ezekben az esetekben technikai, szervezési okok miatt elakadt az együttműködés.



12. ábra: A háziorvosok értékelése az egészség tanácsadókról.

Alapvető pozitívumként emelték ki az orvosok a tanácsadók segítőkészségét, nyitottságát, empátiáját és felkészültségét.

*„Egészség tanácsadónk nagyon lelkes, kedves, temperamentumos lány. Páciensekkel jó hangulatú, pörgős beszélgetést folytat. Készségesen ad tanácsot, illetve utánanéz annak, ha valamilyen speciális kérdése van az egyéneknek, s a válaszokat e-mailben megküldi neki.”*

*„Az első tanácsadáson hamar kialakult egy családi hangulat. A résztvevő személyekben percek alatt kialakult a bizalom. A tanácsadás vidám hangulatban telt, főként fiatal, érdeklődő, őszinte résztvevők voltak.”*

Külön kiemelték annak előnyét, ha az egészség tanácsadó helyi lakos, ismeri az egyéneket.

Az esetek többségében nem a házi orvos, hanem a praxisnővér volt a tanácsadó partnere, ahogyan ez a tanácsadók megkérdezésekor kiderült.

A házi orvosok egyértelműen a pácienseikhez fűződő személyes jó viszonyuk alapján tudták őket meggyőzni a részvételről.

Az orvosok aktív, nyitott egyéneket választottak be a projektbe. A válaszok alapján egyértelmű, hogy az új munkakör megerősödéséhez elengedhetetlen a házi orvosok támogatása és bizalma.

*„Személyes jó viszonyom a betegeimmel volt az ok, amiért egyáltalán ebben a projektben részt vettek. Erős bizalmi viszonyt feltételez orvos-beteg-egészségtanácsadó között.”*

Azok a tulajdonságok, amelyeket a házi orvosok elvárnak egy egészségtanácsadótól.

A válaszok között kiemelten jelenik meg a nyitottság, a hitelesség, az empátia és a jó kommunikációs készség, és az ehhez tartozó kapcsolatteremtő készség, motivációs készség, meggyőzőkészség, illetve a türelem.

Egyértelmű elvárás, hogy az egészségtanácsadó rendelkezzen magas szakmai felkészültséggel, egészségügyi végzettséggel.

*„Kiegyensúlyozott, nyugalmat árasztó személyiség legyen, akiben hamar megbízik a páciens, és akarjon támaszkodni a segítségére. Szakmailag jól képzett, szélesebb körben tájékozott legyen, hogy bármilyen, egészséggel kapcsolatos témában a feltett kérdésekre tudjon válaszolni.”*

Megjelent az ügyfélközpontúság és a személyes hitelesség igénye, valamint az informatikai és a dietetikai ismeretek szükségessége is.

A házi orvosok által megfogalmazott javaslataik szerint a legfontosabb jelzésük, hogy hasznosnak, szükségesnek értékelik az új munkakört.

Mindenképpen erős szakmai képzést, egészségügyi végzettséget várnak az egészségtanácsadótól, és többen javasolják, hogy már tapasztalt, egészségügyben jártas munkatársak végezzék a feladatot.

A házi orvosok igénylik a kompetenciahatárok tisztázását, szükségesnek tartják a készségfejlesztést is és az informatikai ismereteket, valamint tisztázandónak látják az egészségtanácsadás helyszínének és infrastrukturális feltételeinek kialakítását.

Összegzésképp megállapíthatjuk, hogy a tesztben résztvevő, egészségtanácsadókat fogadni hajlandó praxisokban az új munkakör egyértelműen támogatást és megerősítést kapott.

#### Páciensek visszajelzése

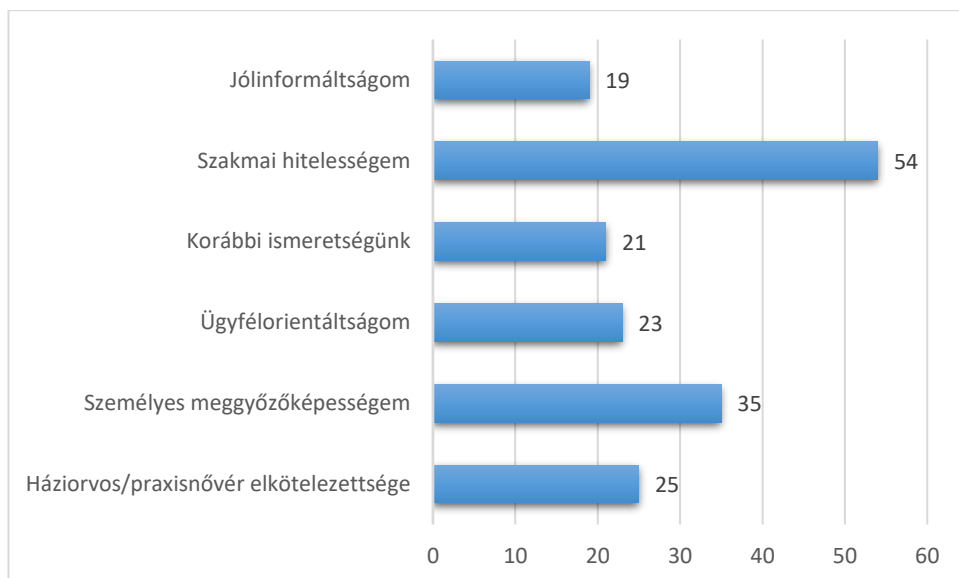
A beérkezett válaszok alapján a személyes találkozó megítélése az egészségtanácsadóval az egyének 12%-a negatív, emlékezetes találkozások, míg 54%-uk esetén pozitív emlékezetes. Az eredmény a teljesen új tevékenység és a behatások sokszínűsége miatt inkább pozitívan értékelhető.

#### Az egészségtanácsadók saját értékelése

A tesztidőszak utolsó szakaszában anonim kérdőív segítségével összegyűjtöttem a projektben dolgozó egészségtanácsadók véleményét egyes kérdésekről. A 110 egészségtanácsadónak és 21 vezető egészségtanácsadónak kiküldött kérdőívre 92 válasz érkezett (70%). Arra voltam kíváncsi, hogy milyen személyes benyomásaik alakultak ki a munkakörrel kapcsolatban, mit gondolnak arról, milyen tudás, készségek, kompetenciák szükségesek a munkakör hatékony ellátásához, és milyennek értékelik a kapcsolatukat a munka során velük kapcsolatba kerülő egyéb szakdolgozókkal.

A válaszadók 73,9%-a érkezett az egészségügyből, és csupán 8,7%-a szociális területről, további 17,5% pedig egyéb területről. A tesztidőszak folyamán nem volt egyértelmű elvárás az egészségügyi alapképzettség az egészségtanácsadóktól, csak azon egészségügyi alapismeretek megszerzése, melyek a tanácsadás folytatásához szükségesek. Az orvosok, egészségtanácsadók, egyének visszajelzései azt erősítik, hogy a későbbiek folyamán érdemes az egészségügyi végzettséget alapfeltétellé tenni.

A válaszadók 60 %-a a szakmai hitelességet jelölte meg annak a tényezőnek, amellyel meggyőzték a bevont egyéneket a bevonásról. Ez összefügghet azzal, hogy jelentős többségük az egészségügy területéről érkezett, ezért az egyén a tudásukat az egészség témakörében megkérdőjelezhetetlennek érezte. Emellett a személyes meggyőzőképesség, illetve a háziorvos és a praxisnővér támogatása is jelentős segítséget nyújtott az egyének elköteleződésében.



13. ábra: Az egészségtanácsadók véleménye az egyének bevonását leginkább támogató tényezőkről.

Míg a legnagyobb meggyőzőerőt a szakmai hitelesség jelentette, addig a jólinformáltságnak, a korábbi ismeretségnek jóval kisebb jelentősége volt abban, hogy a tanácsadó meggyőzze az egyént a közös munkáról.

Az egészségtanácsadóknak a háziorvossal, a praxisnővérral, valamint az egyéb egészségügyi szakdolgozókkal kialakított szakmai együttműködések közül a közös munka során a praxisnővérral alakult ki a legtöbb kiválóan működő kapcsolat, az esetek 84%-ában. Ezt követte a szakdolgozókkal kialakított kapcsolat, az esetek 73%-ába kiváló kapcsolattal, és a háziorvosok esetében 64% lett a kiváló kapcsolat és 25% az inkább működő kapcsolat.

A felmérés alapján a tanácsadók egyértelműen a praxisnővérekkel tudtak legjobban együttműködni az egészségügyi szereplők közül.

A tesztidőszak folyamán a tanácsadások során felmerült problémák igen sokrétűek voltak: egyeztetések, adminisztráció, információs és informatikai elakadások szép számmal fordultak elő. A segítséget nyújtó személyek közül a legtöbben a vezető egészségtanácsadót (25) említették, majd a praxisnővért (15), az egészségtanácsadó kollégákat (13) és a háziorvost (8). Megemlítették még a közösségi egészségügyi szolgáltatási iroda munkatársait (2), a helpdesket (4), a vezetőséget (2), a szakdolgozókat (2) és a szakmai vezetőket (2) is. Ezen kívül a saját tapasztalatot hatan emelték ki segítségként, valamint a kommunikáció, a közös hang megtalálása, az e-

mailen kapott tájékoztatások, a rugalmasság, az internet és kedvesség, humor is segített egy-egy helyzetben az egészségtanácsadók visszajelzése alapján.

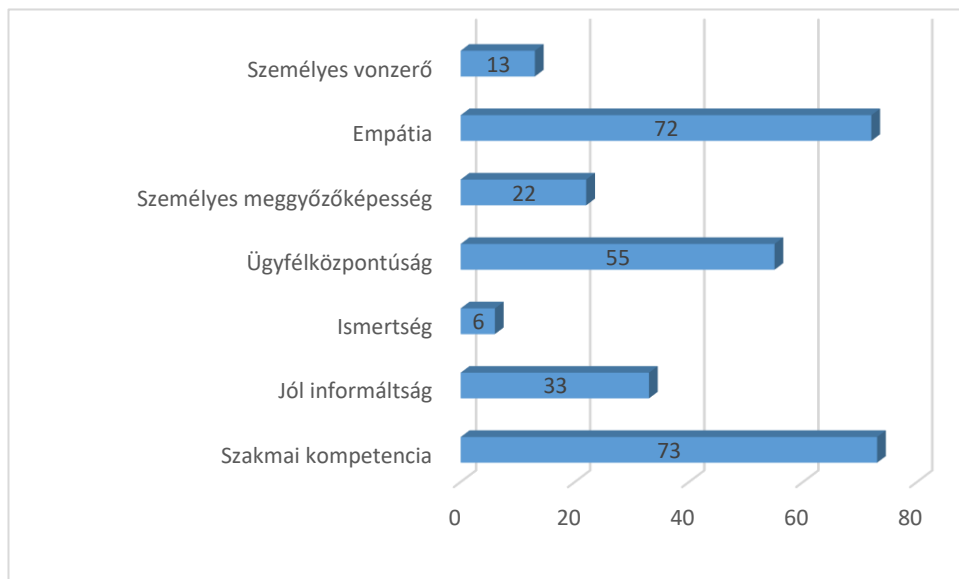
A megoldatlan problémák közül leggyakrabban említették a technikai nehézségeket (43%) és az információhiányt (21%). Emellett a válaszadók 23 %-a nem találkozott olyan problémával, amit nem tudott megoldani.

Az egészségtanácsadók kétharmada (69%) saját tevékenységük értékelése szerint teljesen hatékony és sikeres volt. Egyharmaduk (30 %) inkább hatékonynak és sikeresnek értékeli a munkáját, és egyetlen válaszadó érezte a munkáját inkább értelmetlennek és sikertelennek.

Az egészségtanácsadók többsége szerint szükség és igény van az egészségtanácsadói munkakörre, tevékenységre. Volt, aki így fogalmazott: „Az egészségtanácsadói munkakört a védőnőkéhez hasonló formában tudom elképzelni, adott háziorvosi körzetekkel való együttműködés a jó és hatékony munka érdekében.”

Többen azt jelezték, hogy hosszú évek folyamatos munkája szükséges ahhoz, hogy bekerüljön a köztudatba, valamint ahhoz, hogy integrálódjon az egészségügy rendszerébe az egészségtanácsadó munkakör. Az utánkövetés fontossága, az informatikai problémák megoldása, a szervezési hiányosságok kiküszöbölése, a tanácsadók folyamatos képzése, esetmegbeszélések tartása, az egészségtanácsadói identitás erősítése, a nagyobb időráfordítás szintén visszatérő javaslat volt.

Az egészségtanácsadók szerint feltétlenül szükséges kompetenciák közül a legtöbbször említett a szakmai kompetencia (81%) és az empátia (80%) volt. Az ügyfélközpontúságot a válaszadók 62 %-a, a jólinformáltságot 37%-a tartotta fontosnak. A meggyőzőképesség a válaszadók 25%-a szerint alapfeltétel, a személyes vonzerő 14 % és az ismertség 7 %-uk szerint.



14. ábra: Az egészségtanácsadók szerint a munkakör végzéséhez feltétlenül szükséges kompetenciák (három lehetséges válasz).

### Az egészségtanácsadó fogalma

Az egészségtanácsadó az **egészségügyi szolgáltató rendszer integrált résztvevője**, akinek kiemelt feladatai közé tartozik a közösség tagjai és a különféle szintű és típusú egészségügyi és szociális szolgáltatók közötti **kapcsolat biztosítása és koordinálása**, az egyének/ügyfelek és a közösség **ösztönzése, támogatása** az egészségük fejlesztésében, melyek által költséghatékony módon megvalósítható a szolgáltatásokhoz való egyenlő hozzáférés és az egyének magasabb szintű életminősége.

A 2015.08.01-től életbe lépett 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról megjeleníti a következő alapellátási feladatot:

*ba)* egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségfejlesztése, egészségtervezésének támogatása [Magyar Közlöny2015].

Az egészségtanácsadó jövőbeli feladata, hogy megkönnyítse a háziorvos tevékenységét, aki az új szereplő támogatásával elsősorban orvosi, azaz gyógyító feladataira tud majd koncentrálni. Az egyén mellett áll az **egészségtervezés és a megvalósítás folyamatában**, hogy **könnyebbé, gyorsabbá és biztonságosabbá** tegye a tervezett életmódbeli változtatások végrehajtását.



Az egészségtanácsadó munkakör alapját szemléletünk szerint az egészség-coach feladatok képezik. A praxisok / praxisközösségek működése szempontjából azonban elképzelhető, hogy előnyös fenti feladat kombinálása az esetmenedzsment tevékenységgel. Az egészség-coach megbízható egészségügyi szakember (lehet ápoló, gyakornok, asszisztens, klinikai gyakorló pszichológus vagy orvos), aki a coaching eszköztárát kombinálja szakmai tudásával, támogatja az egyént egészségi állapotának menedzselésében, elsősorban krónikus betegségek, mint szívbetegség, diabétesz, daganatos megbetegedések stb. esetén [Moore2009].

### **Az egészségtanácsadó szerepei**

Az egészségtanácsadó különböző szerepeit legjobban az ún. teamlet-modell [Bodenheimer2007] írja le. A modell alapja olyan folyamat létrehozása, melyben az egészségtanácsadói támogatás lerövidíti az orvosi vizitek hosszát, de megkívánja az egészségtanácsadó folyamatos részvételét a vizit előtt és azt követően is.

#### **Célok**

- az egyén tapasztalatainak bővítése és készségeinek fejlesztése
- a folyamati és kimeneti eredmények javítása prevencióban a rutinfolyamatok delegálásával az egyénnek (elsősorban krónikus betegségek esetén)
- az orvosok terhelésének csökkentése
- az egészségügyi kiadások csökkentése a kórházi, sürgősségi ellátás csökkentésével az egyének folyamatos követésén, támogatásán keresztül

<b>Önmenedzsment támogatása</b>	<b>Híd az egészségügy (orvos) és az egyén között</b>	<b>Eligazítás az egészségügy rendszerében</b>	<b>Érzelmi támogatás</b>	<b>Folytonosság</b>
<p>Információt nyújt.</p> <p>Betegségspecifikus készségeket oktat.</p> <p>Népszerűsíti a viselkedésváltozást.</p> <p>Fejleszti a problémamegoldási készségeket.</p> <p>Ösztönöz a továbblépésre és a részvételre.</p> <p>Információkat nyújt az egészség megtartásával, egészségtudatos magatartással kapcsolatban.</p>	<p>Az egyén szövetségese.</p> <p>Biztosítja az egyén megértését és egyetértését</p> <p>biztosítja.</p> <p>Segít a szövegértésben.</p>	<p>Az egyént összekapcsolja a forrásokkal.</p> <p>Támogatás nyújtása.</p> <p>Bátorít.</p> <p>Hangot ad az egyénnek.</p>	<p>Érdeklődést mutat.</p> <p>Kíváncsi az érzelmeire.</p> <p>Részvétet mutat.</p> <p>Megküzdési technikákat tanít.</p>	<p>Családias hangulatot biztosít.</p> <p>Követ.</p> <p>Bizalmat épít.</p> <p>Jelenlétet biztosít.</p> <p>Elérhetőséget biztosít.</p>

5. táblázat: Az egészségtanácsadó feladatainak összefoglalása.

### **Az egészségtanácsadó feladatai**

Az egészségtanácsadó a szolgáltatás-menedzsment, az egyéni oktatás és tanácsadás/coaching területén lát el feladatokat.

#### **Menedzsmentfeladatok**

- Megismeri, feltárja az egyéni igényeket.
- Tevékenységének középpontjába az egyén igényét, az egészségértéket helyezi.
- Szolgáltatásutatót szervez, támogat, ellenőriz.
- Panaszokat kezel.

- Ismeri az egészségszervezési szakmai irányelveket (ESZSZIR), tevékenységelemeket és szolgáltatási folyamatot.
- Adatokat kezel, jelentéseket értelmez, oszt meg.
- Egyedi beszámolókat készít.
- Folyamatosan részt vesz a szolgáltatás-fejlesztésben, újabb igényeket továbbít.
- Nyomon követi az egyén elégedettségét.
- Kapcsolatot tart az egyénnel, az orvosszakmai és segítő teamekkel.
- Megosztja az egyénre vonatkozó adatokat és információkat az orvosszakmai teamek és az egyén között.
- Biztosítja a kapcsolatot a különféle szintű egészségügyi szolgáltatók és a közösség tagjai között.
- Nyomon követi, fejleszti és megosztja az egyéni elégedettségi és egyéb mutatókat.
- Önszerveződő csoporttalálkozókat tervez és szervez, elsősorban a praxison belül.

### **Támogatás és egészség-coaching**

Célállítás: Az egyénnel együttműködve rövid és hosszú távú egészségcélok megfogalmazása, a cél elérését biztosító cselekvési terv összeállítása.

### **Egészségterv-készítés**

- Támogatja az egyént egészségtervének elkészítésében.
- Támogatja az egyént egészségtervének betartásában.
  - Eszközei:
- Motiváló interjúkat folytat az egyén saját egészségét támogató tevékenységeinek ösztönzésére.
- Online, offline támogatást nyújt az életmódváltáshoz.
- Opcionális: hozzátartozói coaching-ülésekkel támogatja az egyén egészségtervét.

### **Életmódváltás támogatása**

- Támogatja az egyéneket és a csoportokat egészségük fejlesztésében, megőrzésében az egészségügyi igényeikhez illeszkedően.
- Tájékoztatja az egyént az adott állapotot támogató életmód-változtatás elemeiről.
- Javaslatot tesz életmód-változtatásra és elemeire.

- Tájékoztat az életmód-változtatást támogató szakemberek köréről.

Támogatást és motivációt nyújt az életmódváltáshoz.

### Tanácsadás és egészségfejlesztés

#### Információmenedzsment

- Tájékoztatja az egyént a betegjogokról.
- Tájékoztatja az egyént a térítésmentes és térítéses szolgáltatás lehetőségeiről.
- Tájékozott az egészséges életmód területein, beleértve a természetes gyógymódokat is.
- Az egyént tájékoztató anyagokkal (online, offline) látja el.
- Bevonja a hozzátartozókat a tanácsadási folyamatba, amennyiben az egyén beleegyezik.

#### Készségfejlesztés

- Készségekre, motivációkra vonatkozó kérdőív eredményeit megismeri, tudja értelmezni.
- Az egyéni kompetenciák figyelembevételével tanítja a gyógyszerek, gyógyászati eszközök stb. használatát.
- Támogatja a betegségre, terápiákra, így a gyógyszerhasználatra vonatkozó egyén általi megértést.
- Támogatja a helyes eszközhasználatot.



15. ábra: Az egészségtanácsadó hatását befolyásoló tényezők.

### **Innovatív elemek**

1. Az egészségtanácsadó kiegészíti a háziiorvosi munkát és azáltal, hogy preventív, támogató, tanácsadói feladatokat vesz le a házi orvos válláról, lehetővé teszi az orvos számára, hogy megfelelő mennyiségű időt fordítson a gyógyító munkára.
2. Rendszerszinten rendelkezik azon kompetenciákkal, melyekkel ez a kiegészítő, támogató tevékenység ellátható.
3. Az egészségtanácsadó munkája során kiemelt szerepet kap az a stratégiai prioritás, mely szerint az „Ösztönözzük az egészség fejlesztésében, az egészséges életmód választásában, és ha szükséges, a gyógyításában, valamint a gyógyulásában a felelős és együttműködő állampolgári részvételt. Biztosítjuk az Ön egészségével kapcsolatos széles körű ismereteket és készségeket.” (*„Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészségügyi Ágazati Stratégia*). A Magyar Egészségtervező Alkalmazás felépítése túlmutatott az állapotfelmérésen, célállítással és cselekvési terv készítéssel ösztönözte az egyént aktivitásra.
4. Az egészségtanácsadás célja az egészségérték optimalizálása, azaz a fennálló egészség megtartása, illetve a krónikus betegség tüneteinek karbantartása, az egyén kockázatai és hajlandósága mentén új, tudatos és folyamatosan pozitív irányba változó egészségstílus által.
5. Ezáltal minimalizáljuk mind az egészséges, mind a krónikus betegséggel rendelkező egyének esetén a járó-, illetve fekvőbeteg szakellátás igénybevételét.
6. A személyre szabott tanácsadás során hatással van az egyén (így a teljes lakosság) egészséggel kapcsolatos fogyasztói kosarának (egészségfogyasztásának) befolyásolására, eltolva azt a tudományosan megalapozott táplálék és étrend kiegészítők, illetve terápiák, egészséget megőrző-helyreállító módszerek, mozgásformák irányába.

### **X.5. Egyéni egészségtervezés**

Az egyéni egészségtervezésre a szolgáltatásszemléltű egészségügy alapegységeként tekinthetünk, amelynek célja elsősorban az egyén saját erőfeszítéseinek rendszerbe foglalása a megvalósítás támogatása érdekében. Az egyéni egészségterv minden esetben az egyéné, saját maga kezdeményezheti, akár egészségügyi részvétel nélkül is elkészítheti.

Amennyiben egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe, az egyéni egészségterv az egyéni szolgáltatásterv alapjaként szolgál, elősegítve az egyén és a szolgáltatói csapat rendszerezett együttműködését, kokreációját.

Az egyéni egészségterv kialakítása és vizsgálata során szakértői workshopok sorozatát tartottam meg 2014. szeptember és 2015. október között.

az online egészségtervező alkalmazás felületén regisztrált összes felhasználó:

22.172 fő

ebből

orvos által bevont egyének száma: 13.453 fő

egyéniileg regisztráltak száma: 8.719 fő

az egészségtervet kitöltők száma: 14.846 fő

egészségcél megfogalmazók száma: 10.036 fő

cselekvési tervet megfogalmazók száma: 9.901 fő

Az Egészségesek egyéni egészségtervét készítő háziorvosok körében készült felmérés 2015. október elején, saját szakmai tapasztalataikról, valamint az egészségtervek tulajdonosai, az egyének visszajelzéséről a teszt eredményét illetően.

Visszajelzések:

- a kiküldött 70 db kérdőívből 44 db érkezett vissza kitöltve
- a tesztbe bevont háziorvosok 81,8 %-a úgy tapasztalta, hogy az egyének támogatónak álltak hozzá az egészségterv elkészítésének lehetőségéhez, negatív véleményt egyikük sem tapasztalt
- a fent említett orvosok 59,1%-a szerint inkább könnyű volt meggyőzni az egyéneket a tesztben való részvételről, 11,4%-a szerint nagyon könnyű volt az egyének bevonása, míg 29,5% szerint nehézségekkel járt a folyamat
- a kérdőívre válaszoló orvosok 65,9%-a szerint a tesztbe bevont egyének többségének könnyebbé tett az online felületen való egészségterv-készítés
- az egyének önálló, online tevékenysége a háziorvosok 84,1%-ának megkönnyítette a szakmai munkáját
- az orvosok 95,4%-a szerint, a tesztbe bevont egyének nagy többsége megértette az egészségterv céljait

- az egyének 61,4%-a inkább hasznosnak, 18,2%-a nagyon hasznosnak ítélte az egészségtervet
- a választ adó háziorvosok 59,6%-a megerősítette, hogy a páciensek többsége követi az egészségtervben meghatározott célokat, míg 31,8%-uk szerint, a bevont egyének kisebb része teszi ezt
- a visszajelzések alapján, a válaszoló háziorvosok 63,7%-nak inkább segíti, míg 29,5%-nak teljes mértékben segíti szakmai munkáját az egyéni egészségterv
- a háziorvosok 88,7 %-a szerint, inkább illetve teljes mértékben növelik az egészségtervek az egyének elkötelezettségét az egészségük megőrzésére
- az online felmérésre válaszoló háziorvosok 45,5%-a biztosan ajánlja további pácienseinek is az egészségterv kitöltését, míg 41%-a még nem tudja.

### **X.5.1. Egyéni egészségtervezés célja és felépítése**

Az Egyéni Egészségterv egy szakmailag alátámasztott, egészségügyi szakemberek által is jól használható és az egyén számára is könnyen megérthető, visszakereshető, írásba foglalt dokumentum, amely tartalmazza az egyén állapotfelmérését, egészségét veszélyeztető kockázatait.

- segítségével az egyénnek lehetősége van meghatározni az egészségcélját és ehhez kapcsolódva egy cselekvési tervet is, ami így az igényeihez és lehetőségeihez igazodva sikeresen segít a kitűzött egészségcélja elérésében.
- elsősorban az egyén saját érdekeit szolgálja, kizárólag az egyéné, segítségével tudatosabban tehet azért, hogy egészségesebbé váljon, és csökkentse a - különösen a nem fertőző - megbetegedések kialakulásának kockázatát, elősegítse azok korai felismerését, és tegyen a megbetegedések szövődményeinek elhárítása érdekében.

**Az egyéni egészségtervezés alapvető célja** az egyén egészségi állapotának fejlesztése, megtartása, az egyén egészségmagatartásának fejlesztése, tudatosabb egészségszemléletének kialakítása – különösen a nem fertőző - megbetegedések kialakulásának megakadályozása, korai felismerése, illetve a megbetegedések szövődményeinek elhárítása érdekében.

Az **egyéni egészségterv** minden esetben **az egyén saját egészségterve**, függetlenül a keletkezés helyétől, a tervezés és kivitelezés folyamán kapott támogatástól. Ennek

megfelelően a módszertani leírás alapvető feladata pontosan bemutatni az egészségterv kialakításában és megvalósításában résztvevő szereplők feladatait.

Az egyéni egészségterv elsősorban az egyén saját érdekeit szolgálja, ilyenformán teljes mértékben egyénközpontú. Az egyéni egészségérték és egészségmagatartás hatással van a közösségre is, tehát az egyéni egészségtervek indirekt társadalmi hasznossága szintén jelentős.

Az **egyéni egészségtervezés** (továbbiakban: egészségtervezés) módszertani szempontból elkülönítendő aszerint, hogy az egészségterv készítője igénybe vesz egészségszolgáltatásokat, avagy önállóan készít egyéni egészségtervet.

#### **Alábbiakban az egészségtervezés kulcselemeit soroljuk fel:**

- Az egyéni egészségtervek elkészítői az önmaguk számára leghasznosabb eszközt fogják használni. Az egyének által előállított egészségtervek kapcsán kiemelten fontosnak tartjuk az egészségfejlesztésre koncentráló kommunikáció szerepét. Az önállóan összeállított egészségtervek elkészítésének fontos elemei:
  - a kockázatbecslés alapján ajánlott egészség támogató anyagok
  - az ajánlások alapján kitűzött egészségcélok eléréséhez szükséges aktivitások lehetséges kockázataira való általános figyelemfelhívás
  - önkontroll
- Egészségszolgáltatások igénybevétele esetén a módszertani leírás feladata pontosan ábrázolni az egyéni egészségtervezés folyamatát, a szereplők feladatait és hatáskörét, a szolgáltatás nyújtás módját, és az egészségtervek megvalósításának monitorozását.
- Egészségtervezés elkészítésében támogatást biztosító egészségügyi szolgáltatói szerepkörök:
  - szakorvosok (ideértve természetesen a háziorvosi és gyermek-háziorvosi szakvizsgát)
  - egészség-tanácsadók
  - védőnők
  - praxisnővérek
  - diplomás ápolók
  - szakápolók, mint dietetikusok, gyógytornászok



- lelki egészséggondozók
- EFI munkatársai
- pszichológusok
- Az egészségtervek elkészítésének és kivitelezésének támogatása nem egyszemélyes feladat, hanem összekapcsolt egészségügyi szolgáltatásokon keresztül megvalósuló folyamat. Ennek megfelelően az egyéni egészségtervek elkészítésének támogatásában részt vevők részfeladatokat oldanak meg a tervezés során és természetesen a kivitelezés során is. Ezen részfeladatok megoldása szorosan kapcsolódik az egészségügyi szervezési irányelvek által ábrázolt folyamatokhoz, és az ebben meghatározott kompetenciákhoz
- Az egészségtervek minden esetben konkrét célokat és azok eléréséhez vezető cselekvési és/vagy szolgáltatási tervet tartalmaznak
- Az egészségtervek minden esetben tartalmazzák a tevékenységek és eredmények monitorozását
- Az egészségtervek három kulcseleme:
  - életmódváltozás/egészséges életmód tudatosítása
  - gondozási terv
  - egyéni szolgáltatási terv
- Az önállóan elkészített egyéni egészségterv csak az életmódváltozás elemet fedi le/egészséges életmód tudatosítását tartalmazza
- Amennyiben az egyén egészségi állapota a kockázat felmérés alapján szükségessé teszi egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, egyéni szolgáltatási terv készül. Ez természetesen meglévő betegségek esetében is elkészítendő elem, mely kiegészül a gondozási terv modullal
- Kiemelten fontosnak tartjuk definiálni, hogy az egészségterv eredmény szempontú folyamat és nem szimpla dokumentum, tehát ilyenformán minden esetben összekapcsoljuk a terv kifejezésben a tervezés és megvalósítás elemeit

Az egészségtervezés kialakításában és végrehajtásában fontos elkülönítenünk az egyén és a szolgáltató rendszer felelősségét. Éles határvonalat kizárólag az egyes egészségtevékenységek mentén húzhatunk. Ennek megfelelően, minden olyan tevékenységre, melyet az egyén hajt végre, az egyén felelőssége, minden tevékenységre, melyet a szolgáltató hajt végre, a szolgáltató felelőssége.

A szolgáltató ösztönző, motiváló szerepe az egészségterv elkészítésében, kivitelezésében, követésében és újraértékelésében kiemelten fontos. Azonban egészségtervet csak az egyén beleegyezésével, közreműködésével készíthetünk, az egyéni egészségterv létrejötte tehát az egyén felelőssége, beleértve az egészségcélok kitűzését is. Amennyiben az egyén nem akar semmilyen életmódbeli változást végrehajtani, nem hajlandó a terápiás együttműködésre, nem követi az egyéni szolgáltatási tervet, akkor az egyéni egészségtervben ez, mint az egyén önálló döntése kerül rögzítésre. A szolgáltatói felelősség ilyen esetekben az egészségszemlélet megváltoztatásában megmarad, de nem kérhető számon az esetleges terápiás eredménytelenség a szolgáltatón.

Kiemelten fontos ennek következtében a közösségi egészségtervezés feladata, melynek számolnia kell a passzív rétegek egészségszemléletével, erre külön akcióttervet kell kidolgoznia. Ez a közösségi felelősség a közösség teljes egészségértéke iránt nyilvánul meg. A közösség összehangolt cselekvési terve a közösség egészének egészség szemléletére hat. Az egyéni felelősség a közösségi célokkal való együttműködés. Ilyenformán a közösségi és egyéni egészségtervezés egymásra erőteljesen hat, a közösségi aktivitások eredményességét nagyban befolyásolja az egyéni egészségtervek eredményessége.

A közösségi és egyéni egészségérték növelésének kulcstényezője az **egészségtanácsadás minősége**. Az egészségtervek nem részletezik az egészségtanácsadás módszertanát, ugyanakkor kulcs sikertényező az egyéni egészségtanácsadás holisztikus, pontosan személyre szabott kivitelezése, amely figyelembe veszi az egyéni élethelyzetet, szociális, kulturális körülményeket és az egészség attitűdöt.

Az egészségtervezésbe bevonható minden felnőtt egyén önálló személyként, avagy gondviselőként, akár közvetlenül a praxison, akár infokommunikációs eszközökön keresztül. Az egészségtervezést kezdeményezhetik az egyén és az alapellátás szakemberei is. Az egyéni egészségtervezés lehetősége vonatkozik a magát egészségesnek tartó személyekre és a betegséggel rendelkező felnőtt személyekre egyaránt. Szükség/igény esetén az egyéni egészségtervezésbe bevonható az egyén hozzátartozója is.

A célok elérése érdekében az egyéni egészségtervezés során feltérképezendőek mindazon tényezők, amelyek rizikót jelentenek a megfelelő egészségi állapot fenntartásában.

A tervezés megalapozása megegyezik az alapellátásban a diagnosztikus tevékenységek elemeivel: az egyéni, szociális anamnézis felvétele, családi anamnézis felvétele, foglalkozási és életmódi jellemzők feltérképezése (interjúk, kérdőívek alkalmazásával), fizikális vizsgálat, függetlenül az egyének aktuálisan jelzett panaszaitól, tüneteitől. Ezeknek az elemeknek az elvégzése és a kapott adatok, információk értékelése biztosítják a rizikószint (kockázat) meghatározását.

A rizikószint/kockázati szint jelöli ki az egészségi állapottal kapcsolatos teendőket az egyén számára. Az egészségtervezés alapvető jellemzője, hogy a kapott vagy kért információk alapján az egyén felelőssége, hogy az egészségi állapotára vonatkozó rizikószint csökkentésének érdekében döntést hozzon. Ez lesz az alapja az életmódbeli változtatásoknak és egyéb tevékenységek végzésének (pl. esetleges gyógyszerszedés). Az egyént a döntéseihez korrekt információkkal szükséges ellátni, akár az egészségügyi szolgáltatóval való személyes találkozásról van szó, akár a rendelkezésére álló infokommunikációs eszközök igénybevételéről.

Az egészségtervezés döntően **életmódbeli szokások megváltoztatását/módosítását** szolgálja abból a megfontolásból, hogy a nem fertőző megbetegedések kialakulásában az életmódbeli tényezőknek bizonyítottan jelentős szerepe van. Ugyancsak része az egészségtervezésnek az **egyének terápiás együttműködésének**, illetve az **adherenciának** a javítása.

Az egészségtervezés nem áll meg a rizikószint csökkentésének meghatározásánál, hanem az egyén döntéseinek lehetséges eredményeit is **nyomon kell követnie**, (amennyiben ez lehetséges). A nyomon követés módját és gyakoriságát szakmai szempontok határozzák meg. Fontos az egyén számára a visszajelzés és szükség esetén a bátorítás.

Az alapellátásban végzett egyéni egészségtervezés minden jelentősebb mozzanatát szükséges dokumentálni elektronikusan és/vagy papírformátumban.

Az egészségtervezést az egyén megkezdheti infokommunikációs eszközökön található kérdőívek segítségével is.

Ennek feltétele, hogy a rendelkezésére álló kérdőívek, értékelések

- a szakmai elvárásoknak megfeleljenek,
- könnyen, bárki számára érthetőek és egyértelműek legyenek,
- rögzíthetők legyenek,
- megőrizhetők legyenek az egyén számára,

- és egyértelmű tanácsot/véleményt tartalmaznak abban az esetben, ha az értékelés eredménye szakorvosi ellátás igénybevételét teszi szükségessé.

Ennél fogva egyéni egészségtervezésről akkor is beszélhetünk, ha arra az egyén maga szánja rá magát, szerzi meg hozzá a szükséges információkat. Önállóan készített egyéni egészségterv akkor kerül be az alapellátás rendszerébe, ha az egyén saját indíttatásból, meghívásra, vagy tünetek, panaszok miatt egészségszolgáltatást vesz igénybe és tájékoztatja az egészségügyi szakembert az egészségi állapotával kapcsolatos, különböző kommunikációs csatornákon keresztül szerzett, az egészségi állapotával kapcsolatos rizikó/kockázatbecslésről, annak nyomán kialakult döntéseiről, addigi tevékenységeiről.



16. ábra: Egyéni egészségterv modellje a kokreációs terekkel.

### **X.5.2. A páciens lelki támogatási modul leírása**

Az egészséges egyén, a páciens pszichológiai támogatása, a lelki egészség segítése pozitív életérzéssel járó belső folyamategyensúly és az ebből következő viselkedés. A lelki egészség támogatása mind az egészséges, mind a betegséggel küzdő egyéneknél kitüntetetten fontos a pszichológiai jóllét és a belső stabilitás fenntartása vagy visszaállítása szempontjából.

A lelki egészség segítése alapja annak, hogy az egyén – nehézségek, zavarok, terhelések, szomatikus betegségek és fenyegetettség közepette is – megtalálja helyét a társadalomban, és megfelelően tudja kezelni azokat a nehézségeket és változásokat, melyeknek ki van téve.

Egy egészségtervező szoftver segítségével egy szakértő tanácsadó feltárhatja az egyén aktuális pszichés állapotát és konzultáció során megismerheti, hogy a páciens miben

vár segítséget. A tanácsadó gondoskodik a páciens mentális és pszichés támogatásáról a teljes szolgáltatásút során. Amennyiben az egyén olyan szintű szakmai segítségre szorul, mely a tanácsadó kompetenciáján kívül esik, bevonja a praxisközösségnél alkalmazott pszichológust, aki saját kompetenciaszintjén belül ellátja, vagy szükség esetén klinikai szakpszichológushoz vagy pszichiáter szakorvoshoz irányítja a páciens.

#### Célkitűzés

- I. Szekunder prevenció: egyes szomatikus betegségek esetén rizikócsoporthoz tartozó egyének és a korai stádiumban lévő egészségügyi problémák azonosítása.
- II. Elsődleges egészségügyi szolgáltatások szintjén biztosítani a páciensek pszichológiai támogatását a teljes szolgáltatásút során a diagnózistól a gondozáson át a rehabilitációig.
- III. A háziiorvosi praxisközösségekbe pszichológus alkalmazásával kiszűrni azon pácienseket, akik pszichiátriai betegségük miatt elsődleges egészségügyi szolgáltatási szinten sikerrel nem kezelhetők, így további pszichiátriai szakorvosi intervencióra szorulnak.
- IV. Azon páciensektől mentesíteni az elsődleges egészségügyi szolgáltatást, akiknek az itteni hatékony kezelése csak megfelelő pszichológiai vagy pszichiátriai ellátás után lehetséges.

#### Támogatás elvárt eredménye

A szolgáltatásút során történő támogatás, konzultáció folyamán a páciensek jobban megértik betegségük, a betegség kialakulásában, fennmaradásában és lefolyásában szerepet játszó pszichés és az életmóddal, egészségviselkedéssel összefüggő tényezők szerepét, és felelősségvállalásuk fontosságát. Így gyógyulásuk gyorsabb és hatékonyabb, mely jelentős költségeket takarít meg az egészségügyi rendszerben.

A lelki támogatás az egyén belső saját erőforrásait, önerejét és megküzdő kapacitását mozgósítja a még gyorsabb és hatékonyabb gyógyulás érdekében.

Az egyén megfelelő kompetenciával rendelkező szakembertől kapja meg a szükséges ösztönzést, a lelki tanácsadást, mely fokozza az együttműködést és adherenciát, és

nagyban növeli az ügyfélelégedettséget, valamint a bizalmat az egészségügyi rendszer és annak szereplői iránt.

Az egyén teljesítőképessége, egészségi állapota javul vagy kívánt szinten marad, mely munkakereső képességét segíti.

Felelős

Egyén, páciens

Támogató hozzátartozók, barátok

Egészségtanácsadó

Háziorvos

Pszichológus

Tágabb szociális környezet mint munkatársak, egyház, állam

Támogatás folyamata

1. Az egészséges egyén vagy páciens önállóan vagy egészségtanácsadó segítségével általános egészségi állapotfelmérést tölt ki, mely pszichológiai felmérő becslő skálákat is tartalmaz, a rövidített BECK depresszió skálát, a rövidített BECK szorongás skálát és a Paykel-féle életesemény skálát.
2. A mérőskálák vagy a becslőskálákon kapott eredmények alapján történik a páciensek továbbirányítása.
3. Amennyiben a páciens a lelki egészséget mérő skálák alapján tünetes vagy kockázattal élő csoportba azonosítja, az egészségtanácsadó konzultáció során gondoskodik a páciens egyénre szabott pszichológiai támogatásáról a teljes szolgáltatásút során.
4. A háziorvos szerepe ekkor egy rövid, kb. 5 perces minimál intervenció elvégzése a pácienssel, mely céljai a tudakozódás, tájékozódás, az egyén motivációinak erősítése.
5. Amennyiben az egyént kockázattal rendelkező csoportba azonosítja, mely az egészségtanácsadó kompetenciáján kívül esik, a háziorvossal konzultálva átadja az esetet a praxisközösségnél alkalmazott pszichológusnak. A pszichológus szakember aktuális pszichés állapotot felmérő kérdőívek, mérőskálák segítségével (TEMPS-A, IIRS stb.) azonosítja az egyén állapotát, majd részére további mentális, pszichológiai támogatást nyújt.

6. A praxisközösségeknél alkalmazott pszichológus feladata a páciens betegségének kialakulásában, fennmaradásában és lefolyásában szerepet játszó pszichés és az életmóddal, egészségviselkedéssel összefüggő tényezők szerepének azonosítása, a páciens személyes felelősségvállalásának és aktív részvételének facilitálása, az énhatékonyság és a megküzdő kapacitás erősítése.
7. A pszichológus pszichológiai felmérést végez exploráció, anamnézis, kérdőívek és becsülésskálák felvételével, és szükség esetén motivációs interjút készít a pácienssel, mely felméri az egyénre szabott akadályokat, az egészséggel összefüggő egyéni értékeket, a személyes felelősségvállalás, motiváció és öntevékenység szintjét és az észlelt társas támogatás szintjét.
8. Súlyosabb hangulatzavarok, szorongásos zavarok, pszichotikus állapotok, addiktológiai problémák esetén a pszichológus a páciens pszichiáter szakorvoshoz irányítja, aki dönt a gyógyszeres kezelés és a klinikai szakpszichológiai ellátás szükségességéről, a szupportív terápia vagy szakpszichoterápia formájáról a szakpszichológus dönt.

### **X.5.3. A szociális támogatás modul leírása**

A szociális támogatás az egyén társadalmi, közvetlen és tágabb környezetének támogatását jelenti. Ha szűk körben nézem, akkor a család és barátok lehetnek azok, akik támogatást nyújtanak, míg tágabb körben ide tartozik a munkahely, a lakókörnyezet és maga az állam is.

A pozitív társadalmi támogatás fontos szerepet játszik az emberek gyógyulásában és az egészséges életmód betartásában. A családi és baráti támogatásról már régóta ismert, hogy pozitív érzelmi hatással van emberekre. Azonban kimutatható, hogy ennek nem csak érzelmi, hanem fizikai állapotbeli hatásai is vannak. Egy 2010-ben végzett kutatás azzal az eredménnyel zárult, hogy azok, akik nem rendelkeznek erős szociális támogatással, azok 50%-al nagyobb valószínűséggel halnak meg betegségben, mint azok, akik erős támogatásban részesülnek [Blue2010].

A krónikus betegségek menedzselésében is nagy jelentőséggel bírhat a szociális kapcsolatok erőssége, a támogatás megléte [Gallant2003]. Mivel az egyén környezete segítheti a pácienseket az orvosi ajánlások betartásában, ezáltal az együttműködésük is jobb lehet. Az életmód gyakorlati megvalósításában is segítséget tudnak nyújtani, például azzal, hogy elkísérik az orvoshoz, a gyógyszertárba, vagy elvégzik a

bevásárlást és a főzést. Az érzelmi bátorítás mellett segítheti a környezet a kezelés betartását, a figyelem fenntartását. Emellett figyelni kell arra, hogy a páciens saját maga is tegye meg a tőle telhetőt, ami az ő felelőssége, valamint, hogy a támogatással ne éljen vissza.

#### Célkitűzés

A páciensek öntevékenységének támogatása

A gyógyulás minél előbbi elérésének segítése

Nagyobb figyelem és törődés biztosítása a szociálisan hátrányos helyzetű betegek esetében

#### Támogatás elvárt eredménye

Egészségérték maximalizálása

Gyógyulási folyamat könnyítése és idejének csökkentése

Szociális helyzet javulása

#### A folyamat felelősei

Egyén

Háziorvos

Egészségtanácsadó

Család

Barátok

Szociális szféra

Önkormányzatok

Állam

Civil szféra

Munkahely

#### Támogatás folyamata

1. Az egészségügyi és a szociális rendszer együttesen felelős azért, hogy a páciens szociális helyzetét felmérjék, azaz, hogy a szociális anamnézis felvétele megtörténjen. Az egészségügyi vizsgálatok során ugyanolyan fontos kitérni a szociális és mentális problémákra is.
2. Ha ezt észlelik, akkor az egyén környezetének bevonása lehet a következő lépés. Ez alatt értendő a hozzátartozók, a barátok, a munkahely bevonása, akik egyaránt fontos szereplői lehetnek a folyamatnak.



3. A páciens lakóhelyének önkormányzata a különböző közösségi és egészségügyi programok szervezésével segítheti az egyének gyorsabb integrációját és gyógyulását.
4. A civil szféra, a betegszervezetek és az egyéb érdekképviselők felelőssége a páciensek érdekének képviselése mellett kiterjed a közösségi programok szervezésére, a szociális támogatás biztosítására is.
5. A rossz, azaz a hátrányos szociális helyzet felmérése után a szociális szférának olyan eszközrendszert kell nyújtania a problémákra reagálva, hogy az egyének képesek legyenek ezáltal az öntevékenységet elvégezni, a gyógyulás folyamatát fenntartani.

#### **X.5.4. A rendszeres fizikai aktivitás algoritmusának leírása**

A rendszeres fizikai aktivitás a legegyszerűbben elérhető megelőzési, terápiás és rehabilitációs eszköz. Akár anyagi befektetés nélkül vagy minimális beruházással mindenki számára elérhető valamilyen mozgásforma. Korhoz és nemhez nem kötött, az aktivitást főként az egészségi állapot, az erre szánt idő vagy szükségességének megítélése, illetve a kitartás hiánya csökkentheti. Az egyén anélkül, hogy otthonából kimozdulna, vagy akár az ágyát elhagyná képes izmainak átmozgatására, erősítésére. Az önállóan vagy csoportosan végzett sportolás amellest, hogy javítja a szervezet teljesítményét, növeli az erőnlétet, így csökkenti a betegségek kockázatát, öröm és siker forrása is lehet, mely a depresszió megelőzésében is segíthet.

##### **Célkitűzés**

- I. A testmozgás ajánlása, típusainak és hasznosságának megismertetése, és az aktivitás megszerettetése az egyénnel.
- II. Az egyén számára leginkább testhez álló, egészségi állapotának és társadalmi-gazdasági helyzetének legmegfelelőbb mozgásforma (mozgásformák) megtalálása.
- III. A rendszeres fizikai aktivitás bevezetése az egyén mindennapjaiba.
- IV. Ösztönzésen és rendszeres monitorozáson keresztül az egyén fizikai aktivitásának fenntartása.

##### **Támogatás elvárt eredménye**

Az egyén megtalálja a számára optimális mozgásformát (mozgásformákat).

Mindennapi életének részévé teszi a rendszeres fizikai aktivitást.

Megkapja a szükséges ösztönzést és tanácsokat az egészségügyben dolgozó szakembertől.

Az egyén teljesítőképessége, egészségi állapota javul vagy a kívánt szinten marad.

#### Felelős

Egyén

Háziorvos és praxisnővér

Szakorvos

Gyógytornász

Egészségtanácsadó

#### Támogatás folyamata

1. Az általános állapotfelmérés után az egyént egészségi állapota szerint kategorizáljuk.
2. Eszerint (1) egészséges vagy kis kockázattal élő vagy (2) beteg vagy tünettellel rendelkező vagy nagy kockázattal élő csoportba sorolhatjuk.
3. Ezután az egyén fizikai aktivitásának felmérése következik.
4. Amennyiben aktív, akkor motiválást, ösztönzést alkalmazunk, hogy folytassa ezt. Beteg vagy tünettellel rendelkező vagy nagy kockázattal élő egyének esetében kiegészítjük az ösztönzést betegségspecifikus fizikai aktivitás tanácsadással, hogy az egyén az egészségi állapotát figyelembe véve, annak megfelelő típusú, intenzitású és időtartamú mozgásformát válasszon.
5. Amennyiben az egyénnek lehetősége van rá, eHealth (pl. honlapok, alkalmazások, okostelefon applikációk) támogatást is javasolunk.
6. Abban az esetben, ha az egyén fizikailag inaktív, felmérjük, hogy szeretne-e ezen változtatni.
7. Amennyiben igen, akkor (1) egészséges vagy kis kockázattal élő egyének részére általános fizikai aktivitás tanácsadást végzünk, (2) beteg vagy tünettellel rendelkező vagy nagy kockázattal élő egyén esetében betegségspecifikus fizikai aktivitás tanácsadást végzünk.

8. Abban az esetben, ha az egyén nem kíván változtatni, megpróbáljuk feltárni a háttérben álló okokat, illetve ösztönzést alkalmazni a fizikai aktivitás előremozdítása érdekében.
9. Sikeres motiválás és befogadó magatartás esetén elvégezzük a szükséges tanácsadást.
10. Elutasítás esetén, az egyén állapotát rendszeresen monitorozzuk a vizitek során.
11. Emellett az aktív, illetve a tanácsadást elfogadó egyének rendszeres állapotmonitorozását is végezzük.

A szakembertől, hozzátartozóktól kapott támogatásnak pozitív hatása lehet a folyamatra, de fontos kiemelni, hogy az egyénnek kell véghezvinnie a rövid és hosszú távra kitűzött célokat.

#### **X.5.5. Az egészséges táplálkozás algoritmusának leírása**

##### **Célkitűzés**

- I. Segítséget nyújtani a háziorvosnak és az egészségtanácsadónak annak érdekében, hogy az egyének személyre szabott táplálkozási tanácsadót kapjanak.
- II. Felhívni a háziorvos és az egészségtanácsadó figyelmét arra a pontra, ahol dietetikust kell bevonni az egyén kezelésébe.
- III. Egyszerű eldöntendő kérdések alapján a háziorvos és az egészségtanácsadó döntést tudjon hozni az egyén kezelésével kapcsolatban.
- IV. A táplálkozás algoritmus egészséges és beteg egyének részére is alkalmazható legyen.
- V. Az eddigieknél nagyobb hangsúly az eHealth támogatás nyújtásán. Az algoritmus segít a háziorvosnak eldöntendő kérdések alapján, hogy mely eHealth eszközt ajánlja az egyénnek, továbbá az algoritmus konkrét eszközöket ajánl az orvos számára.

##### **Támogatás elvárt eredménye**

Olyan egyének is részesülnek táplálkozási tanácsadásban, akik eddig még nem kaptak ebben támogatást, de szükségük lett volna rá.

Megnő azon egyének száma, akik egészségesen táplálkoznak.

Csökken a túlsúlyosok és az alultápláltak aránya a személyre szabott tanácsadás miatt.

Felelős

Háziorvos

Egészségtanácsadó

Dietetikus

Egyén

Támogatás folyamata

1. Táplálkozási állapotfelmérő
2. Dietetikai tanácsadás
3. eHealth támogatás
4. Egyén edukációja
5. Hozzá tartozó edukációja
6. Dietetikai kontroll
7. Állapot rendszeres monitorozása

#### **X.5.6. Az eHealth támogatás algoritmusának leírása**

Célkitűzés

Az információtechnológia fejlődésével olyan támogatási eszközök állnak rendelkezésre az orvos-beteg kapcsolatban, amelyek

- I. segítik a páciens abban, hogy tájékozottabb, felkészültebb legyen állapotával, betegségével kapcsolatban, tudása visszakérdezhetővé, leellenőrizhetővé válik (pl. eLearning),
- II. ezzel elősegítik a páciens együttműködését a szolgáltatóval, a közös döntések meghozatalát, az egészségcélok kitűzését.
- III. A páciens állapota, a fiziológiai értékek monitorozásával és az egészségcélok követésével nő a páciens önállósága, érzi, hogy ő is felelősséggel tartozik állapotáért, növeli a hosszú távú motivációját, terápiahűségét.

- IV. Hatékonyabb szolgáltatásszervezést, hatékony páciens – szolgáltató találkozásokat, egyszerűbb és közvetlenebb kommunikációt is biztosíthat.
- V. Közös platformon valósítható meg a teljes kokreációs tér, különösen az ügyféltér és a közös tér részletes kidolgozásával, ami a használatbeli egészségérték megteremtésének lehetőségét fokozza.

A kidolgozott támogatási algoritmus célja, hogy a szakmát segítse a rendelkezésre álló eHealth eszközök közül kiválasztani azt, ami a páciens

- 1. állapota, betegsége(i),
- 2. egészségmegőrző attitűdje,
- 3. a rendelkezésére álló informatikai eszközök,
- 4. és azok használatában való jártassága

alapján segíteni tudja a megelőzés, terápia, gondozás során, valamint hosszú távon, egészségcéljai elérésében.

Támogatás elvárt eredménye

Javuló orvos-beteg kommunikáció és kapcsolat

Hatékonyabb monitorozás

Javuló compliance és adherencia

Felelős

Háziorvos

Szakorvos

Egészségtanácsadó

Praxisnővér

Támogatás folyamata

- 1. Kérdés arról, hogy foglalkozik-e az egyén egészségmegőrzéssel vagy nem. Mindkét esetben felajánlható támogatásként az eHealth eszköztára, amennyiben a segítséget, tájékoztatást elfogadja.
- 2. Információgyűjtés arról, van-e információs és kommunikációs technológiai eszköze: vezetékes telefon, mobiltelefon, otthoni internet, okostelefon vagy akár

testen viselhető eszköze. Ezen a ponton bekapcsolódik az internet használatára vonatkozó validált kérdőív, a PERQ kompetenciateszt, ami megmutatja a páciens kompetenciáját és attitűdjét ezeknek az eszközöknek a használatához.

3. Annak megismerése, hogy oktatás szükséges-e az eszköz használatához? A kérdőív eredménye alapján eldönthető, hogy az egyénnek digitális oktatásra szüksége van-e.
4. A rendelkezésre álló vagy tervezett eszközök, valamint az egyén állapota, egészségcéljai és betegsége alapján már kiválasztható, hogy milyen típusú eHealth támogatás, eszköz ajánlható általános és betegségspecifikus tájékoztatás, fizikai aktivitás, táplálkozás, életmódváltást segítő, lelki egészség, terápiahűség és szociális támogatás témákban.

#### **X.5.7. A gyógyszeres terápiahűség megvalósulását támogató modul**

A krónikus betegségek menedzselése során kulcsfontosságú elemként jelenik meg az orvos vagy más egészségügyi szolgáltató és a páciens közötti hatékony együttműködés. Ebben az együttműködésben kiemelt elemként jelenik meg a terápiahűség, amely az egyénközpontúságot hangsúlyozza a szolgáltató oldaláról, valamint a ragaszkodást, a hűséget a terápiához az egyén oldaláról. Ennek alapján a terápiahűség magában foglal gyógyszeres és nem gyógyszeres, életmódbeli tevékenységeket, melyek szorosan összefüggnek egymással. Jelen modul a gyógyszeres terápiahűség megvalósulásának támogató folyamatát mutatja be.

##### **Célkitűzés**

Olyan folyamat kialakítása az egyén és az orvos, illetve más egészségügyi szolgáltató között, melynek során kialakul és megerősödik az egyén gyógyszeres terápiahűsége a betegség menedzselésének kezdetétől. A folyamat rész céljai:

- I. Az egyén és az egészségügyi szolgáltató közötti hatékony együttműködés a betegség menedzselése során.
- II. A páciens egyéni igényeinek figyelembevétele, terápiájának személyre szabása.
- III. Az egyén aktív részvétele, felelősségvállalása az egészségfejlesztési folyamatban.

#### IV. Az egyéni igények alapján megtervezett támogatás folyamatosságának, integráltságának biztosítása.

##### Támogatás elvárt eredménye

Az orvos a terápia gyógyszerelésének az egyén igényeihez, körülményeihez, lehetőségeihez igazításával hozzájárul az egyén terápiahűségének fenntartásához, növeléséhez.

Az egyén tudatosságának kialakítása, növelése a betegségével kapcsolatosan. Ennek megfelelően növekszik a gyógyszeresedés helyessége, az állapotrosszabbodás önmenedzselésének képessége.

Az egyén életminőségének javulása.

A terápia hatékonyságának növekedése.

Az egészségügyi erőforrások felhasználásának optimalizálása (pl. elkerült kórházi felvétel, orvos és páciens találkozások csökkenése).

##### Felelősök

Egyén

Háziorvos és praxisnővér

Szakorvos

Gyógyszerész

Egészségtanácsadó

##### Támogatás folyamata

1. A gyógyszeres terápiahűség megvalósulását támogató folyamat első és elengedhetetlen lépése a közös döntéshozata az egyén és az orvos között. Ennél a folyamatszakasznál tud megvalósulni az egyéni igények felmérése (pl. munkakörülmények, időbeosztás, pszichológiai, szociális, gazdasági háttér) melyek figyelembevételével személyre szabott gyógyszerelés alakítható ki, mely megalapozza a hatékony együttműködést az egyén és az orvos között. Ennek megfelelően a folyamat egyénközpontúvá tud válni.
2. A második főbb lépés az egyénre szabott terápia megválasztása után az egyén képzése és tájékoztatása, egyrészt a gyógyszeresedésről (pl. gyógyszerhasználat, mellékhatás, ellenjavallatok), az állapotrosszabbodás esetén a szükséges teendők meghatározása, másrészt az adott betegségterület eszközhasználatának betanítása.

3. A következő lépés a visszacsatolás kérése a páciensről, meggyőződni arról, hogy az elhangzott ismereteket megértette, elsajátította-e.
4. Ennél a szakasznál lép be az első döntési pont a folyamatba: az egyén megértette-e az elhangzottakat, az eszközhasználat tisztaban van-e. Nemleges válasz esetén az egyén visszatér a páciensképzés folyamatához, igenlő válasz esetén a folyamat tovább folytatódik.
5. Miután a közös döntéshozatal keretén belül megtörtént a terápia személyre szabása, a páciens képzése, illetve a visszacsatolás arról, hogy az egyén megértette az elhangzottakat, abban az esetben az Egyéni egészségterv cselekvési részében rögzítésre kerülnek a gyógyszeres terápia öntevékeny elemei.
6. Ezután az egyén a recepttel felkeresi a patikát. Itt lép be a folyamatba a második döntési pont: az egyén a recepttel felkeresi-e a patikát, kiváltja-e a számára felírt receptet?
7. Amennyiben igen, abban az esetben támogatási elemként megjelenik a folyamatban a gyógyszerészi gondozás, mely a gyógyszeres terápiához megvalósulásának folyamatosságát, integráltságát segíti.
8. Ezek után az egyén megkezdheti a gyógyszeres terápiát, melyet különféle eHealth eszközök támogathatnak.
9. Bizonyos időközönként, terápiánként, betegségenként eltérő módon megtörténik az egyén gyógyszeres terápiához tartozó mértékének mérése, ellenőrzése. Ennek különféle módjai állnak rendelkezésre, ilyen lehet többek között a tablettaszámlálás, a perzisztencia, vagyis a gyógyszeres kezelés folyamatosságának mérése (MPR, medication possession ratio), kérdőívek (pl. MMAS – Morisky Medication Adherence Scale).
10. Ennél a folyamatszakasznál jelenik meg a harmadik döntési pont: az egyén terápiahoz-e az Egyéni egészségtervben foglalt gyógyszeres terápia öntevékeny elemeihez.
11. Igenlő válasz esetén a gyógyszeres terápiához tartozó támogató folyamat folytatódik tovább a monitorozási szakaszok beépítésével.



12. Nemleges válasz esetén megtörténik a non-adherencia okainak feltárása, mely lehet szándékos és nem szándékos non-adherencia. Előbbinél az egyén tudatosan nem váltja ki a receptet vagy nem szedi megfelelően a számára felírt gyógyszer(eke)t. Utóbbinál ugyanezek okai a feledékenység, a figyelmetlenség.
13. A non-adherencia okainak vizsgálata után megtörténik az ezek javítását, módosítását célzó támogatások kiválasztása, melyek lehetnek:
- a) Viselkedésterápia, motiválás (kapcsolható hozzá: Pszichológiai támogatás modul, Szociális modul)
  - b) Telefonos követés
  - c) Páciens képzése, tájékoztatása
  - d) eHealth támogatás, emlékeztetők (kapcsolható hozzá: eHealth támogatás modul)
  - e) Gyógyszerelés módosítása
  - f) Nem gyógyszeres terápia ösztönzése (kapcsolható hozzá: Dohányzás abbahagyás, Étkezés, Fizikai aktivitás modulok)
14. Ezek a kiválasztás után rögzítésre kerülnek az Egyéni egészségterv cselekvési részébe. Az egyén ezeket követi, végrehajtja, beépíti mindennapi életébe.
15. Bizonyos időközönként megtörténik az egyén állapotának monitorozása. Ebben az esetben megjelenik negyedik döntési pont: szükség van-e terápiaváltásra?
16. Amennyiben igen, abban az esetben a folyamat a közös döntéshozatal részfolyamatba csatlózik be és onnan folytatódik tovább.
17. Amennyiben nemleges a válasz, abban az esetben a folyamat két irányba folytatódhat. Az egyik, hogy csupán újbóli receptfelírás történik meg, ekkor a folyamat az első döntési ponthoz érkezik meg. A másik esetben az egyén gyógyszeres terápiahűségének vizsgálata történik meg.

A folyamat kulcselemei a közös döntéshozatal, a páciens képzése és tájékoztatása, visszacsatolás kérése a páciens részéről, a megbeszéltek rögzítése az Egyéni egészségtervben, a gyógyszeres terápiahűség ellenőrzése és mérése, az esetleges non-adherencia okainak feltárása, a hatékony támogatási megoldások kiválasztása és

rögzítése az Egyéni egészségtervben, valamint az egyén állapotának folyamatos monitorozása.

## **X.6. Praxisközösségek, a lakóhelyközeli szolgáltatások integrációja**

A szolgáltatói tér kompetenciáinak hatékony közös működtetéséhez és jó hozzáféréséhez elengedhetetlen a szereplők együttműködése, új funkciók megjelenítése, célzottan képzett szakemberek bevonása, a rendelkezésre álló források rugalmasabb és hatékonyabb felhasználása. A létrejövő praxisközösség lehetővé teszi, hogy az ügyfél páciensek saját egészségterükhöz kapcsolódva, ahhoz közel az eddiginél jobban érvényesüljön az esélyegyenlőség elve, és a rendelkezésre álló kompetenciák jobban hasznosuljanak. Megalapozhatja a helyi szociális ellátással történő kooperációt, egy adott földrajzi egység komplex alapszintű egészségügyi szolgáltatási körét, amiben a háziorvosoknak vezető szerepe van.

A kompetenciákat korlátozott mértékben hasznosító, a praxisokhoz tartozó páciensek ügyfélteréhez szűk csatornákon csatlakozó, kisméretű, egymástól független praxisok helyett a kompetenciák szélesebb körű együttműködését érdemes megvalósítani a megfelelő méretű, a páciensek ügyféltereivel nagyobb felületeken találkozó közös kokreációs tér kialakítása érdekében. Mindez képes egyszerre három területen is előrelépést biztosítani:

- szolgáltatói gyógyítási élmény növekedése;
- hatékonyságnövelés egészségértéknövelés mellett;
- egyéni egészségélmény növekedése.

A praxisközösségek önkéntes, kölcsönös együttműködésen alapuló, alapszintű egészségszolgáltató szervezetek, melyek szerződéses alapon szakmai, gazdasági és érdekvédelmi közösségként biztosítják egy adott terület lakosságának lakóhelyközeli egészségügyi gyógyító- és megelőző szolgáltatásait.

A megvalósított vizsgálat során 50 db potenciális háziorvosi közösséggel szerveztem szakértői workshopot, közösségenként 2, illetve 3 alkalommal, közösségenként 6-16 fővel, 2015. áprilisa és októbere között.

Eredmények

Első lépésként az egy-egy közösségi területen dolgozó házi orvosok az alábbi együttműködéseket terveznek kialakítani a már ma is hozzáférhető kompetenciák felhasználásával.

#### Közösen nyújtható egészségügyi szolgáltatások

- Szakrendelések: diabetológia, kardiológia, pszichiátria, pszichológia, családterápia, gyógytorna, fizioterápia, dietetika.
- Gondozás és primer prevenciós szolgáltatások nyújtása, egészségnevelés.
- Otthonápolás és rehabilitáció.
- Laborszolgáltatás, vészállítást, alapdiagnosztika (RTG, UH, DOPPLER).

A szakrendelések formája és finanszírozása történhet mozgó szakorvosi szolgálat vagy megbízási jogviszony alkalmazásával, a praxisközösségben meglévő vagy későbbiekben megszerzendő licencek felhasználásával, illetve külső szolgáltatások megvásárlásával.

#### Prevenciós programok

Szűrővizsgálatok, tájékoztató előadások megszervezése és lebonyolítása. Betegklubok megszervezésével egészségnevelési előadások, életmód-tanácsadás és felvilágosítás.

#### Betegségmenedzsment programok működtetése

A betegségmenedzsment programok az egészségügyi irányelvek innovatív, lakóhelyközeli szolgáltatást támogató ajánlásainak gyakorlati bevezetésére dolgoznak ki gyakorlatközpontú eljárásokat. Krónikus betegségekben egészségmegőrzés, egészségnevelés, betegoktatás és megelőzés a közvetlen szerepük.

#### Egészségfejlesztési programok működtetése

Iskolai egészségnevelés, betegségtárgyú oktatások, táplálkozási tanácsadás, elhízás elleni program, mozgásprogram, szenvedélybetegségekkel kapcsolatos oktatás, főként a dohányzás abbahagyásának érdekében.

A vizsgált potenciális praxisközösségekben az együttműködés szorosságára vonatkozó álláspont jelentősen eltérő volt.

Voltak olyan házi orvosok, akik a csoportban és az előkészítő közös munkában való nem kötelező részvételük mellett végül a különálló praxisműködést részesítették előnyben. Ők alapvetően tartanak a praxisukat érintő változásoktól, nagyobb biztonságban érzik magukat a mostani helyzetben, és úgy érzik, a másokkal való „közösködés” hátrányosan érintheti őket, elősorban a praxisjog kérdéskörében, másodsorban a praxisfinanszírozásban.

A legszélesebb a lazább együttműködést előnyben részesítő orvosok köre. Ők tudatában vannak a saját praxisuk szolgáltatási korlátaiknak. Érzékelik, hogy a szolgáltatásbővítés mindenki számára nagyobb elégedettséget tud hozni. Mind saját maguk számára, mert a páciensek gondozása és kezelése során jobban meg tudnak felelni saját szakmai céljaiknak, mivel ma nagyon nehezen elérhető szolgáltatási formákat tudnak bevonni a szolgáltatásukba. Mind a páciensek számára, mert egy szakember által irányított módon tudnak teljesebb szolgáltatási folyamatokban részt venni, kevésbé vesznek el az egészségügy útvesztőiben. Ugyanakkor ezek a háziorvosok a praxisjogban látják gazdasági és jogi biztonságukat, ami miatt csak a szakmai és szervezési együttműködések tudják elfogadni, a gazdasági, finanszírozási és jogi együttműködésektől elzárkóznak.

A legkisebb csoportot a vizsgálatban résztvevő orvosok egytizede alkotta, amelyik a leginkább innovatív és dinamikus, alapvetően szorosabb együttműködési formákat tart a céloknak legnagyobb mértékben megfelelő megoldásnak. Számukra a nagyobb hatékonyság elérése a fő motiváció, amit saját szakorvosi munkájuk szempontjából is fontosnak tartanak. Képesek a többi orvosnál jobban előrelátni a szükséges változtatások hatását és eredményét, az orvosi kompetenciájuk mellett gazdasági és/vagy menedzsment kompetenciákkal is rendelkeznek, amelyek birtokában nagyobb a magabiztosságuk, jobban bíznak abban, hogy a változtatásokat tudják irányítani, és azok nyomán a mostaninál sokkal jobb helyzetbe kerülnek. Mindehhez a szakmai együttműködések mellett a praxisok teljes mértékű, gazdaság és jogi integrációját tartják szükségesnek.

## **X.7. Közösségi egészségszolgáltatások**

### **X.7.1. Lakóhelyközeli egészségszolgáltatások rendszere**

Megterveztem az egészségügyi szolgáltatások használatbeli értékteremtést célzó hálózatos működtetését, amely megfelel Grönroos és Gummerus kokreációs szolgáltatási keretrendszerének, a Service Logic-nak [Grönroos2014].

1. Meghatároztam az állapotnak megfelelő 'job to be done' típusú igényt, amely az ügyfelek élményalapú célja és megalapozza a kokreatív platformot.

2. Az állapotspecifikus lakóhelyközeli közös tér, szolgáltatói tér és ügyféltér meghatározása következett, benne a szolgáltató csapat tagjaival, a hasonló állapotú ügyfelekkel és a használatbeli érték megteremtésének támogatóival.
3. Az egészségtanácsadó és a közösségi egészségsszervezők integrációjával új erőforrásokat integráltam a meglévő egészségügyi erőforrások rendszerébe, a meglévő tudásokat és készségeket kiterjedten alkalmazva.
4. Az egészségtanácsadás ülései támogatták a kumulatív értékteremtési folyamatot.
5. A tanácsadási ülések során megerősítésre kerültek a pozitív ügyfélélmények az észlelt érték növelése érdekében.
6. A közösségi egészségsszervezők elősegítették a használatbeli érték megteremtését a lakóhelyközeli kokreációs terek megtervezett aktivitásainak szervezésével.
7. Létrehoztam és alkalmaztam online kokreatív platformokat, valamint kialakítottam és megszerveztem a kokreatív moderált állapotspecifikus csoportfoglalkozásokat.
8. Ösztönzésre kerültek az ügyfelek független kokreációs aktivitásai.
9. Az egészségtanácsadás bevezetésével új erőforrást biztosítottam az ügyfelek mindennapos gyakorlatának támogatására.
10. Az egészségtanácsadók és a közösségi egészségsszervezők elősegítették az egészségügyi szolgáltatók bevonását az ügyfelek egészségértéket teremtő folyamatába.
11. A kibővített szolgáltatói csapat összehangolt és célorientált tevékenységével megerősítettem a kokreatív platformot, képessé téve arra, hogy aktív és direkt módon befolyásolja az ügyfelek értékteremtését.

Az egészség-ökoszisztéma működését alapulvéve, és figyelembe véve, hogy az egészség elsősorban az egyének felelőssége és saját aktivitásának eredménye, az egészségélményt előtérbe helyező, kokreációs folyamatot megvalósító egészségügyi szolgáltatási folyamatokat érdemes megszervezni és megvalósítani. A szolgáltatási folyamatokat a rájuk jellemző tevékenységelemek mentén szakmai kompetencia szerint érdemes felosztani, és ennek megfelelően szakmai csoportmunkában működtetni a szolgáltatói oldalt.

Az egészségügy eddigi működését tekintve kiindulási pontként jelenik meg az egészségügyi ellátás szemlélete és a népegészségügy egészségcentrikus szemléletmódja. Ennek a megközelítésnek fontos alapeleme az egészségfejlesztés, mely primer prevenciós tevékenységeken keresztül, a társadalom minden rétegének együttműködésére alapozva fejleszti az egészségkultúrát. Ehhez a tevékenységhez kell szemléletben és szervezeti felépítésben csatlakoznia a hagyományos értelemben vett „egészségügyi ellátó” rendszernek. Azokat a kompetenciákat, amelyek az egészségérték megteremtését szolgáló tevékenységeket valósítják meg, az eddig egymástól elkülönülten szervezett formátumaik helyett az együttműködésüket biztosítva kell hozzáférhetővé tenni. Ehhez szemléletváltást és strukturális fejlődést kell megvalósítani annak érdekében, hogy az egészségügy tevékenységeinek célrendszere a beavatkozásoktól az egészségteremtés irányába forduljon. A közösségi alapú, lakóhely közelében megszervezett szolgáltatási egységek modellje ennek a feladatnak az elvégzésére alkalmas struktúra és működési modell.

A népegészségügyi feladatok és az egészségügy hagyományos értelmezésű feladatainak integrációja egységesen egészségszolgáltatásokként jelennek meg, amelyek az egészség-ökoszisztémába illeszkednek. Ebben az értelmezésben a más ágazatok által végrehajtott egészségcélú tevékenységeket is az egészségszolgáltatások körébe soroljuk.

Az egészségszolgáltatás az egyén és szolgáltató együttműködésére alapozva a biológiai, pszichológiai, szociális, kulturális és lelki aspektusokat egységben értékeli. Egyén- és közösségközpontú megközelítése alapján egészségre optimalizált, ágazatok között összehangolt folyamatokra támaszkodva nyújt szolgáltatásokat a közösségi egészségügyi szükségletek lefedése érdekében.

Az egészségszolgáltatások rendszere felöleli a teljes interszektoriális egészségcélú tevékenységek összességét, a lakóhelyközeli (ügyféltér) meghatározás nemcsak földrajzi kereteket jelent, az elérhető kompetenciák jellegéből fakadóan a szolgáltatási szinteket is meghatározza. Így az angolszász típusú primary care, elsődleges egészségügyi szolgáltatások körét foglalja magában. Tartalmilag két fontos szempontot is tükröz:

- az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése érdekében a szolgáltatások elérhetőségének bővítését és minőségi javítását a lakóhely közelében;

- a népegészségügyi feladatok alapellátási szintjének megerősítését, és ennek a feladatkörnek a hangsúlyosabb kibővítését a lakossági egészségszükségletek ismeretében.

A lakóhelyközeli egészségszolgáltatások feladatrendszere a WHO 10 Alapvető Népegészségügyi Feladatához [WHO2011] igazodik, kiegészítve ezeket az egészségügyi szolgáltatásokkal és azok szervezésével.

## 10 Alapvető Népegészségügyi Feladat (ANEF)



**Forrás:** EUR/RC61/10 Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Annex 2

17. ábra: A 10 Alapvető Népegészségügyi Feladat [WHO2011].

Ezen rendszerben magasabb szinten szervezett központi funkciókként jelennek meg az adatgyűjtés, adatkezelés, azaz monitorozás, elemzés, visszacsatolás, döntéselőkészítés, tervezés támogatási feladatok. Hasonlóképpen központi funkcióhoz tartozó feladatok a szabályozás, irányítás, tervezés, finanszírozás, humán erőforrás management, minőségbiztosítás, kutatás és módszertani fejlesztés feladatai. Mindezekkel a kulcstevékenységek lakóhelyközeli működtetése válik lehetővé, azaz az egészségfejlesztés, egészségvédelem, betegségmegelőzés, egészségügyi szolgáltatások és szolgáltatásszervezés tevékenységeit, melyek az egészségügyi szolgáltatási feladatok.

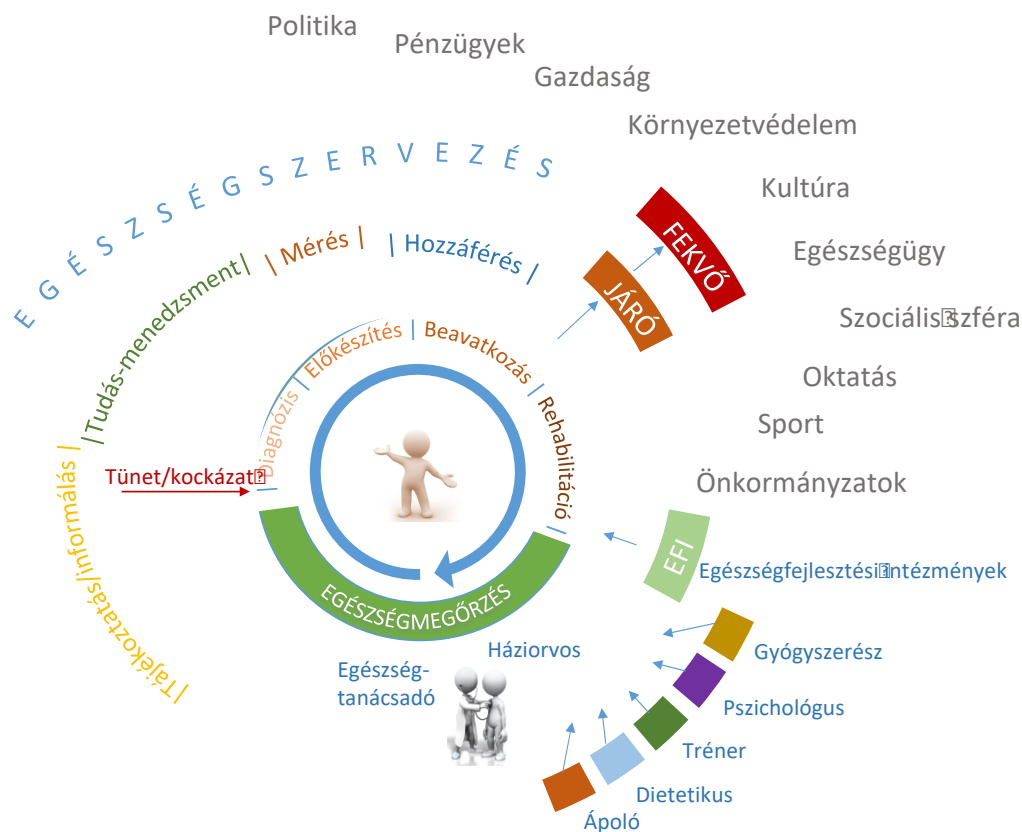
A lakóhelyközeli egészségszolgáltatás mindennek megfelelően a hagyományos értelmezésű alapellátás és járóbeteg szakellátás szintjére koncentrál, melyet együtt elsődleges egészségszolgáltatásnak nevezhetünk.

Ezen szemléletből kiindulva a lakóhelyközeli egészségszolgáltatás fejlesztésének követelményei között kulcsszerepet játszik a

- horizontális integráció a résztvevő szereplők közt,
- a lakóhelyközeli szolgáltatások bővítése, koncentrálva
  - a népegészségügyi feladatokra, ezen belül az egészségfejlesztésre, egészségvédelemre és betegségmegelőzésre,
  - a gondozásra, valamint
  - a szakszolgáltatási lehetőségek bővítésére a vertikális integráció révén.

A lakóhelyközeli egészségszolgáltatás egy lehetséges meghatározása ezek alapján: különböző összetételű szakembercsoportok által nyújtott, általánosan hozzáférhető, egészségcentrikus, közösségközpontú egészségszolgáltatások összessége, amely a releváns közösségi egészségigényeket felmérve, a közösség lehetőségeihez illeszkedően elégíti ki az egészségigényeket. Az egészségszolgáltatásokat az egyénnel, a családokkal és a közösségekkel partnerségben, interszektoriális támogatottság mellett szervezi. Biztosítja az egészségszolgáltatások átfogó szakmai koordinációját.





18. ábra: A kutatás eredményeként leírt lakóhelyközeli egészségszolgáltatások hálózatos rendszerének egyénközpontú leképezése.

A kialakított elképzelés alapján az egészségszolgáltatások fejlesztéséhez, valamint a működési minőség magas színvonalának biztosításához a támogató, módszertani fejlesztő, irányító funkciókat mindenképpen biztosítani kell. Ezen funkciók nélkül a működési modell kialakítása jóval hosszabb idő alatt megy végbe, továbbá a kialakult működés nagy valószínűséggel heterogénné válik.

Ez a tény indokolja, hogy a szemléletváltást irányító, az egészségcentrikus működési modellt alátámasztó támogató, irányító funkciók beillesztésére van szükség. Kiemelten fontos, hogy a szemléletváltást támogató szervezési funkciók is a rendszer integráns részeként működve biztosítsák az egészségtervezésben és egészségszervezésben jelentősen elhanyagolt megelőző és gondozási tevékenységek összehangolt működését a diagnosztikus és terápiás elemekkel.

A megvalósítást biztosító felépítésben az egészségfejlesztés, a népegészségügyi szemlélet és az egészségszervezés összehangolása modellként szolgál, mely nemcsak az elsődleges egészségszolgáltatások, hanem a teljes szolgáltatói rendszer számára

jelent követendő példát. Ilyen módon elérhető, hogy a népegészségügyi feladatok, a megelőzés és a gondozás nagyobb hangsúllyal, a többi szolgáltatási tevékenységgel szorosan összehangolva valósuljanak meg. Az összehangolt működéshez szükséges kialakítani a módszertani háttérrel, egységes minőséget biztosító, támogató és iránymutató intézményi háttérrel.

Lényeges szempont, hogy a közösségi autonómia és döntéshozatal a közösségi, lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások szintjén érvényesüljön. Ezáltal lehet biztosítani, hogy az egészségügyi szolgáltatások valóban a közösség egészségügyi szükségleteinek kielégítésére koncentráljanak. Az önálló szerveződések, alulról jövő közösségi kezdeményezések támogatása rendkívül fontos elem, mely a közösség egészségességére önmagában hatással lehet. Az intézményi keretrendszernek nem célja ezeknek a folyamatoknak a korlátozása, ezekre támaszkodva, módszertani és szervezési irányítást nyújt, valamint a jó példák elterjesztésével támogatja a folyamatos fejlődést, fejlesztést. Minőségbiztosítóként a szakmai garanciákat tartja karban.

A fejlesztés és a nemzetközi gyakorlatban megfigyelt példák eredményei alapján az országosan egységesen működtetett közösségi egészségügyi szolgáltatás a következő hatásokat fejti ki a megújított egészségügyi rendszerben:

- minőségi javulás, a gyógyítási eredményesség jelentős növekedése;
- megelőzési tevékenységek arányának növekedése, egészségkultúra fejlődése;
- az elsődleges egészségügyi szolgáltatások szintjén a prevenció területén jelentkező hiányosságok csökkentése;
- szűrési programok szervezésének, megvalósításának támogatása, a szolgáltatói hálózat felkészítése a szűrési hatások kezelésére;
- lelki egészségügy gondozás, valamint ennek integrálása az egészségügyi tanácsadás rendszerébe;
- egyéni egészségtervezés módszertanának elterjedése és az egészségügyi tanácsadás rendszerének alkalmazása nyomán a terápiához való hozzáférés javulása;
- közösségi egészségtervezés rendszerszintű használata, közösségi egészségügyi szükségletek és szolgáltatási kapacitások harmonizálása, melynek eredményeként optimalizált szolgáltatási térkép kerül leírásra és az egészségügyi egyenlőtlenségek fokozatosan felszámolásra kerülnek;
- egyéni szolgáltatásút-tervezés és -menedzselés eredményeként a szolgáltatási

folyamatok megvalósítása közelít a szakmailag előírt folyamatokhoz, amelynek eredménye a hatékonyabb szolgáltatás és az elégedettebb ügyfelek;

- a koreációval megvalósuló szolgáltatási folyamatok növekvő egészségélményhez vezetnek;
- korai diagnózisok arányának növekedése és az eredményesebb gondozás hatására a szövődmények csökkenése, eredményként kevesebb kórházi beavatkozás;
- a kompetenciák összehangolt alkalmazása révén hatékonyságnövekedés, mely az egészségérték emelkedésében és a magasabb szolgáltatási szinteken jelentkező túlzott erőforrás-igénybevétel csökkenésében mutatkozik meg.

Rendszerszintű egészségcentrikus szolgáltatásszervezés jön létre, mely a megelőzés és gondozás hangsúlyának növelésén keresztül a lakosság egészségi állapotára fejt ki jelentős hatást. Ez a hatás a közösség egészségértékének növekedéséhez vezet.

### **X.7.2. A lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások strukturális felépítése**

A lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások működési rendszerén belül közösségi egészségügyi szükségletek alapján a közösség saját döntései alapján a közösség egészségességének érdekében, önkormányzati felhatalmazással biztosítja, fejleszti az egészségügyi szolgáltatásokat. Az egészségügyi szervezés módszertani intézményrendszere kulcsszerepet játszik a tervezés folyamatának támogatásában és a létrehozott célkitűzések megvalósításában. Integrációs szerepet tölt be a különböző szereplők egészségügyi szolgáltatási tevékenységeinek összehangolásában. A rendszerezett szolgáltatások növelik a közösség egészségélményét és hozzájárulnak az egészségkultúra fejlesztéséhez.

Egészségesebb közösségek, hatékonyabban működő, fenntartható egészségügy jön létre.

A lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások strukturális felépítésének meghatározó alapeleme a szakmai integráció. A szakmai integráció azonnali előnyei:

- minőségi javulás,
- optimalizált feladatmegosztás,
- növekvő egészségélmény,
- az üresen maradt ellátási területek kiszolgálása,

- szubszidiaritás elvének fokozott érvényesülése,
- feladatbővítés révén lakóhelyközeli szolgáltatások bővülése.

#### A szakmai integráció kialakításának módszertana

A szakmai közösségek felépítésének két alapvető eleme van, mely kritikus a nemzetközi tapasztalatok alapján:

- a szakmai közösségek önszerveződését biztosítani kell az adott közösségek egészségszükségleteinek, a közösség szociális, kulturális és földrajzi viszonyainak megfelelően;
- a szakmai közösségek kialakulását és működését szervezési célkitűzési szempontból folyamatosan támogatni kell, ennek szintje és módszere a közösségi egészségszervezés.

Az eltérő településszerkezet, az eltérő szociális, kulturális viszonyok, az eltérő egészségi állapot más-más szerveződési formák kialakulásához vezetnek. Ennek következtében eltérő, a közösség szükségleteihez igazodó modellek kialakulásának kell teret hagyni, biztosítva, hogy azok egységes célrendszernek megfelelően tevékenykedjenek. A felépítés, működés és az egységes irányok kialakításában kulcsszerepe van a közösségi egészségszervezésnek a finanszírozás módszertanának, és a jogszabályi környezetnek.

A lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatási rendszer hálózatos szerkezetű, klaszterrendszerben működő egység. Kiemelten fontos, hogy a közösségi döntéshozatal szintjét, az önrendelkezést és szerveződést biztosítani lehessen, ugyanakkor elengedhetetlen a fejlesztési irányok, a szemlélet, a kultúraváltást támogató működés egységessége, a minőségbiztosítás rendszere. A jogszabályi környezetnek biztosítania kell a helyi döntéshozatali függetlenséget és a szakmai, módszertani, minőségbiztosítási feladatok egységét. Az önkormányzatok szerepe, mint a közösség képviselője a javaslattevői, döntéshozói feladatok képviselője kiemelten fontos, melyet támogat, a rendszerben szervesen illeszkedő, az egységes minőséget biztosító országos szintű egészségügyi szolgáltatások irányítási rendszere. Az önkormányzatok a „Health in all Policy” [WHO2012] szemléletnek megfelelően biztosítják az ágazatok közötti integrációt, ezzel lehetővé téve a közösségi egészségügyi szolgáltatások rendszerének teljes körű megvalósítását.

A közösségi szintér sok formában jelenhet meg: településen belüli, települési, több települést magában foglaló kisebb vagy nagyobb területi egységként meghatározható. A nemzetközi tapasztalatok áttekintése, valamint a korlátozottan rendelkezésre álló erőforrások figyelembevétele alapján javasolt a lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások közösségi szintérének méretbeli meghatározásaként 80 - 150 ezer lakosú, földrajzilag egységes területet választani, amelynek határait elsősorban a háziorvosi szolgáltatási területek jelölik ki. Ez a közösségi tér a szolgáltatói kompetenciák és a közös kokreációs tér szervezési, adminisztratív szempontjainak figyelembe vétele miatt célszerűen egybe esik a közigazgatási egység határaival. A közösségi szinten belül helyezkednek el mindazon szolgáltatások, melyek a lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatások rendszerének részei:

- egyedi felnőtt és gyermek háziorvosi szolgáltatások,
- praxisközösségek,
- csoportpraxisok,
- szakorvosi szolgáltatások,
- fogászat,
- lelki egészségtámogatás,
- védőnői szolgálat,
- szakápolói szolgálat,
- gyógyszerárak,
- iskolaegészségügy,
- foglalkozás-egészségügy,
- ágazati egészségügyi szolgáltatások,
- közösségi egészségügyi szolgáltatások és egészségfejlesztési irodák,
- integrált egészségügyi-szociális intézmények.

Az új szolgáltatási modell a közösségi szinten releváns egészségügyi és határterületi szolgáltatók funkcionális, horizontális, vertikális és interszektoriális integrációjára épül, amelynek gerincét az egészségügyi járóbeteg-ellátás jelenleg is működő intézményei (egészségügyi alapellátás – háziorvosi, házi gyermekorvosi, fogászati, ügyeleti és védőnői ellátások; járóbeteg szakellátás, gondozóintézeti ellátások, gyógyszerellátás, egészségfejlesztési ellátások) adják, különös tekintettel a háziorvosi szolgáltatásra és a járóbeteg szakellátásra. Ehhez illeszkednek azok az új egészségügyi szolgáltatási formák, amelyek korábban nem működtek, esetlegesen alulfejlettek

voltak, elsősorban a megelőzés területén, azonban ide tartozik a virtuális térben megvalósuló szolgáltatások fejlesztése, valamint minden innovatív, hiánypótló szolgáltatásfejlesztési program is, továbbá az egészségügyi szolgáltatásokkal egységet képező határterületi szolgáltatások is, pl. a szociális ellátás. Ide tartoznak azok a feladatok, melyek a lakóhelyközeli egészségszolgáltatás keretén belül, a népegészségügyi feladatok ellátását jelentik. Részletesen:

- A népesség egészségi állapotának és jóllétének a monitorozása és felügyelete;
- Az egészségi ártalmak kockázati tényezőinek és veszélyhelyzeteknek monitorozása és kezelése;
- Környezetegészségügyi, foglalkozás-egészségügyi, járványügyi és egyéb téren folytatott egészségvédelem;
- Egészségfejlesztés a társadalmi meghatározók kezelésére és az egészségi állapotban jelentkező egyenlőtlenségek megoldására tett lépésekkel;
- Betegségmegelőzés és a betegségek korai stádiumban való diagnosztizálása;
- Az egészséget és a jóllétet szolgáló irányítás biztosítása;
- A felmerülő igényekhez létszámban igazodó kompetens népegészségügyi személyzet biztosítása;
- Az egészség érdekében hozott érdekérvényesítés, kommunikáció és társadalmi mobilizáció.

A megvalósított fejlesztési munka eredményei alapján a funkcionális integráció lépésről lépésre valósítható meg. Kritikus fontosságú az önkormányzatok javaslattevő, döntéshozói szerepkörének biztosítása. A helyi szintű integráció alapvetően a közösségi kezdeményezésekre támaszkodik, melynek jogszabályi lehetőséget és finanszírozási ösztönzést érdemes biztosítani. Ezentúl nagy szükség van az önszerveződés folyamatának támogatására annak érdekében, hogy valóban a közösségi igényeknek megfelelő szolgáltatások kerüljenek kialakításra. Kiemelten fontos, hogy az integráció minél gördülékenyebben, minél kevesebb működési zavar kíséretében valósuljon meg. Ennek biztosítéka a megfelelő integrációs együttműködési terv kialakítása, melynek minden esetben meg kell előznie a megvalósítás lépéseit. Minden létező szolgáltató egység jelenleg is egészségügyi „ellátást” nyújt, amelynek folyamatossága az átalakítás időszakában is megőrzendő.

A funkcionális integráció eredményeként létrejön a szakmai közösségek hatékonyan működő formája, amely a közösségi szintű egészséggondozásért felelős integrált

szolgáltatási egység.

A közösségek egészségszolgáltatási alapegységeit támogató szervezési és szakmai támogató egységek a közösségi egészségszervezési és egészségfejlesztési funkciókat megvalósító egészségszolgáltatási irodák. Ezen központok a következő szolgáltatásokat nyújtják az egészséggondozási egységeknek:

- közösségi szükségleteknek és hatékonyságnövelésnek megfelelő fejlesztési irányok,
- operatív működési támogatás,
- népegészségügyi alapvető feladatok,
- népegészségügyi kompetencián és egészségkommunikációs ismereteken alapuló egészségfejlesztés,
- operatív közösségi egészségtervezés,
- indikátor alapú eredményesség elemzése és értelmezése,
- egészségszervezés, interszektoriális integrációs tevékenységek összehangolása,
- minőségfejlesztés.

### **X.7.3. Országos szintű egészségszolgáltatás**

#### **A lakóhelyközeli egészségszolgáltatás módszertani, támogató, fejlesztési intézményrendszere**

A lakóhelyközeli egészségszolgáltatások rendszerszintű működését az egészségszolgáltatások országosan egységes és összehangolt működésének biztosításával legjobban három szintű irányítási és támogatói rendszerben valósítható meg. A már kialakult döntéshozatali struktúrákat figyelembe véve, melyeknek jogszabályi háttere jelenleg országos, megyei és járási szinteket különböztet meg, a működési hatékonyságokra tekintettel országos, megyei és járási szinthez igazított struktúra kialakítása illeszthető. Ez a felépítés a szükséges kompetenciák hatékony felhasználására támaszkodik, azaz különbséget tesz az elemzői, módszertanfejlesztői és helyi kivitelezői, népegészségügyi, egészségtanácsadói, egészségfejlesztői kompetenciák közt. Arra törekszik, hogy a feladatok elvégzéséhez szükséges ismeretek, tudás és készségek, a feladatok elvégzésnek hatékonyságát biztosítandóan

járási, megyei vagy országos szinteken álljanak rendelkezésre. Egyes feladatok, minden szinten megjelenhetnek, mint például a minőségbiztosítás, hozzátéve, hogy a különböző szintek eltérő feladatokat és folyamatokat minőségbiztosítanak.

A fentieknek megfelelő három munkamegosztási szint lehetséges elhelyezése:

#### Országos szint

Az integráció országos szintű megjelenítése érdekében a lakóhelyközeli egészségszolgáltatás színterében megjelenő szakmai csoportok egységes módszertani és irányadási háttérrel rendelkeznek. Az egészségfejlesztési és egészségmegőrzési szemlélet biztosításával kialakítandó kulcsfeladatok:

- egészségfejlesztési módszertani irányítás és kompetenciaközpont;
- egészségszervezési szakmai irányelvek módszertani irányítás és kompetenciaközpont;
- egészségtanácsadás és egyéni egészségtervezés kompetenciaközpont, módszertani fejlesztés és irányítás;
- közösségi egészségtervezés kompetencia központ, minőségbiztosítás és módszertani fejlesztés;
- lakóhelyközeli egészségszolgáltatások szakmai minőségbiztosítása;
- lakóhelyközeli egészségszolgáltatások szolgáltatásút-szabályozási és elemzési módszertani központja;
- egészségvédelem, egészségfejlesztés és betegségmegelőzés szolgáltatásainak biztosításához szükséges monitorozás, információelemzés és -megosztás, döntéselőkészítés.

Megyei vagy megyék alkotta régiós szinthez igazított területi feladatok, melyek országos háttérre építve látják el feladataikat.

A területi szint feladatai a következő kulcselemek alapján írhatók le:

- elemzési, adatértelmezési, indikátorkezelési feladatok, melyekhez kapcsolódó ismeretek elhelyezése tudáscentrumban valósul meg;
- egészségszolgáltatás szervezési feladatok, melyek a különböző szolgáltatói háttérrel rendelkező és eltérő szintű szolgáltatások kapcsolati rendszerét biztosítják, ezen keresztül rendkívül fontos szerepük van a szükséges szolgáltatási kapacitások elérhetőségének, mennyiségének biztosításában;



- együttműködési koordináció, mely az egyes járások és a megyei szintek, ezentúl a megyék közötti egészségügyi szolgáltatásokra kiterjedő egységes működésnek biztosításában játszanak kulcsszerepet, ezen keresztül a szolgáltatásszervezőkkel közösen a hatékonyság növelésében jelentős szerepük van;
- minőségbiztosítás, melynek célja az egészségügyben előforduló hibák felszámolása, a folyamatmenedzsment ellenőrzése, utánkövetése, a felhasználói elégedettség rendszeres monitorozása alapján javaslattétel a változtatásokra.

Járási vagy járások alkotta közösségi szinthez igazított helyi feladatok

A lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatás felépítésében feladatuk a szemléletváltással egybekötött struktúraváltás támogatása, menedzselése. Feladatkörük ennek megfelelően nagyon széles:

- a közösségi egészségtervezésben való részvétel;
- az alapellátás struktúraváltásának elősegítése és támogatása;
- az egészségnevelés módszertanának terjesztése, fejlesztése;
- a prevenciós tevékenységek kialakításának és működtetésének támogatása praxisközösségi szinten;
- a gondozási tevékenységek kialakításának elősegítése és működtetésének támogatása praxisközösségi szinten;
- a lelki egészségügybe beépítés az egészségügy rendszerébe, ezen szolgáltatások elérhetőségének biztosítása;
- primer és szekunder prevenciós programok kialakítása a közösségi egészségügyi szükséglet alapján;
- az „egészség minden helyi döntésben” szemlélet kulcsképviselete, kapcsolatmenedzsment;
- a helyi operatív egészségügyi szervezési folyamatok kialakítása;
- helyi szolgáltatások minőségbiztosítása, szakmai, folyamat- és eredményességi szempontoknak megfelelően.

Lényeges szerkezeti elem, hogy a lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatás részeként működő közösségi szervezési, tervezési szolgáltatás rendszeresen, az intézményi struktúrához illesztett keretek közt fejti ki tevékenységét, egységesítve a közösségi szintre delegált döntéshozatalt a stratégiai fejlesztési irányokkal.

#### **X.7.4. A lakóhelyközeli egészségszolgáltatás fejlesztése**

Az alapellátás jelenlegi modellje nem lesz képes a jövőben kielégíteni az egyre növekvő szükségleteket és igényeket. A fekvőbeteg ellátás tehermentesítését célzó, alapellátás felé történő elmozdulás túlterheltséget okozhat az alapellátók számára. A szolgáltatások minőségére és hatékonyságára is kedvezőtlen hatással lehet, ha a pénzügyi források allokációja, valamint az információáramlás nem megfelelő.

A közösségi egészségszolgáltatások rendszerének fejlesztéséhez alapvető szükség van az itt nyújtott szolgáltatások bővítésére, a minőségfejlesztésre, az alapellátás finanszírozásának – fejlesztést szolgáló célok szerinti – átalakítására, eHealth technológiák alkalmazására és a szolgáltatások koordinációjának megerősítésére. Fontos terület az elsődleges szolgáltatások menedzsmentjének támogatása.

##### **X.7.4.1. A közösségi egészségszolgáltatás szintjén nyújtott szolgáltatások bővítése**

Az elsődleges egészségszolgáltatásban nyújtott szolgáltatások bővítése magában foglalja

- az alapellátás megelőző és népegészségügyi – egészségfejlesztési szerepének megerősítését,
- egyes szakorvosi szolgáltatások alapellátásban való biztosításának lehetővé tételét,
- az alapellátás közösségi szolgáltatásokkal való összekapcsolását,
- valamint a páciensek, egyének kezelésbe való bevonását, egészségi állapotuk menedzselésének támogatását.

Ezek a fejlesztések amellet, hogy elősegítik az egészségügyi rendszer hatékonyabbá tételét a fekvőbeteg ellátás tehermentesítése révén, a szolgáltatások szükségletekhez és igényekhez történő alakításához, valamint a krónikus betegségek megelőzéséhez és kezeléséhez is hozzájárulnak.

Az általános és speciális szaktudást egyaránt magában foglaló, több szakmára és szakterületre kiterjedő multidiszciplináris teamek lehetővé teszik az alapellátásban biztosított szolgáltatások spektrumának bővítését, valamint a szolgáltatások egyéni szükségletekhez és igényekhez történő alakítását. Kiemelt hangsúlyt kell fektetni az elsődleges egészségszolgáltatásokat biztosító munkaerő képzésére, valamint a több

szakmát és szakterületet magában foglaló csoportokban a szaktudás megfelelő összetételének kialakítására.

Az alapellátás közösségi jellegének erősítése magában foglalja az alapellátás, valamint a mentális egészségügyi, otthoni és a szociális szolgáltatások integrációját, az ügyfelek szélesebb társadalmi hálózatokba való bekapcsolását, valamint az olyan személyek és egészségügyi trénerek alkalmazását, akik ma még nem részei a formális egészségügyi szolgáltatásoknak. Erre azért is szükség van, mert a betegek számos problémája a társadalmi elszigeteltséghez és olyan tényezőkhez kapcsolódik, amelyek nem állnak közvetlen összefüggésben az egészségügyi ellátással. Fontos, hogy az elsődleges szolgáltatások rendszerében a betegeket tájékoztatni tudják az ilyen jellegű szolgáltatásokról, és át tudják irányítani a megfelelő szakemberekhez. Kiemelendő az informális gondozók szerepe is, különösen az idős, vagy krónikus betegséggel, esetleg multimorbiditással küzdő betegek esetében, és javasolják a betegek, szolgáltatók és informális gondozók közötti kapcsolat megerősítését, integrált partnerségek létrehozását.

A pácienseket ösztönözni kell arra, hogy azonosítsák saját kezelési céljaikat, és menedzseljék saját egészségi állapotukat és kezelésüket, ahol és amilyen mértékben erre lehetőségük van. A hangsúlyt a páciens által fontosnak vélt szempontokra, szolgáltatási célkitűzésekre kell helyezni. Ennek megfelelően szemléletben a terápiás és életmódi változtatásokkal kapcsolatos döntések meghozatalban szerepet kell biztosítani a páciensnek, az elsődleges egészségügyi szolgáltatásnak támogató, konzultatív, ösztönző tevékenységet kell folytatni.

#### **X.7.4.2. A közösségi egészségügyi szolgáltatás minőségének fejlesztése**

Az alapellátás minőségének fejlesztéséhez összehasonlítható indikátorok kidolgozására, a szolgáltatásteljesítmények folyamatos mérésére és monitorozására, valamint célzottan a szolgáltatások minőségének fejlesztésére irányuló finanszírozási ösztönzők alkalmazására van szükség. Az egyes szolgáltatók teljesítményének összehasonlítását megkönnyíti, ha az elsődleges egészségügyi szolgáltatók a szolgáltatás minőségével és eredményeivel kapcsolatos információkat valós időben publikussá teszik. Az orvos-biológiai indikátorok alkalmazása mellett olyan indikátorok bevezetése is szükségessé vált, amelyek az ügyfelek egészség-célkitűzéseire és tágabb értelemben vett életére, életmódjára fókuszálnak. Fontos elem az integrált

szolgáltatások hatékonyság-felmérésében az egészségélmény típusú minőségi indikátorok alkalmazása, tekintettel a fogyasztói piacon mért összefüggések analógiájára várható, az egészségélmény és a terápiás bevonódás – egészség-kokreáció közötti összefüggésre.

#### **X.7.4.3. A szolgáltatások koordinációjának fejlesztése**

Az európai országok többsége erőfeszítéseket tett a szolgáltatások koordinációjának fejlesztésére, mely azonban továbbra is az egészségügyi rendszerek egyik legfőbb problémáját jelenti. Nemzetközi példák alapján az egyéni praxisok helyett a szolgáltatók csoportpraxisokban, illetve multidiszciplináris csoportokban való tevékenységének ösztönzése a követendő út. Ezek a működési modellek elősegítik a szerepek világosabb szétválasztását, a páceinsek jobb tájékoztatását, és megkönnyíthetik a szolgáltatók közötti együttműködést, ezáltal a koordinációt is. Kiemelten fontos szempont, hogy amennyiben a kórházon kívüli szolgáltatás túlzott mértékben centralizálódik, azaz automatikusan magasabb szolgáltatási szintre kerül, az megnehezítheti a hozzáférést egyes betegek számára, ezen keresztül jelentős egészségérték-vesztéshez vezet.

Az alapellátás integrációs hatékonyságát nagyban növeli a csoportpraxisokban tevékenykedő esetmenedzser, aki a páciensek egészségügyi ellátásban történő koordinációjáért felelős. Előnyösebb, ha az adminisztrátor helyett a beteg egy szenior orvossal vagy ápolóval veszi fel a kapcsolatot, aki a kezelési folyamat lehető legkorábbi szakaszában képes döntést hozni a helyes teendőkről.

Az adott páciens kezelésében résztvevő egészségügyi szakemberek bevonásával készített egyéni szolgáltatási tervek jelentősen hozzájárulnak az ellátás koordinációjához, egyrészt a különböző intézmények, másrészt az egészségügyi, mentális egészségügyi és szociális ellátás között.

#### **X.8. A közösségi egészségszolgáltatás helyi irányítása**

A vizsgálat során az országban 20 helyen, budapesti kerületekben és az agglomerációban, nagyvárosokban, illetve járáskonglomerátumokban alakítottam ki tesztpiaci jelleggel a közösségi egészségszolgáltatások alaphálózatát. Minden területen háziorvosokat és velük együttműködő szakdolgozókat vontam be a szervezés tesztelésére. Területenként 20 és 78 fő közötti háziorvost vontam be, a közösségi

egészségsszolgáltatások irányítását közösségi egészségsszolgáltatási irodákként működő 5 fős, a fejlesztési program alatti folyamatos egészségsszervezési képzésben, coachingban és szupervízióban résztvevő csapatok valósították meg 2015. február és november között.

A működés során szakértői workshopokat, szupervíziós csoportokat, valamint adatgyűjtést valósítottam meg.

Közösség neve	Járások1	Járások2	Járások3
Budapest 1	Budapest IX		
Budapest 2	Budapest XI		
Budapest 3	Budapest XIII		
Csornai	Csornai	Kapuvári	Téti
Debreceni	Debreceni		
Hevesi	Füzesabonyi	Hevesi	
Hódmezővásárhelyi	Hódmezővásárhelyi	Makói	
Kazincbarcikai	Edelényi	Kazincbarcikai	
Kiskőrösi	Kalocsai	Kiskőrösi	Kunszentmiklósi
Pápai	Pápai	Zirci	
Pásztói	Balassagyarmati	Pásztói	Rétsági
Pécsi	Pécsi		
Siófoki	Fonyódi	Siófoki	Tabi
Szarvasi	Gyomaendrődi	Orosházi	Szarvasi
Szegedi	Szegedi		
Szombathelyi	Kőszegi	Szombathelyi	
Tamási	Dombóvári	Paksi	Tamási
Tiszafüredi	Karcagi	Kunhegyesi	Tiszafüredi
Vásárosnaményi	Fehérgyarmati	Vásárosnaményi	
Zalaegerszegi	Lenti	Zalaegerszegi	

6. táblázat: A tesztben résztvevő közösségi egészségsszolgáltatási irodák és a hozzá tartozó járások, illetve kerületek.

A tapasztalatokat, eredményeket összegyűjtve a közösségi egészségsszolgáltatás helyi megvalósítása során a következő kiemelt szempontokat kell figyelembe venni:

- egyenlő hozzáférés biztosítása;
- egészség egyenlőtlenségek csökkentése;
- közösségi szerkezet kialakítása;
- megvalósítandó feladatok számba vétele;
- elérendő célok rögzítése és nyomon követése;

- már működő szervezeti egységek kialakítási koncepciója, elhelyezése;
- módszertani támogatás feltételei;
- hatékonyság és eredményesség biztosítása;
- méretarányos kivitelezés.



19. ábra: A közösségi egészségügyi szolgáltatás helyi irányítási feladatai. Szolyák Tamás közlése.

A közösségi egészségszervezés feladatai többszintűek, a tervező, támogató, minőségellenőrző és -fejlesztő, valamint a közvetlen szervezői és szolgáltató feladatok színvonalas kivitelezéshez szükséges megállapítani az optimális közösségi méretet, valamint szerkezetet. Az egészségfejlesztési irodák lakóhelyközeli szervezési és szolgáltatói szintjének megfelelően alapvetően járási szintű megközelítés vezette az irodák kialakítását. A közösségi egészségügyi szolgáltatás irányító, támogatói funkciói az eredményesség és költséghatékonyság feltételeinek megfelelően lakosságszám alapján kerültek definiálásra és több járást fednek le. A feladatok ellátása a két megközelítés harmonizálását kívánja meg, hiszen a népegészségügyi, egészségfejlesztési szervezési feladatok és szolgáltatások optimalizálása is szükséges. Ezért fontos, hogy a lakosságszámhoz illeszkedjenek a feladatok kivitelezéséhez szükséges erőforrások. Az egyenlő hozzáférés biztosítása megköveteli, hogy egységes struktúra jöjjön létre, és ésszerűen a közösségi egészségügyi szolgáltatások irányítása egységes működésként egy központi tervezői, támogatói, minőségbiztosítói és ehhez szatellitként, hálózatként csatlakozó szervezői, szolgáltatói felépítésben valósuljon meg.

A központ tervezői, támogatói működését helyi szinten hatékonyan tudja megvalósítani a helyi kapcsolatrendszerbe beépülő, ennek támogatást nyújtó „szatellit szolgáltatói egységek” rendszere. A lazább kapcsolódás a kompetenciák hatékony

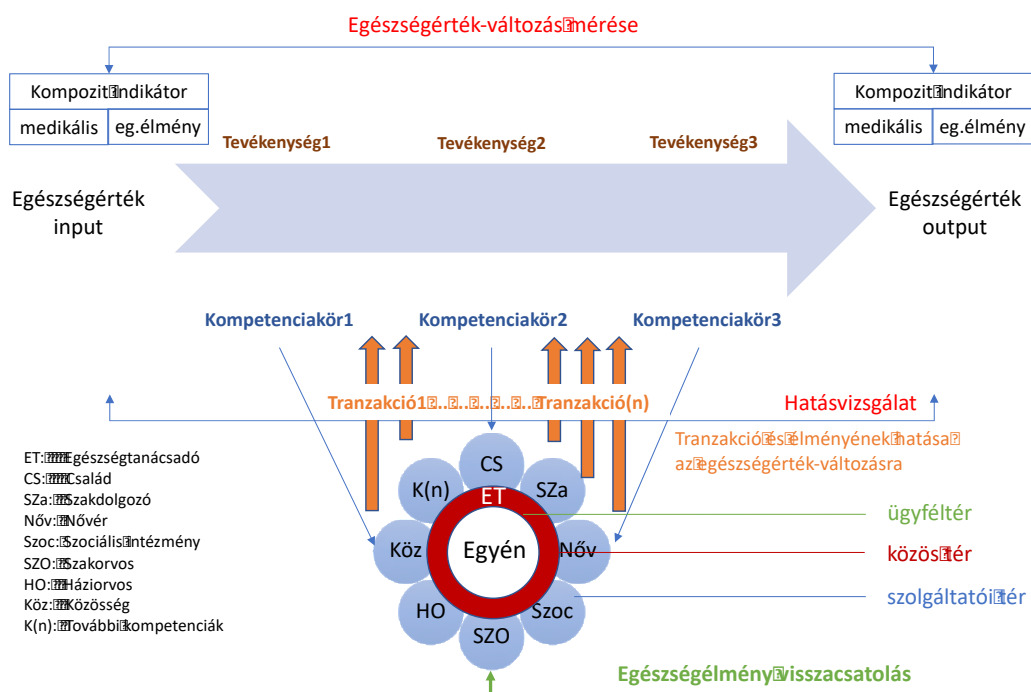
strukturálása mentén jön létre, minden szinten azt tudja a szerkezet biztosítani, amire a közösségnek és a gördülékeny szervezés eléréséhez a szolgáltató rendszernek szüksége van. Fontos hangsúlyozni, hogy ez a felépítés nagyobb lakosságszámú járás, valamint több kisebb lakosságszámú járás esetén is alkalmazható. Nagyobb lakosságszámú járás esetében is megtartható a központi felépítés mérete, ami ebben az esetben sem bővítendő, mert az ekkor megjelenő feladatok sem jelentenek többlet erőforrás igényt. Ugyanakkor a „szatellit szolgáltató egységek” száma és létszáma bővíthető. Így biztosítható, hogy egyenszilárdságú, azonos kompetenciákkal rendelkező, egyenlő hozzáférési esélyeket nyújtó rendszer épüljön fel. A fenti struktúra egy helyi közösségi egészségügyi szolgáltatási egység (iroda) felépítését tükrözi, ahol az egyes feladatok és kompetenciák a megfelelő szinteken jelennek meg.

## XI. Az egészségérték-teremtés élményalapú közösségi modellje

Az elvégzett kutatás-fejlesztési program eredményeit összegezve az egészséggondozási értéklánc ügyfélményekre alapozott közösségi modelljét dolgoztam ki, melynek a 'Közösségi egészségélmény modell' nevet adtam.

A modell elemzési, fejlesztési és menedzsment keretrendszer biztosít az egészség-ökoszisztémában elérhető kompetenciák hálózatos egyénközpontú működtetésével megvalósításra kerülő egyéni egészségérték-növeléshez.

Közösségi egészségélménymodell



20. ábra: Az egészségérték-teremtés egyénközpontú közösségi megvalósításának modellje a Service Logic szerint újratervezett egészséggondozási értéklánccal.

A modell központi eleme, hogy az egyéni egészségérték növelésének eléréséhez az egyén saját erőfeszítései az elsődlegesek. Ehhez a motivációt, az energiát és a megerősítést a saját pozitív egészségélményei adják. Az egyén általi használatbeli értékteremtés megvalósításához szükséges kompetenciáknak három nagy köre van:

1. amelyeket megtanult és elsajátított az egészségműveltsége részeként;
2. amelyeket a szolgáltatói térből ügyfélként megkap;
3. amelyekhez pénznélküli csere révén jut, jellemzően online, tapasztalati szakértőktől.



Az egyének egészségmagatartása és attitűdje keretei között ezen kompetenciák alkalmazását a megélt egyéni egészségélmények pozitív vagy negatív mértéke alapvetően befolyásolja. Minél pozitívabb a megélt egészségélmény, annál inkább beépül az adott kompetencia az egyén mindennapi egészségtevékenységei közé.

Az egyéni egészségkompetencia-terek kapcsolódása és egymásra hatása révén **hálózatos**, kokreációs közösségi egészségterek jönnek létre. Optimális és hatékony működésüket akkor biztosítják, amennyiben a teljes kokreációs tér annak ügyféltér, közös tér és szolgáltatói tér elemeivel **egységes** kompetenciahalmazként tudnak működni. Ez az egységes kompetenciater teszi lehetővé, hogy az egyén által a használatbeli érték megteremtéséhez alkalmazott kompetenciák mindegyike az értéknövelés irányába hasson, részben egymást erősítve.

Ezek a kokreációs terek tipikus egészségérték-növelő **értéklánc szakaszokhoz** kapcsolódnak. Pl. csonttritkulásban szenvedő nők első törése utáni törésmegelőző egészségmenedzsmentje.

Marketingszempontról a kiindulási és kívánt egészségérték közötti tevékenységsor az elérendő **egészségfeladat** – “job-to-be-done”. A kiindulási egészségélmény része a **kulcsélmény** – pl. törés okozta félelem és ennyire mozgáskorlátozottság, aminek révén az egyén a feladatmegoldás igényét azonosítja be.

Az azonos, bizonyos esetekben hasonló kulcsélmény a hozzá kötődő megoldandó “egészségfeladat”-tal együtt határozza meg a közösségi egészségtérhez kapcsolódó egyének körét. Ezek az egészségterek egymással részben átfedésben lehetnek, illetve a résztvevők egészségértékének változásával **dinamikusak**, állandó mozgásban vannak. Pl. az esésrizikó javulásával a félelem megszűnik, és a rendszeres fizikai aktivitás válik kulcsélménnyé, vagy ellenkező irányú változás esetén a csonttritkulás talaján kialakuló harmadik csonttörés erős mozgáskorlátozottságot és szorongást válthat ki. Így a korábban egy közösségi egészségtérben egymással tapasztalatot cserélő két ember két jelentősen eltérő közösségi egészségtérbe kerül.

A kokreációs közösségi egészségtér kompetenciáinak magas szintű hasznosulása érdekében folyamatos **visszajelzésre** van szükség a használatbeli értékteremtés mértékéről, így **mérésekre** és **elemzésekre** van szükség. A **medikális** és **egészségélmény mutatók** együttes alkalmazása biztosítja, hogy a modell egyesíti az orvostudományi szempontok szerint szervezett szolgáltatói tér és az egyéni észlelések – személyes egészségélmények által vezérelt ügyféltér kompetenciáit. A két mutatót a

teljes kokreációs tér működése esetén tudjuk alkalmazni. Amennyiben csak a szolgáltatói tér vesz részt az egészségérték-teremtésben, pl. mélyaltatásban megvalósított műtét során, csak a medikális mutató alkalmazása indokolt, míg a kizárólag ügyféltérben megvalósított egészségérték-teremtés, pl. baráti tanácsra elkezdett hétvégi túrázás esetében az egészségélmény mutató használata lehetséges.

Az **egységes mérési és menedzsment** keretrendszer biztosítja, hogy az egészségügyi szolgáltatói tér a töredezett és merev folyamatok szerinti szabályozottsága helyett a szakmai csoportmunkában megvalósuló hálózatos és rugalmas egyénközpontú interakciókat nyújtson az ügyfelei számára. Az ügyféltérben a mérési és menedzsment keretrendszer az interakciókhoz kötött eredményvisszajelzések révén az eddigieknél pontosabb útmutatást ad az egyéneknek a kompetencia-tranzakciók hatásáról, amelynek nyomán választásaik az orvosszakmai szempontokat is nagyobb mértékben veszik figyelembe.

Az ügyféltér és a szolgáltatói tér összehangolásában az **egészségtanácsadó** játszik kulcsszerepet a **közös térben** működve egy új szakma képviselőjeként. Az egyéni **egészségtervezés** eszközrendszerét alkalmazva funkcionálisan projekttervet készít, amely meghatározza a szolgáltatói tér és az ügyféltér kapcsolódási pontjait, a két fél által megvalósítandó folyamatokat, valamint azokat a kokreációs eszközöket, amihez a szolgáltató hozzájárul, akár közvetlenül, pl. csoportos gyógytornával, akár közvetve, pl. a tapasztalcsere lehetővé tevő zárt online fórum biztosításával vagy tornaszoba ingyenes rendelkezésre bocsátásával.

Az egészségtanácsadó feladatköre két korábban már alkalmazott egészségügyi tevékenység egyesítésével jött létre. A szolgáltatói tér felé elsősorban esetenedzser szerepet tölt be a megtervezett szolgáltatási terv szervezési támogatásával, az ügyféltér felé coach szerepet, amellyel az ügyfél önmenedzsmentjét segíti elő az egészségcéljaihoz vezető ügyfélútján (customer journey).

Az egészségtervezés az egyének számára a tudatosság növelésében is szerepet játszik. Egészségtevékenységeiknek rögzített kiindulási pontja van és kitűzött célja, illetve céljai, minden közösen meghatározott időszakra.

A szolgáltatók számára elsősorban az egészségélmény alapú visszajelzések és az azáltal befolyásolt medikális eredmények ismerete révén megvalósul a kokreáció tanulási folyamata, ami az ügyfélközpontúság gyakorlati megvalósítását segíti elő.

Az egyéni egészségtervezésen alapuló egészségtanácsadás és a teljes kokreációs tér arra épülő szervezése a szolgáltatói tér oldaláról a pozitív egészségélmény fokozását valósítja meg, az ügyfélter oldaláról a szakmai alapokat erősíti meg.

A modell működtetéséhez a teljes kokreációs tér, a közösségi egészségterek összességének megszervezése is szükséges, nem várható el az önszerveződő működés kialakulása.

A három kokreációs résztér szervezéséhez, illetve irányításához érdemes egy-egy vezetőt delegálni:

a szolgáltatói tér vezetésére orvosi képzettséggel rendelkező **szakmai vezetőt**,  
a közösségi tér vezetésére tanácsadói vagy coach képzettséggel rendelkező **vezető egészségtanácsadót**,

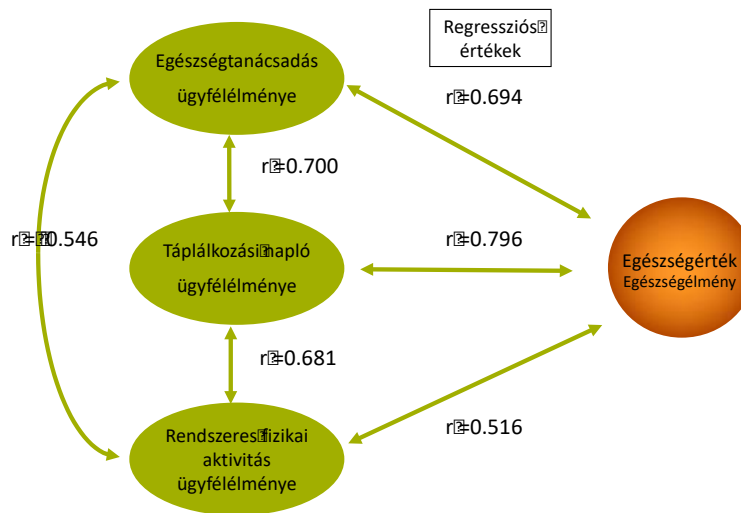
az ügyfélter kereteinek szervezésére és irányítására **közösségi referenst**.

Emellett a mérés, elemzés és tervezés megvalósítására, illetve támogatására **közösségi egészségtervezőt**, valamint

a fenntarthatóság biztosítása és az egységes finanszírozási keretek megtartása érdekében **gazdasági ügyvivőt** alkalmazni.

A mérés és menedzsment alapja az egészséggondozási értéklánc szerinti kompozit egészségérték-indikátorok mérése, és ennek nyomán az **egészségérték-változás követése**, mind a medikális indikátorok, mind az egészségélmény indikátorok mentén. Az egyes cserék hatását külön vizsgáljuk a medikális indikátorokra és külön az egészségélmény indikátorokra.

Példa a tranzakciós hatások elemzésére  
Shapley-érték regressziós analízis alkalmazásával



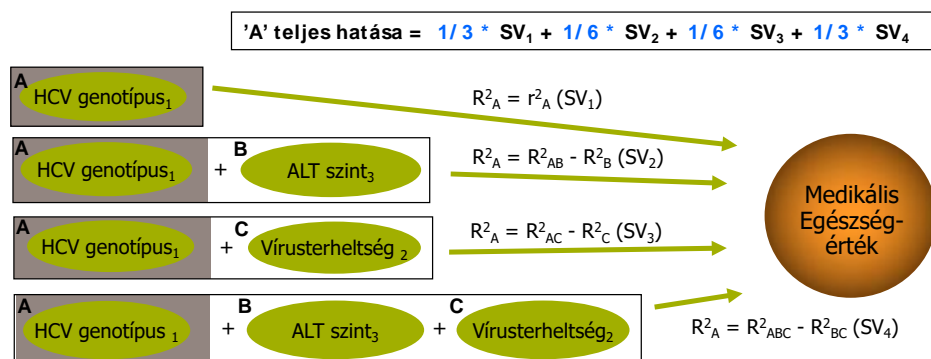
21. ábra: Példa a közösségi hálóban megvalósuló tranzakciók hatásának vizsgálatára.

A teljes kokreációs tér cseréinek hatását a tranzakciók mennyiségi és minőségi mérésével, kiemelten az egészségélmény (ügyfélélmény) mérésével és összefüggésvizsgálattal határozom meg.

Az összetett, hálózatos tranzakciós tér cseréinek egészségérték-változásra gyakorolt hatásának vizsgálatára a Shapley-érték regressziós analízist alkalmazom, amely a kitűzött cél elérésében együttműködő szereplők egyenkénti értékhozzájárulását a regressziós elemzések közül a legpontosabban mutatja ki. Az eredetileg Lloyd Shapley által 1953-ban kooperatív játékelméletre kidolgozott eljárást ma már kiterjedten alkalmazzák a piackutatásban, pl. márkavérték driver analízisére, marketing mix hatásmodellezésére, ipari beszerzési modellek felállítására, termékfejlesztési optimalizációra [Lieberman2015].

Az eredeti játékelméleti elemzési módszertana szerint a Shapley-érték az egy játékos általi átlagos várható határhozzájárulás, valamennyi lehetséges kombinációt figyelembe véve. A piackutatás gyakorlatban történt alkalmazásai nyomán bebizonyosodott, hogy ez az elemzési módszertan az egymással összefüggő hatások értékhozzájárulása meghatározásának megbízható módszere.

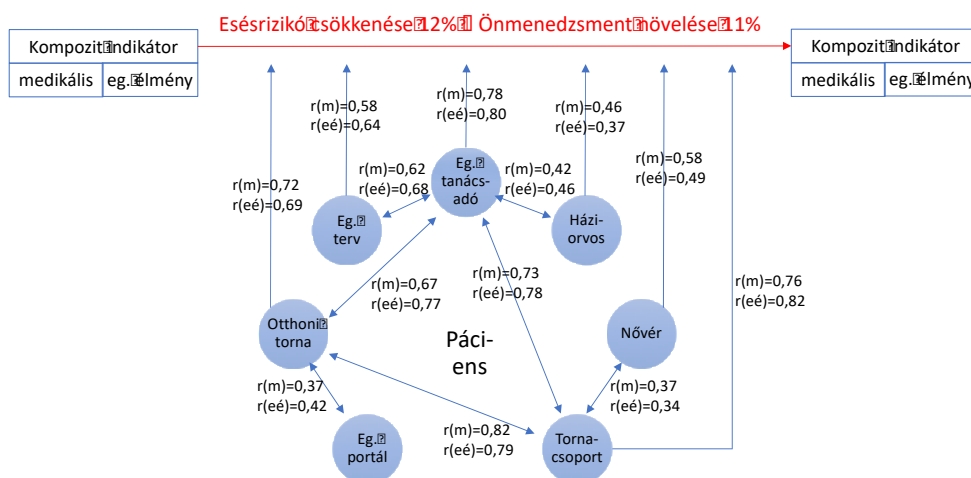
A Shapley-érték regresszió analízis az alábbi példában bemutatott eljárás szerint ad becslést az egyes változók egyedi hozzájárulására az összes lehetséges kombinációt figyelembe véve.



22. ábra: A Shapley-érték számításának eljárása egy medikális egészségérték példával.

A rendszeres méréssel és hatásvizsgálattal nyomon tudjuk követni az egyes közösségi egészségtereket mint jellemző egészségfeladathoz kapcsolódó egyedi kokreációs tereket, és azok altereit: az ügyfélteret, a közös teret és a szolgáltatói teret. A szolgáltató, illetve együttműködő szolgáltatói kör szempontjából a kompetenciák és azok hatásai egyrésztől közvetlenek, amelyeket kézben tud tartani, másrésztől közvetettek, amelyek az ügyfelek és potenciális ügyfelek kontrollja alatt vannak, valamint az ügyfelekre ható, az együttműködésben részt nem vevő befolyásolók, szolgáltatók. Így a szolgáltatói kör szempontjából megkülönböztetünk közvetlen és közvetett hatású kompetenciákat és cseréket.

A modell alkalmazásával lehetőségünk van ezek mindegyikét egységes rendszerben kezelni és elemezni az egészségérték-teremtéshez való hozzájárulásuk szerint. Így a rendelkezésre álló források elosztásának alapja az egyes kompetenciákkal megvalósuló cserék egyedi érték-hozzájárulásának mértéke tud lenni. Ez mind minőségbiztosítási, mind innovációs szempontból a teljes, egyénközpontú egészség-kokreációs tér hatékonyságának növelését támogatja.



23. ábra: A közösségi egészségélmény modell hálózati hatásainak bemutatása a “Nőtörj újra” tesztfolyamat példáján.

A bemutatottnál részletesebb összefüggésvizsgálatokkal, illetve célzott tesztek megvalósításával egyértelműen kimutatható, hogy az egyes kompetenciák közül melyek azok, amelyek potenciáljuk alapján a leginkább hozzá tudnak járulni az értékteremtéshez, és mely kompetenciák azok, amelyek esetében a kompetencia használatbeli értékteremtési folyamatában van szükség változtatásra, fejlesztésre. Láthatóvá válik, hogy a hálózaton belül melyek azok a kompetenciák, amelyek gyengébben vesznek részt az együttműködésben vagy gyengébben teljesítenek, és az egyes közösségi terek közötti összehasonlító vizsgálatokkal a fejlesztési igényeket is pontosan lehet megfogalmazni, valamint a jó gyakorlatokat is pontosan ki lehet választani az értékteremtő részfolyamatok közül.

Nagyszámú, többéves adatsorok vizsgálatával olyan előrejelzések készíthetők, amelyek a helyi kompetenciák szintjén becsli meg egy adott időszak tranzakciós igényét, ami a kapacitástervezéshez, illetve a kompetenciafejlesztéshez, képzéshez ad irányadó értékeket.

## **XII. Kísérlet**

### **XII.1. A modell teljes megvalósítási teszt-kísérlete**

A kutatás célja

Az egészségterven alapuló, egészségtanácsadással támogatott, csoportmunkában megvalósított és közösségi egészségszervezéssel menedzselt szolgáltatások hatásának vizsgálata a kialakított értéklánc lapú szolgáltatási folyamatok egy-egy szakaszát kiválasztva.

Minta

Egészséges egyének, diabétesszel kezelt és diabétesz gyanúval azonosított betegek, csontritkulással kezelt, COPD-vel kezelt betegek, stroke-on átesett betegek körében, valamint iskolások kardiovaszkuláris kockázatszűrése és onkológiai szűrés témában. Összesen 26.549 fő, 794 háziorvos praxisán keresztül bevonva.

Követési idő

Öt hónap

Módszertan

Országos multicentrikus beavatkozással nem járó klinikai vizsgálat az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos Kutatásetikai Bizottságának engedélyével. A beadvány kivonatolt formában a Függelékben található.

- a) Önkontrollos vizsgálat, a bevonás, 3 hónap és 5 hónap elteltével végzett standard kérdőívekkel megvalósított mérésekkel.
- b) Aktív és kontroll páciensek eredményeinek összehasonlítása

Mért paraméterek

Állapotspecifikus medikális (orvos-biológiai) mutatók

Egészségélmény

Ügyfélélmény – Tranzakciós pontokon megélt tapasztalatok

Használati élmény

Elemzések

Egészségtervezés gyakorlata a tervezési folyamat mutatói alapján

Egészségtanácsadás eredményessége

Szakmai csoportmunka eredményessége

Közösségi egészségszervezés eredményessége

Költségátcsoportosítási lehetőségek modellezése

## **XII.2. Csontritkulás téma és eredményei**

### **XII.2.1. A közösségi egészségérték modell tesztjének módszertana**

A jelen dolgozat korlátozott terjedelmi lehetőségei között egy teszt téma, a csontritkulás téma eredményeit mutatom be.

Az egészségérték-teremtés önkontrollos vizsgálata a medikális és egészségélmény egészségérték, valamint a tranzakciók hatásaként jelentkező többféle élmény mérésével a tesztbe történő bevonáskor, valamint három hónap elteltével standard kérdőívek alkalmazásával a páciensek online megkérdezésével, az egészségügyi szakemberek számára online jelentési felületen.

A „NE TÖRJ ÚJRA! Az osteoporosis talaján kialakuló törések prevenciója” folyamatból az esésmegelőzés részfolyamat tesztje.

Beválasztási kritériumok:

- 65 év feletti nők,
- ismert osteoporosis diagnózissal, akiknél még nem volt törés,
- ismert osteoporosis diagnózissal, akiknek már ezzel összefüggésbe hozható típusos törése volt
- akiknek az elmúlt egy évben, kis erőbehatásra lezajlott törése volt (osteoporosis kockázat).

Megvalósított és vizsgált tranzakciók:

(1) Háziiorvosi vizit, (2) Praxisnővérrel konzultáció, (3) Egészségterv készítése, (4) Egyéni esésmegelőzés torna rendszeres végzése, (5) Csoportos esésmegelőzés torna, (6) Online információs honlap.

Eredményindikátorok mérése:

Medikális: Elsődlegesen esésrizikó, másodlagosan esésszám standard kérdőívvel online jelentési felületen kitöltve

Egészségélmény: Elsődlegesen önmenedzsment mértéke, másodlagosan egészségműveltség standard kérdőívvel online megkérdezéssel

Tranzakcióhatás mérése:

Ügyfélélmény standard kérdőívvel online megkérdezéssel

Használói élmény standard kérdőívvel online megkérdezéssel

Gyógyítóélmény standard kérdőívvel online megkérdezéssel



Mérési módszertanok

Országos Reumatológiai és Fiziológiai Intézet fejlesztésében készült

Esésrizikó kérdőív

GfK módszertana szerint

Ügyfélélmény – Consumer Experience (ConX), Használói élmény – User Experience (UX), Egészségélmény kérdőív

Saját fejlesztésben készült

Gyógyítóélmény kérdőív

Háziorvosok értékelése a csoportos gyógytornáról

Az adatok elemzését IBM SPSS Statistics 24 on Macintosh programmal valósítottam meg.

Az összefüggésvizsgálatokat a Shapley-érték regressziós elemzéssel végeztem el.

A kérdőíveket és a vizsgálati lapokat a Függelék tartalmazza.

## **XII.2.2. Minta és időtartam**

N=20 helyszínen: Budapest három kerülete, IX., XI., XIII., agglomerációs településeket hozzákapcsolva, Csorna, Debrecen, Heves, Hódmezővásárhely, Kazinzbarcika, Kiskőrös, Pápa, Pásztó, Pécs, Siófok, Szeged, Szarvas, Szombathely, Tamási, Tiszafüred, Zalaegerszeg, Vásárosnamény

N=84 háziorvos

N=53 gyógytornász

N=1761 aktív ágon bevont páciens, akik a többletgondozás révén többlet egészség-tranzakciókban részesültek.

A bevont páciensek megvalósult követési ideje ebben a témában három hónap volt a 2015. április 27. és október 18. közötti időszakban.

N=932 csontritkulással diagnosztizált nő esetében valósult meg a medikális indikátorként választott esésrizikó követése összesen, náluk került kitöltésre az esésrizikó kérdőív mind a bevonáskor, mind 3 hónap elteltével.

### **XII.2.3. Kísérlet folyamata**

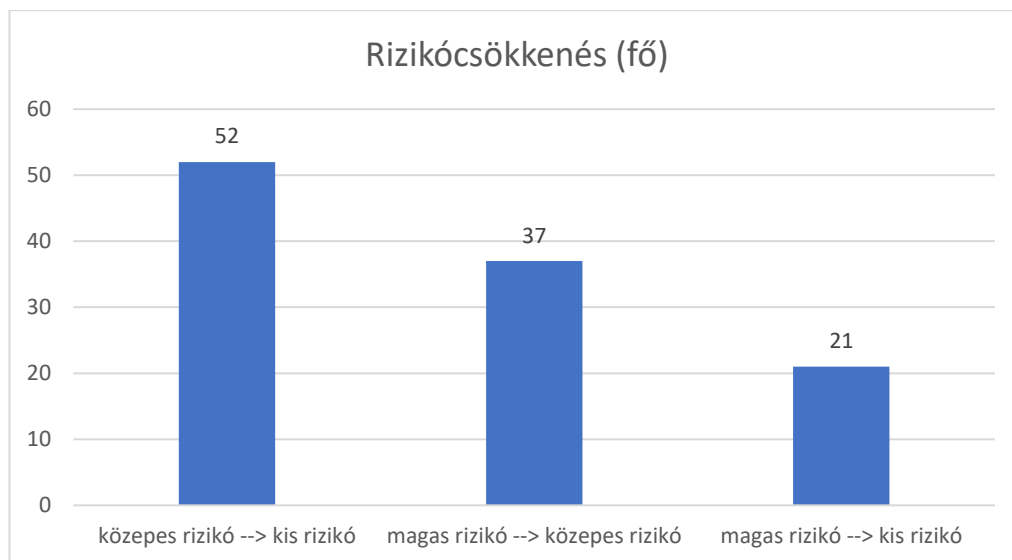
1. A háziorvos és praxisnővére mellett dolgozó gyógytornászok kiválasztása és bevonása.
2. Esésmegelőzés tornaprogram a Országos Reumatológiai és Fiziológiai Intézet fejlesztésében, erről oktató tornafüzet készítése (lásd Függelék), valamint a programban résztvevő gyógytornászok kiképzése az elvégzendő feladatokra.
3. A háziorvosokat a Községi Egészség szervezési Iroda munkatársai képezték ki a feladatokra és folyamatosan nyomon követték a teszt során a feladataik elvégzését.
4. A háziorvosnál a háziorvos vagy a praxisnővére által egyéni egészségterv és ehhez kapcsolódóan kezelési terv, valamint cselekvési terv készítése, amelynek részeként esésmegelőzés torna megtanítása, mozgáscsoportban való részvétel lehetőségének biztosítása és az egyéni egészségtervező alkalmazás segítségével önmonitorozás segítése. Az egyéni egészségterv kitöltésének és követésének támogatása egészségtanácsadással.  
Az esésmegelőzés kérdőív megkérdezése és online jelentési felületen történő rögzítése.
5. A páciensek részt vettek a gyógytornászok által megtartott 30 perces esésmegelőzés csoportos tornán hetente 2 alkalommal, aminek jelenléti ívét a gyógytornászok online jelentési felületen töltötték ki.
6. Az első alkalommal és három hónap elteltével a gyógytornászok opcionálisan elvégezték a TUG, Reach, Romberg vizsgálatokat, és erről Vizsgálati lapot töltöttek ki, valamint kitöltötték a FRAX kalkulust.
7. Az első és a három hónappal később megvalósult vizit után három napon belül a háziorvosok és a páciensek egészségélmény kérdőív-linket kaptak az online kitöltéshez.
8. A háziorvos hívta vissza a páciensét a bevonás után három hónapra esedékes követő vizsgálatra, amikor újból kitöltésre került az esésrizikó kérdőív.

## XII.2.4. Eredmények

### Egészségérték-változás (N=932)

#### A. Medikális

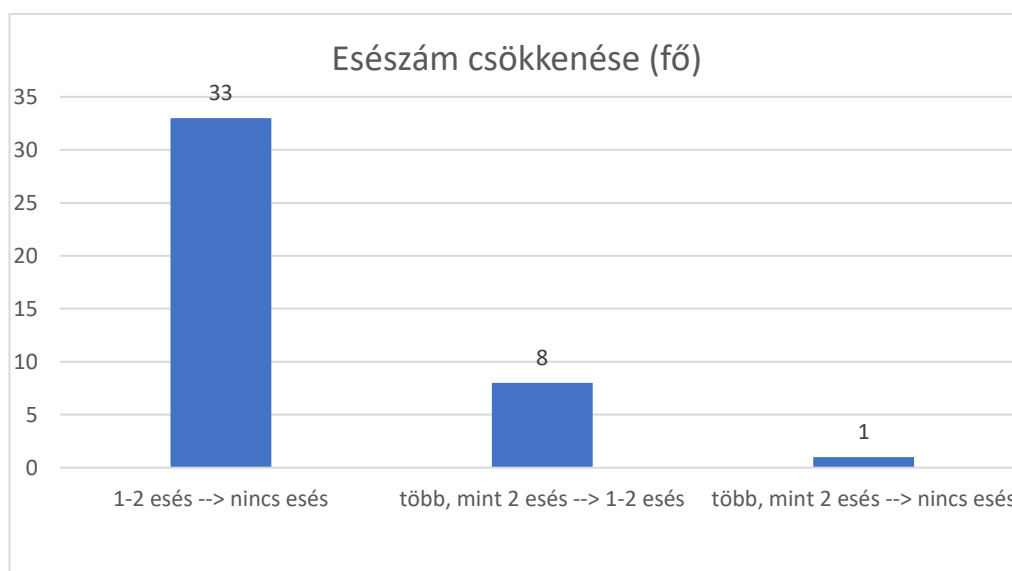
##### A.1. Esésrizikó a páciensek 12%-ánál csökkent



24. ábra: Az esésrizikó csökkenése a kiindulási és elért rizikóbesorolás szerint

6 páciens esetén járókeretet használó betegből fennjáró beteg lett.

##### A.2. Esések száma a betegek 4,5%-ánál csökkent



25. ábra: Az esésszám csökkenése a kiindulási és elért esésszámok szerint.

## B. Egészségélmény

B.1. Önmenedzsment 7,25-ről 8,06-ra nőtt 0,81 pont javulással tízfokozatú skálán.

B.2. Egészségműveltség 7,85-ről 8,26-ra nőtt 0,41 pont javulással tízfokozatú skálán.

### Ügyélfélmény-változás az egyes élménypontokon (N=283)

Háziorvosi vizit (p=0,001)

Emlékezetes pozitív	31,5%	60,3%
Emlékezetes negatív	41,1%	20,5%

Háziorvos mellett dolgozó nővér (p=0,05)

Emlékezetes pozitív	64,4%	54,8%
Emlékezetes negatív	4,1%	19,2%

Otthon végzett esésmegelőző torna (p=0,02)

Emlékezetes pozitív	26,0%	34,9%
Emlékezetes negatív	5,5%	12,8%

Csoportos esésmegelőző gyógytorna (p=0,01)

Emlékezetes pozitív	27,4%	42,5%
Emlékezetes negatív	6,8%	15,1%

Nagy látogatottságú internetes egészségügyi információs portál

Nem emlékezetes negatív	68%
Emlékezetes negatív	4%
Nem emlékezetes pozitív	4%
Emlékezetes pozitív	24%

Internetes egészségtervező alkalmazás

Nem emlékezetes negatív	24%
Emlékezetes negatív	6%
Nem emlékezetes pozitív	27%
Emlékezetes pozitív	43%

### Használói élmény (N=472)

Nagy látogatottságú internetes egészségügyi információs portál – 4,01

Megtanulhatóság	Használhatóság	Termék fit	Stimuláció	Kinézet és érzés
4,17	4,02	3,89	3,94	4,15
Feladatközpontú minőség		Énközpontú minőség		Esztétikai minőség
4,09		3,91		4,15
Használói élmény				
4,01				

Esésmegelőzés torna oktatófüzete – 3,87

Megtanulhatóság	Használhatóság	Termék fit	Stimuláció	Kinézet és érzés
3,93	3,83	3,86	3,83	3,93
Feladatközpontú minőség		Énközpontú minőség		Esztétikai minőség
3,88		3,85		3,93
Használói élmény				
3,87				

### Háziorvosok gyógyítóélménye (N=81)

22.37-ről (74,6%) 23,58-re nőtt (78,6%) a hat kérdésre adható maximális 30 pontból.

A kérdések a szájreklámra, a terápiahűsége és az életminőségre vonatkoztak.

A kezelt betegek javasolnak az ismerőseiknek.

A kezelt betegek ugyanolyan aktívan élnek, mint a nem betegek.

A kezelt betegek korlátozás mentesen tudnak élni.

A betegeknek jó a terápiahűsége.

A kezelt betegek a lehető legtovább aktívak tudnak maradni.

A beteg rendszeresen visszajön, így megfelelő kontroll alatt van.

### Csoportos gyógytorna kvalitatív értékelése a háziorvosok szerint

2015. október elején végeztem az online felmérést a csontritkulás témával foglalkozó háziorvosok körében a csoportos gyógytornával kapcsolatos véleményükről.

- az N=57 háziorvosoknak küldött kérdőívből N=31 fő töltötte azt ki;
- a válaszoló háziorvosok 87%-a szerint támogató hozzáállásuk volt az egyéneknek, amikor felajánlották a csoportos gyógytornába való bevonást;

- a projektbe bevont orvosok több mint 50%-a könnyűnek találta az egyének meggyőzését, míg 32%-a nehézségekbe ütközött;
- az orvosok 87%-a szerint az egyének nagy részének megkönnyítette a részvételt, hogy a foglalkozást lakóhelye közelében biztosították;
- a háziorvosok 96,8%-a szerint, a gyógytornász szakember bevonása megkönnyítette szakmai munkáját;
- a válaszoló háziorvosok 84 %-a szerint, a bevont egyének többsége megértette a gyógytorna célját, míg 16%-a nyilatkozta azt, hogy valamennyi egyén tisztában volt a foglalkozás céljával;
- a tesztbe bevont egyének 90%-a nagyon hasznosnak vagy hasznosnak találta a gyógytornát;
- az orvosok 55%-a szerint, az általuk bevont egyének többsége otthon is végzi a gyógytornát, míg 35,4%-a szerint, az egyének kisebb része aktív a foglalkozásokon kívül is;
- valamennyi válaszoló háziorvos inkább igen, illetve teljes mértékben támogatja szakmai munkáját a csoportos gyógytorna;
- az orvosok 74,2%-a szerint a csoportos gyógytorna inkább igen, 25,8%-a szerint pedig teljes mértékben növeli az egyének elkötelezettségét egészségük megőrzésére;
- a válaszoló orvosok 90%-a más pácienseinek is javasolná a tornán való részvételt.

## **XII.2.5. Értékelés**

Az elsődleges medikális egészségérték-eredmény, amely az esésrizikó csökkenését mutatta a páciensek 12%-ánál, nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedő eredmény. Korábban az esésrizikó csökkentésében a fizikai aktivitások közül csak a Tai Chi bizonyult hatásosnak, 10%-os csökkenést eredményezve [Gillespie2012]. Az esés megelőző torna csoportos változata nagyobb ügyfélélményt nyújtott a résztvevők számára, mint az otthon elvégzett egyéni torna, igaz a páciensek kevesebb, mint fele (42,5%) számára volt emlékezetes pozitív a csoportos torna és viszonylag magas (15,1%) volt az emlékezetes negatív élmény is. A három hónap alatt a résztvevők

15%-ával, közel másfélszeresére nőtt a csoportos tornát pozitívan megélők aránya és 8%-kal, több mint kétszeresére nőtt a negatívan megélők aránya. Ez jelzi, hogy az önmenedzsment és a saját aktív részvétel ösztönzése a páciensek egy részét érinti csupán pozitívan.

Az egyéni torna esetében az emlékezetes pozitív élmény arányának növekedése jóval alacsonyabb volt, mint a csoportos tornáé, 9% vs. 15%, míg az emlékezetes negatív élmények növekedési aránya hasonló volt, 7% vs. 8%. Ennek oka lehet egyrészt, hogy a csoportos foglalkozás közösségi élménye plusz pozitív impulzust biztosított, másrészt az esésmegelőzés torna oktatófüzetének használói élménye közepes volt a résztvevők számára. Annak ellenére, hogy a legmagasabb szintű hazai szakmai műhelyben készült a tájékoztató, az ügyfelek számára nem nyújtotta a programban alkalmazott egyéb (online) információs anyagok hasznosságát és használói élményét.

A másodlagos medikális egészségérték-eredmény, az esésszám-változás a betegek 4,5%-ánál mutatott csökkenést, aminek értékeléséhez a kísérletben megvalósított háromhónapos időszak kevésnek bizonyult.

Az elsődleges egészségélmény egészségérték-eredmény, az önmenedzsment mértékének változása jelentősen, 11%-kal javult, ami összhangban van az esésrizikó csökkenésével, valamint a házi orvosok által tapasztaltakkal. A másodlagos mutató, az egészségműveltség változása 5%-kal nőtt, utalva arra, hogy ennek a mutatónak a jelentősebb változása hosszabb időtartam alatt várható.

Az ügyfélélmény-értékek változása alapján a szolgáltatásbővítés a házi orvosok szolgáltatásának észlelését javította a legnagyobb mértékben, megduplázva az emlékezetes pozitív tapasztalatokat (31,5%-ról 60,3%-ra) és felére csökkentve az emlékezetes negatívakat (41,1% és 20,5%). Egyrészt a házi orvosok pozitívabban álltak ehhez a feladathoz, mert valós megoldást tudtak nyújtani, gondozást biztosítottak a pácienseiknek és fokozatosan megtapasztalhatták az esésmegelőzés torna pozitív hatásait. Ezt mutatja, hogy a gyógyítóélményük rövid idő alatt nőtt kis mértékben (5,3%-kal). A csoportos gyógytornáról alkotott véleményük is azt tükrözi, hogy többségében növelte a munkájukkal kapcsolatos elégedettségük ez a lehetőség.

A praxisnővérek esetében 10%-kal csökkent az emlékezetes pozitív ügyfélélmény és 15%-kal nőtt az emlékezetes negatív. Ennek hátterében az áll, hogy ők voltak egyedül azok a szolgáltatói csapatban, akik számára nem biztosítottam külön

képzést, és az új lehetőségekről kevés információval rendelkeztek. Az önmenedzsment erősítésével a páciensek kérdései is megszorodtak, illetve tartalmuk is megváltozott, amire a nők nem voltak felkészítve. Ez a tapasztalat mutatja, hogy a kompetenciák bővítésével megvalósított szolgáltatásbővítés fontos eleme a minden szereplőre kiterjedő képzés és személyes tájékoztatás.

Az online egészségtervező alkalmazás fogadtatása pozitív volt. Ez a hatás az önmenedzsment és az egészségműveltség növekedésében is megmutatkozik. Az ügyfélélmények közel fele (43%) emlékezetesen pozitív volt, ami a teljesen új szemléletű alkalmazástól mindeképpen jó eredmény. Különösen, hogy emlékezetes negatív élmény igen kevés volt (6%). Megfontolásra ad okot, hogy az ügyfélélmények fele (51%) nem volt emlékezetes, közel egyforma arányban negatív és pozitív ezen belül. Köznapi értelemben a használók fele számára semmilyennek bizonyult, ami az ügyfélközpontú fejlesztés szükségességét mutatja.

Összehasonlításként megvizsgáltam egy nagy látogatottságú internetes egészségügyi információs portál ügyfélélményeit is ebben az ügyfélkörben. A nem emlékezetes impulzusok aránya itt jóval magasabb volt, mint az egészségtervező alkalmazás esetében, csaknem a látogatások háromnegyedében (72% vs. 51%). Az emlékezetes pozitív élmények egynegyed aránya (24%) mutatja, hogy az alapvetően tájékoztatásra összpontosító portál az érdeklődők kisebb hányadát tudja csupán kiszolgálni, mert ma már más kompetenciákat keresnek a látogatók, elsősorban személyes tapasztalatok megosztását, véleményeket.

## **XII.2.6. Hipotézisvizsgálat**

H1: Minél nagyobb mértékben valósul meg a páciensek saját szerepvállalása a betegségek kezelésében és gondozásában a kokreációra jellemzően, annál inkább nő az egészségügyi szolgáltatás mutatókkal mért eredményessége.

A páciensek szerepvállalásának mértékét arányszám jellemzi. A „Ne törj újra” folyamat kísérletben alkalmazott egészségtranzakcióinak összes tervezett számához viszonyítva az egyes páciensek által megvalósított egészségtranzakciók száma egyénre vetítve.

$$\frac{\sum \text{megvalósult tranzakció}}{\sum \text{tervezett tranzakció}} = \text{egyéni szerepvállalás}$$



A szolgáltatás eredményességét az elsődleges mutatóként alkalmazott medikális mutató esésrizikó és az elsődleges egészségélmény mutató önmenedzsment változásának mértéke határozta meg.

Az egyéni szerepvállalás mértéke szoros összefüggést mutatott mind az esésrizikó, mind az önmenedzsment változásának mértékével.

esésrizikó  $r=0,78$

önmenedzsment  $r=0,67$

A H1 hipotézis igaznak bizonyult.

H2: A páciensek minél nagyobb mértékben vesznek részt az egészség-kokreáció révén a betegségek kezelésének és gondozásának megvalósításában, annál nagyobb az általuk észlelt szolgáltatásminőség.

A páciensek szerepvállalásának mértékét arányszám jellemzi. A „Ne törj újra” folyamat kísérletben alkalmazott egészségtranzakcióinak összes tervezett számához viszonyítva az egyes páciensek által megvalósított egészségtranzakciók száma egyénre vetítve.

$$\frac{\sum \text{megvalósult tranzakció}}{\sum \text{tervezett tranzakció}} = \text{egyéni szerepvállalás}$$

A páciensek által észlelt szolgáltatásminőséget az ügyfélélmény és a háziorvos ajánlásának mértéke változásával jellemeztem.

Az egyéni szerepvállalás mértéke összefüggést mutatott mind az ügyfélélmény összesített mutatójának változásával, mind a háziorvos ajánlásának mértéke változásával.

ügyfélélmény  $r=0,68$

háziorvos ajánlása  $r=0,63$

A H2 hipotézis igaznak bizonyult.

H3: Minél teljesebben valósul meg a kezelési-gondozási folyamatok bizonyítékok alapú kompetenciamegosztása és az ezen alapuló csoportmunka, annál nagyobb az orvosok gyógyítóélménye és a páciensek egészségélménye.

Az egyes orvosoknál megvalósult kompetenciamegosztás mértékét arányszám jellemzi. A „Ne törj újra” folyamat kísérletben alkalmazott egészségügyi tranzakcióinak összes tervezett számához viszonyítva az egyes orvosoknál megvalósított egészségügyi tranzakciók száma egyénre vetítve.

$$\frac{\sum \text{megvalósult tranzakció}}{\sum \text{tervezett tranzakció}} = \text{kezelési-gondozási kompetenciamegosztás}$$

Az orvosok gyógyítóélményének változását a gyógyítóélmény kérdőív páciensek általi szájreklámra, páciens terápiahűsége és páciens életminőségre vonatkozó kérdések összesített értéke változása határozta meg.

A páciensek egészségélményének változását az egészségműveltség és az önmenedzsment összesített változása határozta meg.

házi orvosok gyógyítóélménye  $r=0,58$

páciensek egészségélménye  $r=0,71$

A H3 hipotézis igaznak bizonyult.

H4: Minél több egészségértéket növelő tranzakció valósul meg az együttműködések közösségi hálózatos szervezése során, annál magasabb a mutatókkal mért szolgáltatásminőség.

A kísérlet 20 helyszínéhez kapcsolódóan a „Ne törj újra” kísérletben alkalmazott folyamatában megvalósuló összes rögzített egészségtranzakció száma határozta meg az egészségértéket növelő tranzakciók számát.

A szolgáltatásminőséget az ügyfélműveltség és a házi orvos ajánlásának mértéke változásával jellemeztem.

ügyfélműveltség  $r=0,74$

házi orvos ajánlása  $r=0,57$

A H4 hipotézis igaznak bizonyult.

H5: Minél kiterjedtebb az egészség-ökoszisztéma helyi szintű közösségi szervezése, annál hatékonyabb az elérhető egészségkompetenciák hasznosulása.

A kísérlet 20 helyszínéhez kapcsolódóan a „Ne törj újra” kísérletben alkalmazott folyamatában megvalósuló összes rögzített egészségtranzakció száma határozta meg az egészségértéket növelő tranzakciók számát, és ezáltal a helyi szintű egészség-ökoszisztéma kiterjedtségét.

Az egészségkompetenciák hasznosulását az elsődleges mutatóként alkalmazott medikális mutató esésrizikó és az elsődleges egészségélmény mutató önmenedzsment változásának mértéke határozta meg.

Az egészség-ökoszisztéma helyi kiterjedtségének mértéke szoros összefüggést mutatott mind az esésrizikó, mind az önmenedzsment változásának mértékével.

esésrizikó  $r=0,81$

önmenedzsment  $r=0,78$

A H5 hipotézis igaznak bizonyult.

## **XII.2.7. Hatásbecslés**

A kidolgozott és a kísérletben tesztelt modell hatásának becslésére egészséggazdasági modellt állítottam fel, amelyben a kísérletben mért és rögzített adatokon kívül korábbi, 2012 és 2014 közötti hároméves időszakra az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisában rögzített adatokat is felhasználtam.

1. Egyéni egészségterv és szolgáltatási terv – események projektterve
2. Megvalósult szolgáltatási események típusa, helye, szolgáltatója, ideje, időtartama
- 2.a. OEP adatbázisból

2.b. Háziorvosi adatbázisokból

2.c. Szolgáltató által online kérdőíven jelentve

2.d. Szolgáltató medikai rendszereiből származó információ szabványosított adatsomagként importálva

3. Megvalósult öntevékeny egészségtevékenységek online kérdőíven jelentve 4. Páciens állapotának önértékelése online kérdőíven jelentve

5. Eseményhez kötött páciensjelentések online kérdőíven jelentve – User Experience, Consumer Experience, elégedettség

6. Szolgáltató által mért eredmény online kérdőíven jelentve

7. Páciensek rövid szöveges értékelése, véleménye online jelentési felületen

Osteoporosis törődés szintjei

A hatásbecsléshez az OEP adatbázis alapján készült elemzés [Bacskai2015] kimutatta, hogy az egészségügyi rendszeren belül megvalósuló találkozások száma - a törődés mértéke szignifikáns összefüggést mutat a beteggyüttműködés mértékével. Azon betegek esetében, akinek nem volt egyáltalán törődési eseménye, az együttműködő csoportba való kerülés feltételes valószínűsége 58%. Ha a betegnek 1 törődési eseménye volt, akkor ugyanez az érték 65%. Ha a betegnek 2 törődési eseménye volt, akkor az érték még tovább nőtt, a valószínűség 68%-ot tett ki. Az különbség ez esetben szignifikáns volt, a p-érték ebben az esetben 0,002. Amennyiben a betegnek 3 törődési eseménye volt, akkor az érték tovább nőtt, összesen 74% volt. A p- érték 0-nak adódott, tehát a különbség ez esetben is szignifikáns. A további törődési események száma szintén növelte az együttműködő csoportba való kerülés valószínűségét, 71%-ra, 75%-ra és 87%-ra, az eredmények 6 törődés eseményig voltak szignifikánsak.

A törődés 2-es szintre való emelésével, és ezáltal az együttműködő betegek számának növekedésével a fekvőbeteg-ellátási költségek csökkennek OEP adatok szerint:

Populációs szinten egy év alatt: 122.840.354 Ft takarítható meg

Populációs szinten öt év alatt: 614.201.770 Ft takarítható meg

Becslés a legfeljebb két csonttöréssel rendelkező, a kísérletben megadott beválogatási kritériumoknak megfelelő osteoporosisos betegekre érvényes.

Együtműködő betegek aránya	2012 - 2014						TESZT	
Járás	Törődés	Törődés 0	Törődés 1	Törődés 2	Törődés 3	Törődés 4	Törődés	Törődés #
Budapest 9.ker.	23,69%	22,17%	25,71%	32,11%	27,62%	60,00%	58,00%	4
Budapest 11.ker.	23,79%	22,59%	27,00%	32,15%	34,34%	40,00%	46,80%	4
Budapest 13.ker.	37,48%	36,42%	41,50%	46,93%	50,90%	50,00%	4,00%	0
Csorna	33,84%	34,12%	39,74%	41,45%	66,67%		50,00%	2
Debrecen	23,70%	22,66%	29,45%	36,85%	43,75%	38,46%	82,00%	3
Heves	33,09%	32,52%	37,63%	42,79%	69,23%		10,00%	4
Kazincbarcika	29,49%	27,30%	36,92%	47,13%	54,35%	85,71%	19,00%	0
Kiskőrös	29,07%	28,71%	36,12%	41,86%	33,33%	100,00%	0,00%	NA
Pápa	28,53%	28,42%	35,52%	35,67%	13,33%	0,00%	0,00%	NA
Pécs	21,40%	20,16%	23,78%	30,21%	31,19%	44,44%	63,00%	4
Siófok	30,16%	29,58%	40,43%	52,44%	43,48%	50,00%	0,00%	NA
Szarvas	29,26%	28,47%	33,33%	36,90%	39,29%	0,00%	63,00%	3
Szeged	27,42%	26,11%	35,23%	43,28%	50,98%	40,00%	46,00%	2
Tamás	26,14%	25,07%	31,21%	40,20%	54,55%	0,00%	0,00%	NA
Vásárosnamény	25,15%	24,34%	32,27%	43,42%	45,00%	100,00%	44,00%	3
Zalaegerszeg	33,11%	33,09%	48,55%	46,70%	75,00%		11,00%	4

7. táblázat: A kísérletbeli közösségek által elért törődési szintek az historikus OEP adatok alapján meghatározott törődési szintek szerint beazonosítva.

	Együtműködő betegszám	Együtműködő betegarány	Nem együtműködő betegszám	Nem együtműködő betegarány	Összes betegszám
Populációs, törődési szinttől függetlenül	147 939	30%	344 638	70%	492 577
Populációs, a 2-es törődési szint mellett	334 952	68%	157 625	32%	492 577
Változás	187 013		-187 013		

8. táblázat: A kísérletben elért átlagos törődési szint mellett várható együtműködési arány populációs szintre vetítve.

A csonttritkulással diagnosztizált páciensekkel elvégzett teszt eredményei mutatják be, hogy egy népbetegség kezelésében a közösségi egészségemény modell alkalmazása milyen többlet eredmények elérését teszi lehetővé.

A becsült hatás jelentőségét alátámasztja, hogy a csonttritkulás népbetegség, az Európai Vertebraalis Osteoporosis Tanulmány (EVOS) szerint hazánkban megközelítőleg 600 ezer nőt és 300 ezer férfit érint az 50 év feletti korosztályban. A csonttritkulás klinikai jelentőségét a kóros csonttörés és annak szövődményei adják, azon belül is a legnagyobb jelentőségűek a csípőtáji törések. Felmérések szerint a

csípőtáji töröttek 12-20%-a a törések utáni első évben meghal, mintegy fele élete végéig ellátási segítségre szorul, s csupán minden ötödik beteg gyógyul teljesen. A csigolyatörések zöme fokozatosan keletkezik, és sokáig rejtve marad, csupán az esetek 10%-a kerül azonnal észlelésre az Országos Egészségbiztosítási Pénztár 2013. évi adatai szerint.

A hatásmodellem alapján a nem együttműködő betegcsoportban a csonttörés várható valószínűsége 3% egy félévben, míg az együttműködő betegcsoportban 2,3% egy félévben.

- mind a költségek, mind a csonttörések száma alacsonyabb, vagyis kedvezőbben alakult az együttműködő betegcsoportban;
- az együttműködő betegcsoportba való kerülés valószínűségét pedig növeli a törődési események száma.

A törődés és az együttműködés kísérletben elért szintjét általánossá téve a költségmegtakarítás tovább növelhető. A fekvőbeteg intézményben jelentkező költségek bekövetkezési valószínűséggel korrigált összege egy betegre és egy félévre az együttműködő csoportban 20.728 Ft, míg a nem együttműködő betegcsoport esetében 27.387 Ft. A kapott 6.659Ft-os különbség a teljes azonosított populációra, valamint 5 éves időintervallumra vetítve jelentősen fokozza a költségmegtakarítást. A teljes betegkörben 54.701 beteget azonosítottam úgy, hogy legfeljebb két csonttörése volt, így a betegszám és az egy betegre jutó megtakarítás értéknek szorzataként 364.253.959 Ft megtakarítás érhető el egy fél év alatt.

Populációs szinten egy év alatt: 728,507.918 Ft takarítható meg

Populációs szinten öt év alatt: 3.642.539.590 Ft takarítható meg.

### XIII. Diskusszió

A kutatásom eredményeként kidolgozott közösségi egészségélmény modellt a fejlesztése során elvégzett vizsgálatok és a kísérletben megvalósított tesztjének eredményei alapján megfeleltethetőnek tartom a Service Logic [Grönroos2014] szerint leírtaknak és annak egészség-ökoszisztémára történt adaptációjának. A bemutatott kutatási eredményeim szerint:

1. A modell alapján kialakított, illetve leírt egészségérték-teremtést megvalósító **egészségkompetencia-hálók középpontjában az egyén áll.**
2. A egyén által használt egészségkompetenciák körét a **teljes egészség-ökoszisztémára jellemző kompetenciákkal** kell leírni, ami jóval több, mint az egészségügyben elérhető kompetenciák köre.
3. A teljes embert figyelembe vevő holisztikus szemléletet a modell szerinti kompetenciaháló az **egészségélmény** szempontrendszerének integrálásával és az erre jellemző mutatók alkalmazásával valósítja meg. A korábbi integrált egészségügyi rendszerekhez képesti elsődleges fejlesztést a teljes egészség-ökoszisztémára jellemző egészségélmények modellbe integrálása jelenti. A közösségi egészségélmény modell ezáltal az egészségügyi rendszerek szemszögéből nézve egészségélmény-augmentációnak tekinthető.
4. Az egyén előtt álló és általa észlelt **egészségfeladatot** az állapotfelmérés és az egyéni célállítást **egészségtervben** történő rögzítésével határozzuk meg, amit megtehet egyedül a saját ügyfélterében, vagy segítséggel a közös térben, esetleg a szolgáltatói térben kaphatja meg saját hozzájárulása nélkül. Az egyéni egészségterv tevékenységelemei és egészségcéljai az egészséggondozási értéklánc szerinti tevékenységláncolatokból származnak, ilyen módon az **egészségfeladat megfelel az egészséggondozási értéklánc jól meghatározott szakaszának.**
5. Az egészségfeladatnak megfelelő egészséggondozási értéklánc meghatározza az **egészségérték-teremtés** érdekében **megvalósítandó tevékenységelemeket**, valamint az azokhoz szükséges **kompetenciákat**, az ügyféltér, a közös tér és a szolgáltatói tér mindegyikére. Ezen kompetenciák együttműködésével kokreációban valósul meg az egészségérték-teremtéshez vezető szolgáltatói folyamat és ügyfélút.

6. Az **egészségfeladatokhoz kapcsolódóan** kialakított online és offline **ügyfélterek**, amelyekben a tranzakció fő drivere az egészségélmény, megnövelik a közös téren keresztül a szolgáltatói tér kiemelt kompetenciáihoz való csatlakozások számát és gyakoriságát az egyének részéről.

A modell vizsgálata elsősorban az egészségügyi rendszer átszervezésének szempontjai szerint történt, dolgozatomban a Service Logic szerinti kokreációs terek vizsgálatára összpontosítottam, kiemelve a csontritkulásban szenvedő nők számára megvalósított „Ne törj újra” program eredményeinek bemutatását és elemzését.

Az egészségérték-teremtés szempontjából meghatározó új szolgáltatásfejlesztési elem az egyéni egészségtervezésen alapuló egészségtanácsadás. Ezt egészíti ki a leírt egészséggazdasági értéklánc folyamatok szerinti, a tesztfolyamatokhoz rendelt kompetenciák ökoszisztéma jellegű, közösség egészségterekben történő megszervezése a közösségi egészségsszervezés kialakításával és fejlesztésével.

Az egyéni egészségtanácsadás azonnali haszna abban jelentkezett, hogy a bevont egyének közül kétharmadnyival (64%) többen határoztak meg saját egyéni egészségcél és írtak maguknak cselekvési tervet, amennyiben a háziorvos javaslata mellett egészségtanácsadóval is megbeszéltek ennek szerepét, háziorvos javaslatára a résztvevők 47%-a, egészségtanácsadóval történt megbeszéléssel együtt 77%-uk.

Az egyéni egészségtanácsadás rövidtávú haszna a kitűzött célok elérésben mutatkozott meg. Az utánkövetett résztvevők 49%-a változást ért el három hónap alatt egyetlen egészségtanácsadási ülést követően. A megvalósított változások hatása testsúlycsökkentésben, egészségkockázatok csökkentésében, életmódváltoztatásban és szűrés felkeresésében volt nyomon követhető. Ezek a változtatások olyan jelentősek, hogy amennyiben a cukorbetegség kezelésére és gondozására alkalmaznánk az egészségtanácsadói munkát, és kialakítanánk a cukorbetegség kezelésének egyéni egészségtervezésen és egyéni egészségtanácsadáson alapuló közös terét, a meglévő szolgáltatói tér átszervezése és ügyféltér átalakítása nélkül, évente mintegy évi 6,7 milliárd Ft finanszírozói költség lehetne megelőzhető az elvégzett hatásmodellezés alapján.

Az egyéni egészségtervezés struktúrált formája online alkalmazás megvalósításával kielégítetlen ügyféligényt valósít meg. A magyar lakosság ma már közel fele készít valamilyen szintű és tartalmú egészségtervet. Igaz, legtöbbször gondolatban, ami



alapján felkutatja, és igénybe veszi vagy megvásárolja a számára és családja számára szükséges egészségkompetenciákat.

Az egészségtervezés iránti igényre utal, hogy a teszt során három hónap alatt 8.179 fő egyénileg regisztrált az online alkalmazásba, annak ellenére, hogy nyilvános kommunikáció rendkívül korlátozottan történt, csak a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet honlapján keresztül volt jól elérhető ez az online alkalmazás. Közvetlen visszajelzést az egészségtanácsadási folyamaton keresztül nyertem, amelyből az egészségtervezés hasznossága egyértelműen kiderült. A tapasztalatok szerint az egészségtervezés akkor lehet sikeres, ha az ügyfélter eszközeként tekintünk rá, teljes mértékben az ügyfél felelősségének tekintjük a használatát. Ez a megközelítés és szemlélet a fejlesztés, valamint a teszt során sok és esetenként igen heves vitát váltott ki az orvosokkal folytatott egyeztetések során. A szolgáltatói tér szokása és gyakorlata szerint az orvosok csak olyan egészségtervet tudtak elképzelni, amelyet az egészségügy alkalmazottjai készítenek és a kezelőorvos felügyel. Az orvos vagy akár egészségügyi alkalmazott nélkül megvalósított egészségtervezés elképzelhetetlen volt a számukra. A teszt eredményei abban is támpontot adnak, hogy az egészségtervezés az ügyfél kezében vannak a legjobb helyen. az ügyfélterben megvalósuló ügyfélutat támogatja.

A teszt során a szolgáltatói térben a szakmai csapatmunka kialakítására fordítottam kiemelt figyelmet. Egyrészt olyan háziorvosok vállalták a programbeli részvételt, akikhez közel állt ez a munkamódszer és megközelítés, másrészt workshopokkal, tájékoztatásokkal emeltem ki azokat a személyes hasznokat, amelyeket számukra az új működésmód hozhat. Azokban a háziorvosi közösségekben, ahol már volt gyakorlata az együttműködésüknek, illetve volt elfogadott saját maguk közül kiválasztott vagy kiemelkedett szakmai vezetőjük, ez az együttműködés akadálymentesen, a kitűzött tesztcélok magas szintű megvalósításával együtt jött létre. A háziorvosi közösségek között jelentős különbségek mutatkoztak az aktivitásuk alapján. Az átlagos méretű háziorvosi közösséghez 41 orvos csatlakozott, a legaktívabb három szakmai közösséghez 90%-kal, illetve 40-40%-kal csatlakoztak többen, a legkevesebé aktív háromhoz 56%-kal, 51%-kal és 49%-kal csatlakoztak kevesebben.

A tesztfolyamatok szerinti csoportmunkák megszervezése, a háziorvos mellett dolgozó szakdolgozók megtalálása és munkájuk megszervezése a helyben működő

közösségi egészségügyi szolgáltatási irodák feladata volt, Ennek eredményességében ugyancsak jelentős különbségek mutatkoztak. Az átlagosan bevont 12 szakdolgozóhoz képest volt olyan közösség, ahol ennél 33%-kal, illetve 50%-kal többet vontak be, és volt olyan, ahol 50%-kal, illetve 40%-kal kevesebbet. Az aktívabb háziorvos közösségekhez a közösségi egészségsszevezők nagyobb valószínűséggel tudták megszervezni a kiegészítő kompetenciákat megvalósító munkatársakat. A teszt rövid megvalósítási ideje alatt előnyben voltak a jobb infrastruktúrájú területek, a budapesti kerületek és nagyvárosok, azonban a már jól szervezett és együttműködési hagyományokkal rendelkező háziorvosi közösségek ugyanolyan jól közreműködtek a szolgáltatói tér együttműködő kompetenciáinak kialakításában.

Ezek a tapasztalatok arra utalnak, hogy a háziorvosok önszerveződése nélkül, kívülről jövő utasításokkal, elvárásokkal és finanszírozási nyomással nagyon nehéz kialakítani azt a szolgáltatói teret, amely megfelel a mai egészség-ökoszisztémán belül eredményesen és hatékonyan működő modern egészségügynek és elsődleges egészségügyi szolgáltatási hálózatnak.

A közösségi egészségügyi szervezési irodák feladata a teljes egészség-kokreációs tér megszervezése és működtetésének támogatása. A fejlesztés és a tesztfolyamat megvalósítása során ennek megvalósulását is vizsgáltam, és ebből a szempontból is jelentős különbségeket figyeltem meg az irodák között. A tesztfolyamatban megvalósított feladatokon kívül kvalitatív módszerekkel vizsgáltam azokat a feladataikat, amelyek a teljes kokreációs tér kialakítására irányultak. Itt az önkormányzatokkal, a szociális szféra szereplőivel, a helyi társintézményekkel mint pl. rehabilitációs intézetekkel, valamint az egészségfejlesztési irodákkal való együttműködésük alapján állapítottam meg eredményességüket. Két szempont befolyásolta jelentős mértékben az irodák eredményességét a teljes kokreációs tér kialakításának elkezdésében, egyrészt a személyes egészségügyi szakmai kompetencia erőssége, akár orvosként, akár gazdasági szakemberként vagy egészségfejlesztőként, másrészt a kiterjedt személyes kapcsolatok megléte. Amennyiben legalább egy ilyen erős kompetenciával rendelkező munkatársa volt az irodának, a hálózatépítéssel fejlődő kokreációs tér kialakítása gyorsan meg tudott valósulni. Több munkatárs jelenléte a fejlesztés kiterjedtségét és gyorsaságát tudta fokozni. Hosszabb távon a szakmai kompetencia erőssége lesz az elsődleges, annak érdekében, hogy a kokreációs

tér valamennyi vagy legtöbb érdekeltje elfogadja a kompetens személyen keresztül a közösségi egészségszolgáltatási irodát és annak tevékenységét.

A cukorbetegség gondozási és kezelési példáján bemutatva a házi orvosok közösségével megszervezett szakmai csoportmunka a szolgáltatói téren belül, praxisközösség vagy csoportpraxis formájában évente 6,2 milliárd forint finanszírozói költség megelőzését teszi lehetővé a kidolgozott hatásmodell becslése alapján.

A közösségi egészségszolgáltatási irodák országos hálózatának rendszerszintű működtetésével, és az általuk szervezett, illetve támogatott teljes egészségkorekció tér működtetésével évente 7,1 milliárd forint finanszírozói költség lehetne megelőzhető a hatásmodell becslése alapján.

A közösségi egészségélmény modellnek megfelelő közösségi egészségterek egyénközpontú kompetenciahálózat szerinti szervezése mindegyik korekció térben előrelépést jelent az egészségérték-teremtés tekintetében.

A szolgáltatói térben az egészségügyi szakmai ajánlások szerint leírt egészséggondozási értékláncoknak megfelelő kompetenciák hálózatos szervezése növeli mind az értékteremtés hatékonyságát, mind a gyógyítóélmény mértékét, növelve az egészségügyi dolgozók elégedettségét, valamint hozzájárul az ügyfelek elégedettségének növeléséhez. Emellett a kompetenciák hatásos alkalmazásának költsége is csökken, lehetővé téve, hogy a rendelkezésre álló forrásokat eddig hozzá nem férhető szolgáltatói térbeli, közös térbeli vagy ügyfélteret támogató kompetenciákra fordítsuk, ami tovább növeli a teljes megteremthető populációs egészségértéket.

A közös tér formális kialakításával lehetővé tesszük, hogy az egészségügyi szakmai ajánlások szerint szabályozott szolgáltatói folyamatok és az ügyfélterben az egyéni egészséghiedelmek és egészségélmények hatására megvalósuló ügyfélutak egyes szakaszai közösen valósuljanak meg, illetve ezek eltérő logikával szervezett kompetenciái minél nagyobb mértékben összehangoltan, az egészségérték-teremtés irányába hatóan hasznosuljanak. A teljes egészség-ökoszisztémát figyelembe véve a legnagyobb hasznosságkiesés az egészségügyön belüli és azon kívüli kompetenciák ütközéséből, illetve egymást rontó hatásából fakad. Az orvosok oldaláról ez úgy jelenik meg, hogy a betegek tájékozatlanok és nem követik a javaslatokat, önfejtűek, mindeféle kurzuslásnak bedőlnek, míg az ügyfelek oldaláról úgy, hogy az orvos meg

se hallgatja őket, csak gyógyszert hajlandó írni, és alig kapnak útmutatást arra, hogy a széles körben elérhető egészségügyön kívüli termékek és szolgáltatások közül melyek azok, amelyek hasznosak lehetnek nekik.

Az ügyfélter teljes kokreációs térbe történő integrálásával tesszük a legnagyobb lépést az egészségérték-teremtés jelentős fejlesztése irányába. Elfogadjuk, hogy a betegségek legnagyobb részében nem tudunk gyógyítani, és hogy az egészség mindenkinek elsősorban a saját felelőssége, ő tud tenni érte a legtöbbet. Ebben a saját közössége, szociális hálója nyújtja számára a legnagyobb mértékű támogatást. Mindez a népegészségügyi feladatoknak tartott tevékenységeket tereli abba az irányba, hogy nem megváltoztatni kell az embereket, hanem sokkal inkább lehetőségeket, közösségi egészségtereket adni a változtatásuk megvalósítására. Mindebben az online terek tudatosabb és a szolgáltatói térhez, valamint a közös térhez jobban, szerveesebben kapcsolódó tervezése jelent előrelépést. Kevésbé a „betegedukációra” kell helyezni a hangsúlyt, sokkal inkább a közösségi térben való részvételt érdemes ösztönözni, valamint a tapasztalatok, egészségélmények cseréjét. A kísérletben alkalmazott egyik ilyen online tér az egészségtervező alkalmazás volt az [egeszseg.hu](http://egeszseg.hu) portállal együttműködésben.

A teljes egészség-kokreációs tér kialakítása felel meg legjobban a modern egészségügyi rendszerekkel és a lakosság egészségét a legmagasabb szinten képviselő „Health in all policy” gyakorlattal szembeni elvárásoknak. Elsősorban a működési lehetőségeinek biztosítása a szabályozó környezet feladata, alapszinten az önkormányzatoknál, magasabb szinteken regionális és országos szinten, figyelembe véve, hogy mind a szolgáltatói térnek, mind az ügyfélternek, illetve hamarosan a közös térnek is, országhatárokon túlnyúló részei is vannak.

A teljes kokreációs tér teszi lehetővé, hogy az egészségszolgáltatások szövedéke, illetve annak egyre növekvő része egy fejlődési folyamat eredményeképpen egyszerre legyen szakmailag megalapozott és ügyfélközpontú. Ezt a folyamatot gyorsítja fel és teszi pontosabban értékelhetővé az egészségérték-indikátorok szerinti adatgyűjtés és az idősoros elemzések, összefüggésvizsgálatok. Ezek alapján megállapítható az egyes kompetenciák és cseréik hozzájárulása az egészségérték-teremtéshez. A szigorúan szabályozott közfinanszírozott egészségügyben ennek megvalósítása informatikai rendszerek fejlesztéséhez és alkalmazásához kötött. Ennek kiterjesztése a magán egészségügyi szolgáltatók körére szabályozási, engedélyeztetési feladat. A közös tér

és különösen az ügyfélter kompetenciáinak meghatározása, cseréinek és egészségérték-változásainak mérése az ő engedélyükhöz kötött, és új szemléletű online fejlesztések szükségesek hozzá, amelynek egyik eleme lehet az egészségtervező alkalmazás.

Az egészségérték-indikátorokra alapozott rendszeres mérések lehetővé teszik, hogy az egészségügyi rendszer tervezése és irányítása hatékonyabb legyen, egyszerre szolgálja a hatásosságot, a hatékonyságot, valamint a szolgáltatói és ügyfélelégedettséget. A mérések, elemzések és valós idejű adatok felhasználásával működő egységes informatikai tér és szolgáltatás mindennek elengedhetetlen feltétele.

A mérés, adatgyűjtés, elemzés, értékelés folyamat által nő a szolgáltatói kompetenciák tervezhetősége, mind tartalmuk, mind szükségesen hozzáférhető mennyiségük tekintetében. Minél több adatunk és hosszabb idősorunk van, annál pontosabban és annál kisebb szolgáltatási egységekre vonatkoztatva.

Valós szolgáltatási körülmények között lehet értékelni az egyes kompetenciák és kompetenciacsoportok hatásosságát és hatékonyságát, amivel az egészségügyi technológiák értékelési lehetőségeit jelentős mértékben lehet javítani. Ez az innovációt tudja jelentős mértékben meggyorsítani.

Az eredménymérés nyomán a szervezési és szakpolitikai korrekciók lehetősége is javul. Egyrészt a különbségek, hiányosságok, jó gyakorlatok kimutatása, másrészt az egészségérték-eredményekhez vezető hatások részletes elemzése révén. Mindez a minőségbiztosítás és a rendszerfejlesztés színvonalát és eredményességét növeli.

Az elvégzett fejlesztési és kísérleti munkám további kutatási igényeket is megfogalmaz. Az elvégzett elemzéseket érdemes kiterjeszteni a teljes vizsgált adatbázisra, amely egyrészt további tapasztalatokkal szolgálhat, másrészt a robosztusabb adatahalmaz révén magabiztosabb és messzebbre ható következtetések levonását engedheti meg. A többféle adatsorból nyert eredmények az elemzési módszertan további feljlesztését is lehetővé teszik nagy valószínűséggel, és megvalósítható annak elemzése, hogy az egészségérték-eredmény egészségélmény és medikális eleme között milyen összefüggés mutatható ki. Emellett a vizsgált folyamatok kiterjesztésével és újabb betegségek, valamint egészségkockázatok vizsgálatával tovább gyarapodhat a modellre vonatkozó ismeretek köre, egyre több

muníciót adva az egységes egészségügyi szolgáltatási rendszer kialakításának szempontjaihoz.

## **XIV. Összefoglalás**

Az egészség a világgazdaság motorja ebben az évszázadban, az élettudományok, a nanotechnológia és az infokommunikációs technológiák innovációs eredményeinek találkozása eddig tudományos-fantasztikusnak hitt megoldásokat hoznak kézközelbe a lakosság széles rétegei számára. A mai orvosi technológiák gyorsan elévülnek az elkövetkező években, és az emberek egyre jobban kezükbe veszik saját egészségük menedzselését. Ennek a folyamatnak az elején járva az egészségügy vezetőit és szakértőit mindenütt a világon a szolgáltatói rendszer értékalapúvá tétele, valamint páciensközpontú átszervezése foglalkoztatja. A szolid közgazdasági alapokon zajló átalakulási folyamat ezen rendszerek nagysága, összetettsége és orvosi technológia központúsága miatt nagyon lassan valósul meg. Így egyre drágább, egyre nehezebben fenntartható, és a potenciális ügyfelei közül egyre többen keresnek más megoldásokat az egészségük önmenedzseléséhez. Emellett az egészségérték-teremtés megvalósítása érdekében új kompetenciák sora jelenik meg, szinte nap mint nap. Az egyének egyre több termék, szolgáltatás és információ formájában megjelenő kompetenciát tudnak igénybe venni, az egészség-ökoszisztéma a világgazdasági motorként működő egészséggazdaság eredményeként jelentős ütemben fejlődik.

A két rendszer ma egymástól szinte teljesen függetlenül működik, az egészségügy erős orvosszakmai alapokon, gyenge ügyfélkapcsolati lábakon, az egészség-ökoszisztéma többi része nagyon erős ügyfélközpontúsággal, amelynek során egyre inkább előtérbe kerül az ügyfélélmény, számos esetben a szakmai megalapozottság kárára.

Az egészség-ökoszisztéma egészét figyelembe véve logikus lépés, hogy az egészségérték-teremtéshez hozzájárulni tudó kompetenciákat egységes térben kezeljük, vizsgáljuk és menedzseljük. A dolgozatomban bemutatott közösségi egészségélmény modell ezt valósítja meg. Az egységes tér a teljes kokreációs tér, amelynek három altere van. Az ügyféltér, amelyben az egyének saját elhatározásuk, elképzeléseik és élményeik, tapasztalataik alapján választják ki, veszik igénybe az egészségérték-teremtő kompetenciákat, és egymás között különböző szintű cseréket folytatnak. A szolgáltatói tér, amely az egészségügynek és az egészségszolgáltatások összességének feleltethető meg. Jól működően akkor, ha integrált folyamatokat szakmai csoportmunkában valósít meg az ügyfelek igényei szerint megszervezve. A kettő találkozásának és összehangolásának tere a közös tér, amelynek egészség-ökoszisztémára kidolgozott főszereplője az egészségtanácsadó vagy egészség-

menedzser, és a tevékenységéhez kifejlesztett támogató eszköz az egyéni egészségtervező alkalmazás. A technológia fejlődésével és a nagyszámú rendszerezetten gyűjtött adat elemzésével az egészségtanácsadó munkájából egyre nagyobb rész kerülhet át automatikus tanácsadó algoritmusokba okostelefon vagy testen hordható eszközbeli alkalmazásokban. Azonban elméleti megfontolások, az eddigi tudományos vizsgálatok eredményei és a jelenlegi algoritmusok tapasztalatai alapján a személyes tanácsadás elsődleges szerepe még évtizedekig meg fog maradni.

A közösségi egészségélmény modell alapja az egészségügy átalakításának alapvető közgazdasági modelljének tekintett egészséggondozási értéklánc. Ennek állapot és/vagy egészségkockázat specifikus folyamatait a Service Dominant Logic szerint meghatározott egészségtranzakcióknak megfelelően tevékenységelemek folyamataként írtam le. Az egyes tevékenységelemek részletes meghatározását a szervezeti piacok együttműködéseinek leírásához alkalmazott Actor – Resources – Activity modellt követve valósítottam meg. A tevékenységelemekhez rendelt szereplőket és erőforrásokat egységes kompetenciamátrix szerint csoportosítottam. Az egyénközpontú egészségérték-teremtő kompetenciaháló megszervezése megfelelt a Service Logic szerint leírtaknak.

Az elvégzett modellfejlesztési munka gyakorlati hasznosságát tesztpiaci kísérletben vizsgáltam, amely bebizonyította, hogy a közösségi egészségélmény modell már három hónap működés alatt jelentős egészségérték-teremtési többletet tud biztosítani. A kísérlet tapasztalatai alapján a modell széles körű bevezetése tervezett ütemezéssel, a változtatásmenedzsment eszközeivel hatékonyan megvalósítható. A kidolgozott becslő modellek elemzése szerint a közösségi egészségélmény modell bevezetés utáni alkalmazása jelentősen növeli az egészségügyi szolgáltatások hatásosságát, fokozza a hatékonyságukat és nagyobb szolgáltatói és ügyfélelégedettséget eredményez. Növekszik mind az egészségélmény, mind a gyógyító élmény.

A kidolgozott modell a mai egészségügy átalakítása mellett lehetőséget ad az új egészségügyi szolgáltatások fejlesztéséhez, szervezéséhez és menedzsmentjéhez az eddig egymástól különállóan figyelembe vett szempontok egységes keretek közötti kezelését. Az egészség-ökoszisztéma fejlődését figyelve a közösségi egészségélmény modell az egészségügyi rendszereken kívül akár gyorsabban és szélesebb körben alkalmazhatóvá válik, mint a szorosan szabályozott, még mindig merevnek tekinthető egészségügyi rendszerekben.



## **XV. Irodalom**

[Achrol2012] Achrol, RS., Kotler, P. (2012): Frontiers of the marketing paradigm in the third millennium. Journal of the Academy of Marketing Science, January 2012, Volume 40, Issue 1, pp 35-52.

[Andreopoulos2011] Andreopoulos, S. (2011): Crisis, Credibility and Institutional Change. October 14, 2011, Morgan Stanley,  
<http://www.morganstanley.com/views/gef/archive/2011/20111014-Fri.html>

[Ardito2011] Ardito, RB., Rabellino, D. (2011): Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. Frontiers in Psychology. October 2011, 2: 270. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182900c6f.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198542/>

[Ágh2012] Ágh, T. (2012): Terápiahűség, életminőség és betegségteher krónikus obstruktív tüdőbetegségben. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Gyógyszertudományok Doktori Iskola. 2012.  
[http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/aghtamas.pdf](http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/aghtamas.pdf)

[Bacsikai2015] Bacsikai, M., Érsek, K., Somfay, I. (2015): A „TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” című projekt Modellezéssel megvalósított hatásvizsgálata, 2015. november. ÁEEK.

[Balogh2011] Balogh, SÉ. (2011): Utazás a térdem körül amerikai módra. Galamus-csoport, 2011,  
<[http://galamus.hu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=64676](http://galamus.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=64676)>.

[Bartal2011] Bartal, É. (2011) Célkeresztben az adherencia I. 2011.  
<http://www.magangyogyszereszek.hu/?m=7.0.0.0.1.0&set=24&pid=265>

[Blue2010] Blue, L. (2010): Recipe for Longevity: No Smoking, Lots of Friends. July 28, 2010.  
<http://www.time.com/health/article/0,8599,2006938,00.html#ixzz18NIVQChE>

[Bohmer2010] Bohmer, RMJ. (2010): Fixing Health Care on the Front Lines, Harvard Business Review, April 2010

[Bodenheimer2007] Bodenheimer T.; Laing BY. (2007): The teamlet model of primary care. Ann Fam Med. 2007 Sep-Oct; 5(5):457-61.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17893389>

- [Brandenburger1996] Brandenburger, A., Nalebuff, B. (1996): Co-Opetition : A Revolution Mindset That Combines Competition and Cooperation. Currency Doubleday, 1996 ISBN 0-385-47950-6
- [Brandtmüller2009] Brandtmüller, ÁZ. (2009): Az egészségnyereség elosztásának társadalmi szempontjai, Ph.D. értekezés, 2009 [http://phd.lib.uni-corvinus.hu/440/1/brandtmuller\\_agnes.pdf](http://phd.lib.uni-corvinus.hu/440/1/brandtmuller_agnes.pdf)
- [Breznitz2011] Breznitz, Sh. (2011): CogniFit Training: The key to cognitive vitality. <[http://www.cognifit.com/pdf/experts/Cognitive\\_Vitality\\_2011.pdf](http://www.cognifit.com/pdf/experts/Cognitive_Vitality_2011.pdf)>, <<http://www.cognifit.com>>.
- [Brown2001] Brown MS., Barette J. (2011): Rx White Paper, Owning the channel: pharmaceutical companies race to dominate patient-physician communication, 2001 October
- [Buda1994] Buda, B. (1994): A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei, Budapest: Animula, 1994, 126-127
- [Christopherson2010] Christopherson, GA. (2010): "Person-Centered" Rather Than "Patient-Centered" Health. [http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1489.short/reply#healthaff\\_el\\_450117](http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1489.short/reply#healthaff_el_450117), August 4, 2010
- [Clarke2011] Clarke, M., Shah, A., Sharma, U. (2011): Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis. Journal of Telemedicine and Telecare, 2011, 17, pp. 7-14.
- [Coles2002] Coles, S., Phillips, P., Mackintosh, A. (2002): Life Sciences: Beyond 2005: The future of pharmaceutical marketing and sales, 2002 Special Edition, UK: Cap Gemini Ernst&Young
- [Congressional Budget Office2007] The Long-Term Outlook for Health Care Spending; Congressional Budget Office. Congress Of The United States, November 2007
- [Corbett2014] Corbett LQ., Ennis WJ. (2014): What Do Patients Want? Patient Preference in Wound Care, Adv Wound Care (New Rochelle). Aug 1, 2014; 3(8): 537–543., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4121048/?report=classic>
- [Csépe2015] Csépe, A., Bogdán, E., Bustyaházai, M., Éder, B., Lantos, Z. (2015): Páciensviselkedési és páciens öntevékenységi kézikönyv, TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001, 2015. november. ÁEEK

- [Dankó2013] Dankó, D. (2013): A beteg-együttműködés és a kapcsolódó fogalmak, 2013.  
[http://www.medicalonline.hu/pr/cikk/a\\_beteg\\_egyuttmukodes\\_es\\_kapcsolodo\\_fogalmak](http://www.medicalonline.hu/pr/cikk/a_beteg_egyuttmukodes_es_kapcsolodo_fogalmak)
- [DoH2009] Department of Health (DoH) (2009): Falls and Fractures: Effective interventions in health and social care London: Department of Health
- [Doyle2013] Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. (2013): A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013 Jan 3;3(1). pii: e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570. Print 2013.
- [Drayton2010] Drayton, B., Budinich V. (2010): A New Alliance for Global Change. *Harvard Business Review*, September 2010.
- [Egészségtudományi fogalomtár2014] Egészségtudományi fogalomtár, 2014. ESKI.  
<http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Compliance>
- [Epstein2005] Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR. (2005): Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med*. 2005 Oct;61(7):1516-28. Epub 2005 Apr 15.
- [Epstein2010] Epstein, RM, Fiscella, K., Lesser, CS., Stange, KC. (2010): Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Aff*. August 2010 vol. 29 no. 8 1489-1495
- [Finkelstein2001] Finkelstein, J., O'Connor, G., Friedmann, RH. (2001): Development and implementation of the home asthma telemonitoring (HAT) system to facilitate asthma self-care. *Medinfo*, 2001, 10, pp. 810-814.
- [Forget2001] Forget, G., Lebel, J. (2001): An Ecosystem Approach to Human Health. *Int J Occup Environ Health*, Supplemet to Volume 7, Number 2, April/June 2001.
- [Fournier2012] Fournier, S., Breazeale, M., Fetscherin, M. (2012), *Consumer-Brand Relationships: Theory and Practice*, Routledge, pp. 456.
- [Gallan2013] Gallan, AS., Jarvis, CB., Brown, SW. et al. (2013): Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. *J. of the Acad. Mark. Sci.* (2013) 41: 338. doi:10.1007/s11747-012-0307-4

- [Gallant2003] Gallant, MP. (2003): The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education and Behavior* 30:170-195, 2003.
- [Gartner2010a] Hype Cycle for Healthcare Provider Applications and Systems, 2010. Gartner Industry Research, <<http://i.dell.com/sites/content/public/solutions/healthcare/en/Documents/hype-cycle-healthcare-provider.pdf>>.
- [Gartner2010b] Market Insight: Healthcare Provider Industry Primer, 2010, <[http://www.gartner.com/DisplayDocument?doc\\_cd=208546&ref=g\\_rss](http://www.gartner.com/DisplayDocument?doc_cd=208546&ref=g_rss)>.
- [Gawande2010] Gawande, A. (2010): Medicine Needs a New Kind of Hero, *Harvard Business Review*, April 2010
- [Gerteis1993] Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, TL (Eds.) (1993): *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- [GfK2008] Mi motiválja az élelmiszervásárlást? Lakossági kiskereskedelmi kutatás. 2008, GfK Hungária
- [GfK2011] GfK Egészséggazdasági Monitor, 2011. június. GfK Hungária
- [GfK 2012a] GfK Egészséggazdasági Monitor, 2012. június. GfK Hungária
- [GfK2012b] Magyar egészségszegmensek. GfK Egészséggazdasági Monitor 2012. GfK Hungária
- [GfK Healthcare2011] COPD care and self-care (2011). Ethnographic research. GfK Healthcare
- [GfK Hungária2010-2013] Egészségügyi BizalomIndex 2010-2013. GfK Hungária.
- [GfK Roper2008] Asthma self-care (2008). Ethnographic research. GfK Roper
- [GfK Roper2011] GfK Roper Consulting TrendKey 3.0. Overview, Global Trends & High Impact Data, 2011 August. GfK Roper
- [Gillespie2012] Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. (2012): Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD007146. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- [Glouberman2001a] Glouberman, S., Mintzberg H. (2001): Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 2001. Winter 26(1), 56-69.

- [Glouberman2001b] Glouberman, S., Mintzberg H. (2001): Managing the care of health and the cure of disease – Part II: Integration. Health Care Management Review, 2001. Winter 26(1), 70-84.
- [Gödölle2010] Gödölle, Z (2010): Helyezzük új alapokra a betegoktatást! Cardiologia Hungarica 2010; 40 : 1-6
- [Grossman1972] Grossman, M. (1972): On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. Journal of Political Economy, 1972, 80 (2): 223–255
- [Grönroos2014] Grönroos C., Gummerus J. (2014): The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic, Managing Service Quality, (2014) Vol. 24 Iss: 3, pp.206 - 229
- [GYEMSZI2011] Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság Rendszerelemzési Főosztály: A betegút-szervezés nemzetközi tapasztalatai. Budapest, 2011. április – július
- [Håkansson 1992] Håkansson, H., Johanson J. (1992): A Model of Industrial Networks, in B Axelsson and G Easton, (eds), Industrial Networks: A New View of Reality, London, Routledge, 28-34.
- [HEFOP-IKIR] IKIR projekt (HEFOP 4.4 - Egészségügyi információtechnológia-fejlesztés - Intézményközi Információs Rendszer). Strukturális Alapok Programiroda, Humán erőforrás-fejlesztési Operatív Program 4.3 és 4.4. intézkedései előrehaladásának bemutatása, 2008,  
<https://portal.kezelnethu/portal/page/portal/hefop>  
<http://www.etudasportal.gov.hu/pages/viewpage.action?pageId=4554803>.
- [Hollingsworth2010] Hollingsworth, D. (2010): Healthcare. Chapter 8 in: K. D. Swenson, Mastering the Unpredictable: How Adaptive Case Management Will Revolutionize the Way That Knowledge Workers Get Things Done, Landmark Books by Meghan-Kiffer Press, 2010, pp. 163-180.
- [Holt2016] Holt, D. (2016): Branding in the Age of Social Media. Harvard Business Review. Mar2016, Vol. 94 Issue 3.
- [Horváth2004] Horváth É. (2004): Tájékozatlanok vagy másképp gondolkodnak? LHS Consulting, Versenytárs, 2004. III/11.
- [IBM2008] Adams J., Bakalar, R., Boroch, M., Knecht, K. Mounib, EL., Stuart N. (2008): Healthcare 2015 and care delivery. Delivery models refined, competencies defined. IBM Institute for Business Value

- [Joe2014] Joe S. (2014): When was the last time you felt truly alive?  
<http://www.drstevejoe.co.nz/>
- [John2015] John E., Ambrózay A., Lantos, Z. (2015): Gyakorlati útmutató az egészségtanácsadáshoz. TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001, 2015. november. ÁEEK
- [Kasl1966] Kasl, SV., Cobb, S. (1966): Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. Archives of Environmental Health: An International Journal 12.2 (1966): 246-266.
- [Király2010] Király, Gy. (2010): Az e-Egészségügy (e-Health) helyzete Magyarországon. 2010, IME IX. évfolyam 2. szám, pp. 45-48.
- [Király2011] Király Gy. (2011): Az e-Egészségügy (e-Health) magyarországi példákon keresztüli rendszerezése. 2011. IME X. évfolyam 4. szám, 29-34.
- [Kozyavkin2011] Kozyavkin, V., Kachmar, O. (2011): Web-based home rehabilitation gaming system for patients with balance problems.  
 <<http://game.reha.lviv.ua/>>,  
 <[http://www.reha.lviv.ua/fileadmin/articles/rome2011\\_games.pdf](http://www.reha.lviv.ua/fileadmin/articles/rome2011_games.pdf)>.
- [Lantos2004] Lantos, Z. (2004): LHS Márkaszerív – Mennyi jut el a páciensekhez a gyógyszerek értékéből?, LHS Consulting, Versenytárs, 2004.III./16.
- [Lantos2006] Lantos, Z., Simon, J., Bacskai, I. (2006): Gyógyszeripari márkázás. Pirulakatedra Füzetek, Marketingpirula Kft. Budapest, 2006
- [Lantos2011] Lantos, Z. (2011): Az egészség jó befektetés. IME – az egészségügyi vezetők szaklapja X. évfolyam 7. szám 2011. szeptember
- [Lantos2012] Lantos, Z. (2012): Egységben az erő – A praxisközösségben rejlő lehetőségek az alapellátásban, IME XI. évfolyam 4. szám 2012. május
- [Leal2015] Leal J, Gray, AM., Prieto-Alhambra, D., Arden, N.K., Cooper, C., Javaid, MK., Judge, A. (2015): Impact of hip fracture on hospital care costs: a population based study Osteoporosis International, Vol. 26, s 1
- [Lee2005] Lee, HR., Yoo, SK., Jung, SM., Kwon, NY., Hong, ChS. (2005): A Web-based mobile asthma management system. Journal of Telemedicine and Telecare, 2005, 11, pp. 56-59.
- [Lee2010] Lee, TH. (2010): Turning Doctors into Leaders, Harvard Business Review, April 2010.
- [Lieberman2015] Lieberman, M. (2015): Applying the Shapley value method to marketing research. Quirk's Media, November 2015. Article ID: 20151125-2.

<http://www.quirks.com/articles/applying-the-shapley-value-method-to-marketing-research>, letöltve 2016. november 27.

[Liu2011] Liu, WT., Huang, CD., Wang, CH., Lee, KY., Lin, SM., Kuo, HP. (2011): A mobile telephone-based interactive self-care system improves asthma control. *European Respiratory Journal*, 2011, 37, pp. 310-317.

[Lovis2011] Lovis, C. (2011): Improving Care Outcome. WoHIT Conference & Exhibition. Budapest, 2011. (előadás)

[Magnussen2009] Magnussen, J., Vrangbaek, K., Saltman, RS. (2009): Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. The European Observatory on Health Systems and Policies 2009, Open University Press.

[Magyar Közlöny2015] 2015. évi CXXIII törvény Az egészségügyi alapellátásról. Magyar Közlöny 2015.évi 102.szám, 17507- 17514

[Mate2014] Mate, KS., Compton-Phillips, AL (2014).: The Antidote to Fragmented Health Care. *Harvard Business Review*, December 2014

[McColl-Kennedy2012] McColl-Kennedy, J R., Vargo, SL., Dagger, TS., Sweeney, JC., van Kasteren, Y. (2012): Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research*, 1094670512442806.

[McKinsey2012] Healthy, wealthy and (maybe) wise: The emerging trillion-dollar market for health and wellness. *Consumer and Shopper Insights*, May 2012, McKinsey&Company

[McLean2010] McLean, S., Chandler, D., Nurmatov, U., Liu, J., Pagliari, C., Car, J., Sheikh, A. (2010): Telehealthcare for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 10, Art. No. CD007717.

[Miletics2010] Miletics, P., Kocsis, G., Mezei, R., Kósa, I.: eHealth szolgáltatások elterjedése a klasszikus egészségügyi ellátó rendszerekben. 2010, IME IX. évfolyam 5. szám, pp. 47-52.

[MTEHE-TSZL] Magyar Telemedicina és e-Health Egyesület (2010): Távegészségügyi Szolgáltatási Lánc – az egészségügy modernizációjának új modellje. 2010. június 3. <<http://www.ehealth.hu/publikacio/tavegeszsegugyi-szolgáltatasi-lanc-az-egeszsegugy-modernizaciojanak-uj-modellje>>.

[Moore2009] Moore, M., Tschannen-Moran B. (2009): Defefinition of coaching. 2009. International Coach Federation, Web Site. Available at: <http://www.coachfederation.org/>. Accessed November 15, 2009

- [Nefiodow2006] Nefiodow, LA. (2006): The sixth Kondratieff. Chapter 3: The Sixth Kondratieff Wave: The Evolving Health Market, 6th edition, 2006
- [NOS2013] National Osteoporosis Society & Age UK. (2013): Report to the Minister of State for Care Services: Breaking Through: Better Falls and Fracture Services in England <http://www.nos.org.uk/document.doc?id=987>
- [Owen2011] Owen, A.M., Hampshire, A., Grahn, J.A., Stenton, R., Dajani, S., Burns, A.S. (2011): Putting brain training to the test. *Nature*, June 2010, Vol. 465, pp. 775-778. <<http://web.me.com/adrian.owen>>, <<http://www.cambridgebrainsciences.com>>, <[http://web.me.com/adrian.owen/site/Publications\\_files/OwenNaturefinal.pdf](http://web.me.com/adrian.owen/site/Publications_files/OwenNaturefinal.pdf)>.
- [Park2014] Park YH., Chang H. (2014): Effect of a health coaching self-management program for older adults with multimorbidity in nursing homes. *Patient Preference Adherence*. 2014 Jul 4;8:959-70. doi: 10.2147/PPA.S62411. eCollection 2014
- [Parker2003] Parker, RM., Ratzan, SC, Lurie, N. (2003): "Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care." *Health affairs* 22.4 (2003): 147-153.
- [Pine2011] Pine, BJ., Gilmore, JH.(2011): *Experience Economy*. Harvard Business Press, 2011, ISBN 978-1422161975
- [Porter2006] Porter, ME.; Teisberg, EO. (2006): *Redefining Health Care; Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, 2006. ISBN13 978-1-59139-778-6.
- [Popovic2014] Popović MD, Kostić MD, Rodić SZ, Konstantinović LM. (2014): Feedback-mediated upper extremities exercise: increasing patient motivation in poststroke rehabilitation. *Biomed Res Int*. 2014;2014:520374. doi: 10.1155/2014/520374. Epub 2014 Jun 2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24991557>
- [Port2003] Port, K.; Palm, K.; Viigimaa, M. (2003): Self-reported compliance of patients receiving antihypertensive treatment: use of a telemonitoring home care system. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2003, 9, pp. 65-66.
- [Puchalski2001] Puchalski, CM. (2001): The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. Oct 2001; 14(4): 352–357.
- [PWC2000], Pesanello, P., Green, D. (2000): DTC advertising integrates the internet, *Product Management Today*, 2000 October. PriceWaterhouseCoopers



- [Rad2013] Rad GS, Bakht LA, Feizi A, Mohebi S. (2013): Importance of social support in diabetes care. J Educ Health Promot. 2013 Oct 30;2:62. doi: 10.4103/2277-9531.120864. eCollection 2013.
- [Rawson2013] Rawson A., Duncan E., Conor J. (2013): The Truth About Customer Experience, Harvard Business Review, September 2013.
- [RCP2011] Royal College of Physicians (RCoP) (2011): Falling Standards Broken Promises: Report of the national audit of falls and bone health in older people 2010 London: RCoP
- [Reblin2008] Reblin, M., Uchino, BN. (2008): Social and Emotional Support and its Implication for Health. Curr Opin Psychiatry. Mar 2008; 21(2): 201–205.
- [Rosenstock1974] Rosenstock, I. (1974): Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. Vol. 2 No. 4.
- [Rust2010] Rust RT., Moorman C., Bhalla G. (2010): Rethinking Marketing, Harvard Business Review, January 2010
- [Scrpits2005] Express Scripts (2004): Drug Trend Report, Featuring the pharmacy benefit guide, 2005 May
- [Simon2010] Simon, J (2010): Marketing az egészségügyben, Akadémiai Kiadó, Budapest 2010. ISBN978-9-63058-866-9
- [Smith2002] Smith, S., Wheeler J. (2002): Managing the Customer Experience: Turning customers into advocates, Financial Times Press 2002, ISBN 978-0-273-66195-5
- [Smith2003] Smith, JW. (2003): Cooperative Capitalism. A Blueprint for Global Peace and Prosperity; Quality Books, Inc. June 2003
- [srn2011] Scottish Recovery Network (2011): Experts by Experience. Guidelines to support the development of Peer Worker roles in the mental health sector. 2011 Scottish Recovery Network (Penumbra) ISBN: 978-0-9556359-4-6.
- [Steel2011] Steel, K.; Cox, D.; Garry, H. (2011): Therapeutic videoconferencing interventions for the treatment of long-term conditions. Journal of Telemedicine and Telecare, 2011, 17, 109-117.
- [Sümegi2015] Sümegi, A., Baticz, O., Lantos, Z. (2015): Kompetenciák meghatározása kézikönyv. TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001, 2015. november. ÁEEK

- [The Health Foundation2008] Co-creating Health, Briefing May 2008, The Health Foundation. [http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/551/Co-creating health briefing paper.pdf](http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/551/Co-creating%20health%20briefing%20paper.pdf).
- [Vahdat2014] Vahdat S., Hamzehgardeshi L., Hessam S., Hamzehgardeshi Z. (2014): Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 Jan;16(1):e12454. doi: 10.5812/ircmj.12454. Epub 2014 Jan 5.
- [Vargo2004] Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004): Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 68 (January 2004), 1–17.
- [Vega-Vazquez2013] Vega-Vazquez M., Revilla-Camacho M.Á., Cossío-Silva F.J., (2013): The value co-creation process as a determinant of customer satisfaction, *Management Decision*, Vol. 51 Iss 10 pp. 1945 - 1953
- [Vermeire2001] Vermeire, E.; Hearnshaw, H.; Van Royen, P. (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2001, 26, pp. 331-342.
- [Wallace2010] Wallace, J.E.; Friesen, S.P.; White, D.E.; Gilmour, J.G.; Lemaire, J.B. (2010): The Introduction of an Electronic Patient Care Information System and Health Care Providers' Job Stress: A Mixed-Methods case Study. *International Journal of Healthcare Inform. Systems and Informatics*, 2010, 5. pp. 35-48.
- [Wainwright2003] Wainwright, C.; Wootton, R. (2003): A review of Telemedicine and Asthma. *Disease Management & Health Outcomes*, 2003, 9, pp. 557-563.
- [WHO2003] Adherence to Long-term Therapies, Evidence for action; World Health Organization 2003
- [WHO2011] EUR/RC61/10 Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Annex 2. WHO
- [WHO2012] Intersectoral Governance for Health in All Policies. 2012, WHO
- [Wise2000] Wise, M., Signal L (2000): Health Promotion Development in Australia and New Zealand. *Health Promotion International*, Vol 15, No 3. 2000
- [Woods2000] Woods P. (2000): How the internet may quicken the move toward full drug advertising, In: *The dynamics of DTC pharmaceutical marketing*, Access Conferences International, 14-15 February, 2000, London, UK
- [Worldwatch2010] State of the World 2010: Transforming Cultures: From Consumerism to Sustainability. Worldwatch Institute, 2010.
- [www.businessdictionary.com] Share of Wallet (SOW) <http://www.businessdictionary.com/definition/share-of-wallet-SOW.html>.

## **XVI. A szerző témában megjelent publikációi**

### **Könyvrészlet**

Lantos Zoltán, Simon Judit (2004): A betegelégedettség mérési módszere és az empirikus vizsgálatok tapasztalatai. Marketingelmélet a gyakorlatban, szerk: Berács-Lehota-Piskóti-Rekettye, KJK-Kerszöv, 2004. Budapest, 235-256. oldal

Simon Judit, Lantos Zoltán (2004): Methodology of measurement and experience of empirical research into patient satisfaction. In: Marketing Theory and Practice, Akadémiai Kiadó Budapest, 2004, 274-295. oldal

Lantos Zoltán, Simon Judit, Bacskai István (2006): Gyógyszeripari márkázás.

Pirulakatedra Füzetek. Marketingpirula Kft. Budapest, 2006, 54 oldal

Lantos Zoltán (2010): Egészségügyi döntéshozók véleménye a magyar egészségügyi rendszerről és annak átalakítási módjáról. A magyar egészségÜGY; Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati vélemény térkép, szerk: Bodrogi József, Semmelweis Kiadó, 2010, Budapest, 340-372. oldal

### **Cikkek**

Simon Judit-Lantos Zoltán (2000): Az orvosok vásárlási magatartásának szerepe a gyógyszermarketingben. Marketing és Menedzsment 2000/1., 51-58. oldal

Simon Judit-Lantos Zoltán (2002): A betegek együttműködési készségének szerepe az egészségügyi marketingben. Marketing & Menedzsment XXXIV. évf. 2002/2., 26-32. oldal

Mandják Tibor – Simon Judit – Lantos Zoltán (2004): Mit gondolnak a vállalatvezetők az üzleti kapcsolatok értékéről? Vezetéstudomány XXXV. ÉVF. 2004. 1. SZÁM, 48-56. oldal

Lantos Zoltán-Simon Judit (2005): Jól működő egészségügy: értékteremtő szolgáltatások szabályozott versenye vagy irányított betegellátás? Harvard Business Manager 2005. szeptember, 44-51. oldal

Lantos Zoltán-Horváth Éva (2007): Kérdezze meg páciensét! Ügyfélközpontú üzletstratégia a gyógyszertárban. Gyógyszerészet 51. 339-344. 2007., 339-344. oldal

Lantos Zoltán (2008): Hogyan döntünk a hipertóniakezelés során? Webdoki továbbképző fórum, 2008. január, [www.webdoki.hu](http://www.webdoki.hu)

Lantos Zoltán (2009): LMWH otthon Kórház, 2009/1-2., 54-56. oldal

Lantos Zoltán (2009): A magyar egészségügyi rendszer átalakítása - Hol tartunk most? LAM (Lege Artis Medicinæ) - 2010;20(09), 2-4. oldal

Lantos Zoltán (2010): Gyógyszertári marketing – ki az ügyfél és mi a szolgáltatás? Gyógyszerészet 54. 414-415; 418-419. 2010.,

Lantos Zoltán (2010): A magyar egészségügy kész a megújulásra; Döntéshozói véleményértékelés a nemzetközi egészséggazdasági trend tükrében. IME IX. évfolyam 9. szám 2010. november, 5-8. oldal

Lantos Zoltán (2011): Az egészség jó befektetés. IME X. évfolyam 7. szám 2011. szeptember, 5-7. oldal

Lantos Zoltán (2011): Egészségügy és eHealth - A betegségek orvoslása nem csak orvosi feladat. IME X. évfolyam 6. szám 2011. július – augusztus, 47-50. oldal

Lantos Zoltán (2012): Egységben az erő – A praxisközösségekben rejlő lehetőségek az alapellátásban. IME XI. évfolyam 4. szám 2012. május, 17-20. oldal

Lantos Zoltán (2014): Csak egészség legyen! – De hozzá milyen egészségügy? IME XIII. évfolyam 4. szám 2014. szeptember, 9-14. oldal

Egyetemi doktori értekezés:

Lantos Zoltán (1996): Gyógyszermarketing-kommunikáció az egészségügyi reformok tükrében. Egyetemi doktori értekezés. Budapest, 1996

Poszter prezentációk

Szirmai, L., Lantos, Z. (2000): Manage It Well! First results of a Market Oriented Integrated Hypertension Program in Hungary. Scientific Meeting of International Society of Hypertension, Chicago, 2000

Rusz, A., Gyovai, G., Lantos Z. (2004): Motivational factors of medical treatment among erectile dysfunction patients. 7th European Society for Sexual Medicine Congress, London, 2004

Lantos, Z., Cecchini, I., Graffigna, G. (2013): Patient engagement is determined by personal health energy level – description of public health segments; ESPACOMP (European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence) Conference, Budapest, 2013

Cecchini, I., Graffigna, G., Lantos, Z. (2013): Patient engagement from the patients' eyes: A dynamic experiential model; ESPACOMP Conference, Budapest, 2013

Lantos, Z. (2014): Patients' health related spendings are better predictors for disease screening behaviour than physician office visits; ESPACOMP (European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence) Conference, Lausanne, 2014

#### Konferenciakiadványok:

Zoltan Lantos (2011): AAL Solutions and Social Innovations – CEE. AAL Forum, Lecce, 2011

Zoltan Lantos (2011): New Social Opportunities in Hungary. AAL Forum, Lecce, 2011

Laena Liu, Zoltan Lantos, Stephanie Ludwig (2012): Patient Centric Business Models. The New Way to Generate Value for the Pharma Industry, ePhMRA Asia Conference, Peking, 2012

Zoltan Lantos (2013): Marketing Research in Digital Era. Multichannel & Digital Marketing Latin America, Mexico City, 2013

Zoltan Lantos (2013): Multichannel optimization in practice. Multichannel & Digital Marketing Latin America, Mexico City, 2013

Lantos Zoltán (2013): Felelősség, mint a fogyasztás új hajtóereje. IX.

Táplálkozásmarketing konferencia, Debrecen, 2013.

Lantos Zoltán (2013): Betegközpontú működés; De akkor mivel keresünk pénzt?

Üzenetek a jövőből. Marketingpirula Live konferencia, Budapest, 2013.

Lantos Zoltán (2015): Közösségi egészségszervezés, Egyéni és közösségi egészségtervekre épülő szolgáltatásszervezés. X. Jubileumi Regionális Egészségügyi Konferencia, Budapest, 2015.

#### Oktatási segédanyagok

Lantos Zoltán, Simon Judit (1998): Egészségügyi marketing, Oktatási segédanyag az Orvos-Gyógyszerész-Közgazdász hallgatók számára, Budapest, 1998

Lantos Zoltán, Simon Judit (1998): Marketingkutató az Orvos-Gyógyszerész-Közgazdász képzésben részt vevők számára, Budapest, 1998

## XVII. Függelék

A megvalósítási modellhez feldolgozott 31 db állapotspecifikus folyamat.

	Téma
1.	35-50 éves korosztályban a közepes kardiovaszkuláris rizikó gondozása
2.	kardiovaszkuláris rizikószűrés az iskolaegészségügyi ellátásban 6-18 év között
3.	kardiovaszkuláris rizikógondozás a gyermekalapellátásban
4.	hypertonia felismerése és kezelése
5.	hypertonia és komorbid állapotok komplex gondozása
6.	hypertonia szövődményeinek megelőzése, korai felismerése
7.	krónikus iszkémiás szívbetegség kis, közepes rizikócsoportha tartozó eseteinek gondozása
8.	perifériás artériás érbetegségek (Fontain I-II) felismerése, kezelése és gondozása
9.	stroke betegút és ellátás optimalizálás
10.	stroke rehabilitációja
11.	vascularis betegségek interdiszciplináris secunder prevenciója
12.	gestatiós diabetes utógondozása
13.	diabetes életmód gondozása
14.	diabetes gyógyszeres terápia
15.	diabeteses beteg ön-menedzselése
16.	diabetes szövődményeinek megelőzése, korai felismerése
17.	COPD felismerése, diagnosztikája, követése
18.	COPD-ben betegegyüttműködés támogatása
19.	„onkológiai éberség” – önvizsgálat oktatása, korai felismerés
20.	terminális állapotú beteg gondozása
21.	derékfájás diagnosztikája és gondozása
22.	reumatológia betegségek kompetencia alapú, eredményorientált, differenciált diagnosztikája és ellátása - gyulladásos megbetegedések
23.	reumatológia betegségek kompetencia alapú, eredményorientált, differenciált diagnosztikája és ellátása - kopások és lágyrész megbetegedések
24.	reumatológia betegségek kompetencia alapú, eredményorientált, differenciált ellátása metabolikus megbetegedések
25.	depresszió felismerése, kezelése, a beteg együttműködésének támogatása
26.	funkcionális dyszpepszia diagnosztikája, kezelése és gondozása
27.	nőgyógyászti vérzészavarok reprodukív korban
28.	nőgyógyászati vérzészavarok premenopauzában
29.	cisztás fibrózis diagnosztikája kezelése és gondozása
30.	emlőrák diagnosztikája és kezelése
31.	emlőrák gondozása, rehabilitáció

Egészségtanácsadásról szóló online kérdőív házi orvosoknak

- Megérkezett-e/olvasta-e a házi orvosoknak szóló levelünket az egészségtanácsadás, egészségtanácsadók munkájának céljáról, hasznáról?

igen/nem

- Kérjük, néhány szóban mondja el, milyen első benyomásai alakultak ki a projektben Önnel dolgozó egészségtanácsadó munkatársunkról?

nyílt kérdés

- Amennyiben már megkezdte a munkát kollégánk, Ön, illetve praxisnővére milyen információval győzte meg az egyéneket egészségtanácsadó kollégánkkal való közös munkáról?

nyílt kérdés

- Ön szerint melyek azok a legfontosabb készségek/tulajdonságok, amivel az egészségtanácsadó munkatársnak rendelkeznie kell?

nyílt kérdés

- Volt-e visszajelzés az egyének részéről az egészségtanácsadó kollégával folytatott munkáról? Ha igen, hogyan értékeli?

nyílt kérdés

- Összességében hogyan értékelné az Önnel együttműködő egészségtanácsadó kolléga tevékenységét 1-7-ig terjedő skálán (ahol 1 - nagyon rossz, 7 - nagyon jó)?

1      2      3      4      5      6      7

- Van-e olyan javaslata, amit a munkakörrel kapcsolatban itt, most megosztana velem? s

nyílt kérdés

## Osztéporózis alteszt - Esésmegelőző tornagyakorlatok otthonra

**Bemelegítés:** (készítsünk elő egy kb. 45 cm magasságú háttámlás, stabil széket)

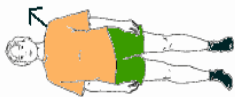
✓ Instrukció: (a későbbiekben I betűvel jelöljük), a gyakorlat végzése során figyeljünk oda a pontos kivitelezésre, ebben nyújt hasznos információt a mellékelt magyarázat.

- Álljunk a szék háta mögé, ha kell, használjuk kezünket a kapaszkodáshoz, és felváltva kezdjük el ritmikusan helyben járni. Egy – két percig végezzük a mozgást.
- Ha biztonságosan, kapaszkodás nélkül végrehajtottuk a gyakorlatot, kezünket is használhatjuk a mozgáshoz, mégpedig előre- hátra lendítve törzsünk mellett a képen látható módon.



- Maradunk a szék háta mögött, két vállunkkal hátra nyújtózunk, ezáltal a két lapockánkat hátul közelítjük egymáshoz. A gyakorlatot összeköttjük *légző gyakorlattal* → váll hátranyújtózása alatt orrunkon veszünk egy nagy levegőt, majd a vállak visszaengedésekor számon keresztül kifújjuk.

**Ajánlott ismétlésszám: 6\***



**Ülve végzendő gyakorlatok:**

I.: Az előbb említett magasságú székre ülünk le, hátunkat, amennyire tudjuk, tartjuk egyenesen, és **ne** támaszkodjunk a szék támlájának. Két lábfejük párhuzamosan előrefelé tekintsen, valamint teljes talpon érintkezzen a talajjal. A gyakorlatok végrehajtása alatt ügyeljünk a megfelelő ülőhelyzet megletére.

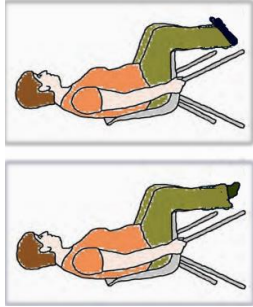


Ülő helyzetben végrehajtandó felső végtag gyakorlatok:

- Két kezünket megtámasztjuk a combunkon (**testtartásunk egyenes**), két vállunkat hátrahúzzuk (lapockazárás).  
**Ajánlott ismétlésszám: 10\***
- Vállra tesszük a két kezünket, és ebben a helyzetben a két könyökünket mellkas előtt összeérintjük, majd a két könyökünket hátrahúzzuk, lapockazárásáig.  
**Ajánlott ismétlésszám: 10\***
- A két karunkat mellkas előtt előre felé kinyújtjuk, majd onnan egyszerre hátrahúzzuk a két karunkat könyökhajlítással törzsünk mellett. Ebben a gyakorlatban is lapockazárásra törekszünk a kar hátrahúzásakor.  
**Ajánlott ismétlésszám: 8\***
- Összekulcsoljuk mellkasunk előtt a két kezünket, és így összekulcsolt kézzel karunkat felfelé, fül mellé nyújtjuk.  
**Ajánlott ismétlésszám: 5\***
- I.: Az egyenes testtartásra törekszünk, ne dőljünk el hátra a gyakorlat végzése során.

Ülő helyzetben végrehajtandó alsó végtag gyakorlatok:

- **Figyeljünk az egyenes ülésre!** Lábfej átmozgatása → lábujjhegyre gördítjük a lábfejünket, majd vissza középére, és sarokra átgördítjük lábfejünket.  
**Ajánlott ismétlésszám: 10\* - 10\***
- Az egyik térdünket előre kinyújtjuk, - azt megtartjuk 1-2 másodpercig a levegőben, majd visszatesszük lábfejünket a talajra, majd elvégezzük a másik oldalon is a térdnyújtást.  
**Ajánlott ismétlésszám: 5\* - 5\***
- I.: Az ülésre figyeljünk! A két kezünkkel kapaszkodhatunk a szék oldalába, a törzs egyenes, ne „görnyedjünk” össze.



- Az egyik lábfejünket kicsúsztatjuk előre a talajon, a képen látható módon. Másik lábunk hajlított helyzetben marad, és támaszkodik a talajon.

I.: Térdünket ebben a feladatban is kinyújtjuk, **de** lábfejünket **most nem emeljük** el a talajról, hanem csak **kicsúsztatjuk**, és a térdnyújtás végén sarokra állítjuk a lábfejünket. Majd végezzük el a feladatot a másik oldalon is.

Ajánlott ismétlésszám: 5\*-5\*



- A két kezünket rátesszük a hajlított helyzetben lévő combunkra, az **ellenoldali** lábunkat kinyújtjuk előre, az előbbi gyakorlat alapján (lábfej kicsúsztatása előre, sarokra gördítés – ezt a helyzetet tartjuk), és a **támaszkodó** kezek **irányába egyenes törzssel előredöntést végzünk** a képen látható módon.

I.: A törzsünk egyenes marad mindvégig, az előredöntés során is.

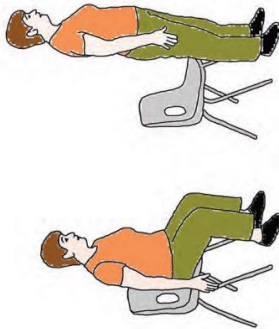
Ajánlott ismétlésszám: 4\*-4\*



### Álló gyakorlatok:

- Felállás és leülés gyakorlása, a székünkől álljunk fel, majd szép lassan visszaengedve törzsünket üljünk vissza a székre. (Kezdetben, ha szükséges, kezünkkel megtámaszkodva kissé segíthetjük a felállást és leülést.)

Ajánlott ismétlésszám: 5\*

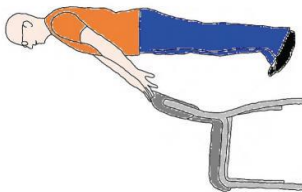


- **I.: A gyakorlat kivitelezése előtt biztos kapaszkodási lehetőséget keressünk otthonunkban.** Álló helyzetben helyezkedünk el a „szék” vagy a keresett stabil kapaszkodási felületnél. Kapaszkodjunk meg biztonságosan a támasztékba, majd a két lábfejünket **lábujjhegyre** állítjuk szép lassan, majd vissza teljes talptámaszra.

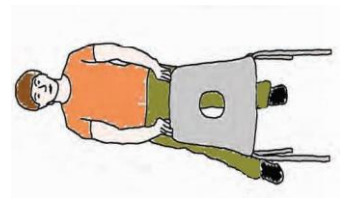
Majd a gyakorlatot elvégezzük úgy is, hogy a két lábfejünket **sarokra** gördítjük, és onnan vissza talptámaszba. Sarokra álláskor figyeljünk arra, hogy medencénket, derekunkat ne toljuk ki hátrafelé, hanem egyenesen álljunk a gyakorlat kivitelezése során.

Ajánlott ismétlésszám: 8\*-8\*

I.: Széket csak akkor használjunk, ha **stabil**, elbíri a kapaszkodás során testünk súlyát.



- Továbbra is álló helyzetben vagyunk a „szék” vagy a keresett stabil kapaszkodási felületnél. Kapaszkodjunk meg biztonságosan a támasztékba, és külön az egyik lábunkat térdünknel hátrahajlítjuk, nyújtott helyzetben, majd vissza középre → **ezt 8\* megismételjük az egyik oldalon, és utána elvégezzük a feladatot a másik oldalon is 8\*.** I.: A törzs maradjon egyenes, ne dőljünk oldalra el a törzsünkkel.



- Továbbra is álló helyzetben vagyunk a „szék” vagy a keresett stabil kapaszkodási felületnél. Kapaszkodjunk meg biztonságosan a támasztékba, és külön az egyik lábunkat térdünknel hátrahajlítjuk, a hátrahajlítás során lábunkat ebben a helyzetben 1-2 másodpercig megtartjuk, majd visszaengedjük a talajra, és elvégezzük a másik oldalon is a térdhajlítást hátra.

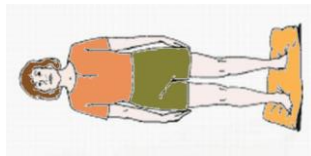
**Ajánlott ismétlésszám: 8\* - 8\***



- A kapaszkodási felülethez viszonyítva forduljunk el oldalra, és jelen gyakorlatban oldalt fogunk állni a biztos kapaszkodási felületnek. A támasztékhoz közelebb eső kezünkkel kapaszkodjunk meg abban. Majd a támaszkodással ellenoldali lábunkkal **előrefelé kilépünk**, majd vissza középre. **A gyakorlatot elvégezzük 5\***, majd **átfordulunk** a másik oldalra és elvégezzük a kilépéseket.



- Utolsó gyakorlat: veszünk egy lapos kispárnát vagy egy laposabb szivacsot, és letesszük a földre, rálépünk mind a két lábfejünkkel, és megpróbáljuk megtartani a törzsünket egyenesen, először kapaszkodás mellett, majd ha megy, biztonságosan csökkentjük a kapaszkodást.



<b>A gyakorlatok elvégzésének időpontjai (utánkövető táblázat)</b>	
Dátum: <i>példa: 2015.02.20. péntek</i>	


Csontritkulás (osteoporosis) teszt témában résztvevő háziorvosok megkérdezése a csoportos gyógytornáról. Online kérdőív.

1. Hogyan fogadták a páciensek a gyógytornással való konzultáció, a csoportos gyógytornán való részvétel lehetőségét?
  1. Támogatóan
  2. Közömbösen
  3. Negatívan
2. Mennyire okozott nehézséget megnyerni az egyéneket a csoportos gyógytornán való részvételre?
  1. Nagyon nehéz volt
  2. Inkább nehéz volt
  3. Inkább könnyű volt
  4. Nagyon könnyű volt
3. Mennyire könnyítette meg a lakóhely közelében biztosított csoportos gyógytorna az egyének számára a foglalkozásokon való részvételt?
  1. Mindannyiuk számára megkönnyítette
  2. Többségüknek megkönnyítette
  3. Néhányuknak megkönnyítette
4. Mennyire könnyítette meg az Ön és munkatársai szakmai munkáját, hogy gyógytornász szakember célzottan foglalkozott a páciensekkel?
  1. Nagyon megkönnyítette
  2. Inkább megkönnyítette
  3. Kevésbé könnyítette meg
  4. Egyáltalán nem könnyítette meg
5. Mennyire értették meg a páciensek a csoportos gyógytorna célját a visszajelzések alapján?
  1. Teljes mértékben megértették
  2. Többségük megértette
  3. Sokan nem értették
6. Hogyan értékelik a páciensek a csoportos gyógytorna hasznosságát a visszajelzések alapján?
  1. Nagyon hasznosnak
  2. Inkább hasznosnak
  3. Kevésbé hasznosnak
  4. Egyáltalán nem hasznosnak
  5. Nincs értékelhető visszajelzésünk
7. A csoportos gyógytornán résztvevő egyének milyen arányban végeztek/végzik otthon is rendszeresen a foglalkozásokon megtanult mozgásformákat, gyakorlatokat?
  1. Mindannyian végzik
  2. Többségük végzi
  3. Kisebbségük végzi
  4. Nincs értékelhető visszajelzésünk

8. A csoportos gyógytorna mint páciensoktatási eszköz segíti az Ön szakmai munkáját?
1. Teljes mértékben
  2. Inkább igen
  3. Inkább nem
  4. Egyáltalán nem
9. A csoportos gyógytornán való részvétel növeli a betegek elkötelezettségét az egészségük megőrzésére?
1. Teljes mértékben
  2. Inkább igen
  3. Inkább nem
  4. Egyáltalán nem
10. Tervezi-e, hogy a tapasztalatok alapján további pácienseinek is javasolja a csoportos gyógytornán való részvételt?
1. Igen
  2. Nem
  3. Még nem tudom

Köszönjük, hogy időt szakít kérdőívünk kitöltésére!  
Kérjük, valamennyi kérdésnél jelölje be az Ön véleményéhez legközelebb álló választ! Válaszának bejelölése után a „Következő” (>>>>) gombra kattintva léphet tovább a következő kérdésre.

Az elmúlt két hétben az alábbi események szerepelhettek az Egyéni Egészségtervében.

*Kérjük, jelölje be azokat, amelyeken részt vett, illetve amelyeket megvalósított az elmúlt két hétben!*

	igen	nem
Találkozó háziorvossal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Találkozó praxisorvóval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Találkozó egészség-tanácsadóval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diétás tanácsadás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A webbeteg.hu használata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egyéni Egészségterv online program	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esésmegelőzés torna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gyógytorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Találkozó reumatológussal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Csontsűrűség-vizsgálat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Az Egyéni Egészségtervében szereplő és megvalósult események lehetnek emlékeztetők vagy kevésbé emlékeztetők (Emlékeztetőség), és pozitív vagy negatív benyomást is kelthettek Önben (Benyomás).

Arra kérjük, hogy értékelje az eseményeket emlékeztetőség és benyomás szempontjából! Értékelését úgy teheti meg, ha az egyes események ikonját a mező azon területére húzza, amely leginkább tükrözi érzéseit.

- Ha az esemény nagyon emlékeztető volt (erős és élénk emlék), húzza az esemény ikonját a mező felső részére, oda, ahol az legjobban kifejezi az esemény emlékeztetőségét! Ha nem volt emlékeztető (gyenge vagy felejtendő emlék), húzza az esemény ikonját a mező alsó részére!
- Hasonlóképpen, ha az esemény pozitív benyomást keltett Önben, húzza az esemény ikonját a mező jobb felére! Ha az esemény negatív benyomást keltett Önben, húzza a mező bal felére!

Arra kérjük, értékelje [Egyéni Egészségtervében](#) szereplő és megvalósult eseményeket!

Minden esemény ikonját húzza a mező azon pontjára, ami a legjobban kifejezi az esemény emlékeztettségét (fent vagy lent) és az esemény által keltett benyomást (jobbra vagy balra)!

*Kérjük, az összes esemény ikonját húzza a mező területére!*

Erős/  
élénk

↑

Emlékeztettség

↓

Gyenge/  
felejthető

Találkozó háziorvossal

Negatív

Semleges

Pozitív

←

Benyomás

→

183





---

Az Ön számára leginkább pozitív és emlékezetes esemény: Találkozó háziorvossal

Miért pont ide helyezte az eseményt? Mi volt az élménye az eseményen?



---

Az Ön számára leginkább negatív, de emlékezetes esemény: [Esésmegelőzés torna](#)

Miért pont ide helyezte az eseményt? Mi volt az élménye az eseményen?



---

Köszönjük válaszait, jó egészséget kívánunk!

---

## Egészségélmény kérdőív

Köszönjük, hogy időt szakít kérdőívünk kitöltésére! Kérjük, valamennyi kérdésnél jelölje be az Ön véleményéhez legközelebb álló választ! Válaszának bejelölése után a „Következő” (>>>>) gombra kattintva léphet tovább a következő kérdésre.

Milyen az Ön egészsége általában?

- ☐ nagyon jó  
☐ jó  
☐ kielégítő  
☐ rossz  
☐ nagyon rossz  
☐ nem tudom

Véleménye szerint Ön mennyit tehet az egészségéért?

- ☐ nagyon sokat tehetek  
☐ sokat tehetek  
☐ keveset tehetek  
☐ semmit sem tehetek  
☐ nem tudom

Milyen gyakran mondja el másoknak, mennyire jó a háziorvosa?

- ☐ soha  
☐ nagyon ritkán  
☐ időnként  
☐ gyakran  
☐ nagyon gyakran

Milyen gyakran mondja el másoknak a háziorvosánál tapasztalt problémáit?

- ☐ soha  
☐ nagyon ritkán  
☐ időnként  
☐ gyakran  
☐ nagyon gyakran

Amennyiben egy barátja vagy ismerőse kérdezné Önt, milyen valószínűséggel javasolná a háziorvosát?

- ☐ egyáltalán nem javasolnám  
☐ inkább nem javasolnám  
☐ talán javasolnám, talán nem javasolnám  
☐ inkább javasolnám  
☐ biztosan javasolnám

Milyen mértékben ért egyet az alábbi állításokkal?

	egyáltalán nem értek egyet	inkább nem értek egyet	tovább-kevésbé egyetértek	inkább egyetértek	teljes mértékben egyetértek
A háziorvosom pont megfelel nekem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A háziorvosom értékes ügyfélként kezel engem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A háziorvosom régóta az orvosom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Könnyen együttműködöm a háziorvosommal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megbízom a háziorvosomban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Az egészségügyben kit tekint az Ön elsődleges partnerének?

- ☐ háziorvost  
☐ szakorvost  
☐ ismerős orvost  
☐ ismerős szakembert  
☐ gyógyszerészt  
☐ egyéb egészségügyi szakembert, éspedig:

Az egészségmegőrzésével kapcsolatos tanácsokért milyen valószínűséggel fordulna háziorvosához?

- ☐ egyáltalán nem valószínű  
☐ inkább nem valószínű  
☐ többé-kevésbé valószínű  
☐ inkább valószínű  
☐ nagyon valószínű

Milyen mértékben ért egyet az alábbi állításokkal?

	egyáltalán nem értek egyet	inkább nem értek egyet	többé-kevésbé egyetértek	inkább egyetértek	teljes mértékben egyetértek
A háziorvosom egyénként kezel engem, nem egy betegként a sok közül.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szomorú lennék, ha más lenne ezentúl a háziorvosom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jól érzem magam, hogy ő a háziorvosom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Figyelemmel kísérem a háziorvosom sorsát.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mennyire érzi magát tájékozottnak az egészségi állapotával kapcsolatban?

Kérjük, választ 1-től 10-ig tartó skálán árnyalja, ahol az 1 = egyáltalán nem; míg a 10 = teljes mértékben!

- ☐ 1 - egyáltalán nem érzem magam tájékozottnak  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10 - teljes mértékben tájékozottnak érzem magam

Mennyire ért egyet azzal, hogy kézben tudja tartani csontritkulását?

Kérjük, választ 1-től 10-ig tartó skálán árnyalja, ahol az 1 = egyáltalán nem; 10 = teljes mértékben!

- ☐ 1 - egyáltalán nem  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10 - teljes mértékben

Köszönjük válaszait, jó egészséget kívánunk!

## Használati élmény – UX kérdőív

Köszönjük, hogy időt szakít kérdőívünk kitöltésére!

Kérjük, valamennyi kérdésnél jelölje be az Ön véleményéhez legközelebb álló választ! Válaszának bejelölése után a „Következő” (>>>) gombra kattintva léphet tovább a következő kérdésre.

Ön az elmúlt időszakban kézhez kapta az Esésmegelőzés tájékoztatót. Kérjük, jelölje, mennyire ért egyet az alábbi állításokkal a tájékoztatóval kapcsolatban!

	Egyáltalán nem érték egyet	Nem értek egyet	Többé-kevésbé egyetértek	Egyetértek	Teljes mértékben egyetértek
A tájékoztató lehetővé teszi, hogy megtanuljam a torna alkalmazását anélkül, hogy sokat kellene gondolkodnom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kellemes kihívás volt a tájékoztató használata.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amikor használok ezt a tájékoztatót, mindig azt kapom tőle, amit akarok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tájékoztatón látszik, hogy magas minőséget képvisel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Értem a tájékoztatóban alkalmazott kifejezéseket és ábrákat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tájékoztató nyomán a torna rendszeres alkalmazója akarok lenni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tájékoztatónak pontosan azok a tulajdonságai vannak, amelyekre szükségem van.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tájékoztatónak és a tornának érdekes, új jellemzői vannak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az ismeretek és információk mindig ott vannak, ahol várom, hogy legyenek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tájékoztató megfelelő nekem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tájékoztató nyomán a torna kipróbálása izgalmas volt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tetszik a tájékoztató kinézete.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Köszönjük válaszait, jó egészséget kívánunk!

## Esésrizikó felmérőlap

Tesztalany:		
Dátum:		
Felvételi dátuma:		
Kitöltő személy: háziorvos, praxisnővér, egészség-tanácsadó		
Karikázza be a megfelelő számokat, majd ismételje meg a felmérést 6 havonta, illetve minden elesést követően!		
Ha a pontszám magasabb, mint 7, beavatkozás és gyógyszerelés szükséges.		
<b>ESÉSI anamnézis</b>		<b>3-5 hónap múlva</b>
<b>Mozgáskészség:</b> fennjáró, ágybanfekvő, járókeretet használó, kerekesszéket használó	<i>A megfelelő választ, válaszokat húzd alá!</i>	
Esések száma havonta 1- vagy 2	2	
Több, mint 2 esése van havonta	8	
Eséssel kapcsolatos törése (dátummal)	5	
Ortosztatikus hipotónia	2	
Syncope/szédülés	1	
<b>Érzékszervi károsodás:</b> halláscsökkenés (1), csökkentlátás (1) afázia(1)	0-3/3	
Bizonytalan vagy csoszogó járás	2	
Zavartság/delírium/dezorientáció/károsodott gondolkodás	2	
Agitáltság/megnövekedett szorongás	2	
Krónikus fájdalom szindróma	3	
<b>Gyógyszerek:</b> kardiális(1), antihipertenzív(1), diuretikum(1), antipszichotikum vagy metoclopramid(2), altató(2), antidepresszáns vagy antihisztamin H1 vagy H2 blokkoló(2), szorongásoldók, kivéve buspiron(2), NSAID(1), narkotikus analgetikumok enyhe(1) mérsékelt(2), antikonvulzívumok(1), izomrelaxánsok(1)	0-16/16	
<b>Diagnózis: inkontinencia:</b> széklet (2), vizelet (2) anémia (2)	0-6/6	
<b>Kardiális betegségek:</b> ritmuszavar (1), szívélgtelenség(1)	0-2/2	
<b>Neurológiai/pszichiátriai betegségek:</b> demencia(1), parkinsonizmus(1), epilepszia(1), stroke(1)	0-4/4	
<b>Mozgásszervi betegségek:</b> artritisz(1), gipszszínkötés(1), protézis(1)	0-3/3	
<b>Összpontszám:</b>		
<b>Rizikó kategóriák:</b> Kis: 0-3 pont Közepes: 4-7 pont Magas: 8 ponttól		

# FRAX kalkulátor

ÚJ BETEG	<input type="checkbox"/> Korábban soha nem részesült aktív csonttrikulás elleni kezelésben
KEZELT BETEG	<input type="checkbox"/> Legalább 1 éve folyamatosan aktív csonttrikulás elleni kezelésben részesül

## FRAX kérdőív

Kor: \_\_\_\_ / Születési dátum: \_\_\_\_ [év] \_\_\_\_ [hónap] \_\_\_\_ [nap]

Nem: ☐ nő Testtömeg: \_\_\_\_ kg Testmagasság: \_\_\_\_ cm

Korábbi csonttörés: ☐ igen / ☐ nem

Szülónél csípőtáji törés: ☐ igen / ☐ nem

Jelenleg dohányzik: ☐ igen / ☐ nem

Glukokortikoid terápia: ☐ igen / ☐ nem

Rheumatoid arthritis: ☐ igen / ☐ nem

Másodlagos osteoporosis: ☐ igen / ☐ nem

Alkohol  $\geq 3$  egység naponta ☐ igen / ☐ nem

Combnyak BMD: \_\_\_\_ g/cm<sup>2</sup> / DXA típus: ☐ GE-Lunar ☐ Hologic ☐ Norland

vagy

Combnyak T-score: \_\_\_\_

## Magyarázatok:

Korábbi csonttörés	Korábbi csonttörés: felnőttkorban történt csonttörés, mely vagy spontán történt, vagy olyan fokú traumából, mely egészséges egyénekben nem okozott volna törést.
Szülónél csípőtáji törés	Történt-e csípőtáji törés a beteg szülénél?
Glukokortikoid terápia	Jelölje az „igen” választ, ha a beteg jelenleg szisztémás glukokortikoid terápiában részesül, vagy ha korábban glukokortikoid terápiában részesült 3 hónapnál hosszabb ideig legalább napi 5 mg prednizolon (vagy azzal ekvivalens) dózisban.
Rheumatoid arthritis	Jelölje az „igen” választ, ha a beteget rheumatoid arthritisszel diagnosztizáltak.
Másodlagos osteoporosis	Jelölje az „igen” választ, ha a betegnél az osteoporosis szorosan összefüggő betegség áll fenn. Ilyen pl. az I-es típusú (inzulin dependens) diabetes; osteogenesis imperfecta felnőttekben; hosszabb ideje fennálló, kezeltetlen hyperthyreoidismus, hypogonadismus vagy korai menopauza (45 éves kor előtt); krónikus alutápláltság vagy felszívódási zavar; krónikus májbetegség.
Alkohol $\geq 3$ egység naponta	Jelölje az „igen” választ, ha a beteg 3 vagy több egység alkoholt fogyaszt naponta. Egy egység kb. 8-10 g alkoholt jelent, ami megfelel egy pohár (3 dl) sörnek, 3 cl tömény italnak, vagy kb. 1 dl bornak.
Combnyak BMD	Írja be a combnyakon mért csontsűrűséget (g/cm <sup>2</sup> -ben), majd jelölje a méréshez használt DXA módszer típusát.

## Gyógyítóélmény kérdőív

1. Kérem, ítélje meg, hogy az Ön praxisában az alábbi állítások mennyire jellemzőek a krónikus betegek kezelésével kapcsolatosan!

A teszt végén: „Kérem, ítélje meg, hogy a tesztbe bevont betegeire mennyire jellemzőek az alábbi állítások!”

1: egyáltalán nem jellemző; 5: teljes mértékben jellemző

1. A kezelt betegek javasolnak az ismerőseiknek.
  2. A kezelt betegek ugyanolyan aktívan élnek, mint a nem betegek.
  3. Teljes mértékben biztos vagyok abban, hogy a kezelt betegek beszedik a felírt gyógyszereiket.
  4. Kézben tartom a kezelt betegek terápiáját.
  5. Minden betegem a számára testre szabott kezelést kapja.
  6. Nyugodtan alszom a felírt gyógyszerek hatásának tudatában.
  7. A betegek elégedettek, mert olyan kezelést kapnak, amellyel javul a közérzetük.
  8. Jól tudom kontrollálni a kezelt betegek állapotát.
  9. A kezelt betegek korlátozás mentesen tudnak élni.
  10. Lehetőségem van szakemberek bevonására a kezelésben.
  11. A betegeknek jó a terápiahűsége.
  12. Új megoldások alkalmazására van lehetőségem, amelyekkel egyszerűbbé válik a kezelés.
  13. Büszke vagyok, mert eredményesen kezelem a betegeimet.
  14. A kezelt betegek a lehető legtovább aktívak tudnak maradni.
  15. Tudok gondoskodni a betegeimről.
  16. A beteg rendszeresen visszajön, így megfelelő kontroll alatt van.
  17. Ugyanúgy tudjuk kezelni a betegeket, mint a fejlettebb országokban.
2. Milyen az Ön egészsége általában? Kérjük, egy választ jelöljön!
- 1 – nagyon jó  
2 – jó  
3 – kielégítő  
4 – rossz  
5 – nagyon rossz  
8 – nem tudom
-

## Vizsgálati lap

Név:

Vizsgálat dátuma:

### Timed Up and Go teszt:

Mozgásprogram elején:

1. kísérlet	2. kísérlet	3. kísérlet	átlag

Mozgásprogram végén:

1. kísérlet	2. kísérlet	3. kísérlet	átlag

### Functional Reach teszt:

Mozgásprogram elején:

1. kísérlet	2. kísérlet	3. kísérlet	átlag

Mozgásprogram végén:

1. kísérlet	2. kísérlet	3. kísérlet	átlag

### Módosított Romberg teszt: (tandem-állás)

Mozgásprogram elején:

1. kísérlet	2. kísérlet	3. kísérlet	átlag

Mozgásprogram végén:

1. kísérlet	2. kísérlet	3. kísérlet	átlag

Használ-e járási segédeszközt, ha igen mit?

Testsúly:

Testmagasság:

BMI érték:

Elesések száma: az elmúlt három hónapban: \_\_\_\_ következő három hónapban: \_\_\_\_



## KIVONAT A TUKEB BEADVÁNYHOZ KÉSZÜLT VIZSGÁLATI TERVBŐL

**Vizsgálat címe:** Lakóhelyközeli Egészségszolgáltatás Megvalósítási Teszt a kiemelt kormányzati programként meghatározott TÁMOP-6.2.5.-B-13/1-2004-0001

**"Szervezetheatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben - Területi együttműködések kialakítása" program keretén belül**

**Vizsgálatvezető:** Dr. Horváth Ildikó, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet

**Megbízó neve és elérhetősége:** Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest, Diós árok 3.

### 1. Rövid összefoglaló

A programban kidolgozásra került az alapellátás megerősítésének módszertana, a Lakóhelyközeli Egészségszolgáltatás, amely a betegségek kezelése helyett a megelőzésre és a gondozásra helyezi a nagyobb hangsúlyt. Egy egyén (páciens) számára olyan szolgáltatásokat nyújt, amely egyéni egészségterven alapul, és szolgáltatási terveket fogalmaz meg. Ezek egyéni szinten szakmai projekttervként működnek, amihez az egyén háziorvosa szakmai szolgáltatói csapatot delegál. A feladatok elosztása kompetencialapon történik a szubszidiaritás elvét követve, minden esetben a klinikai szakmai irányelvekre alapuló egészségügyi szervezési szakmai irányelvek által meghatározott lehetséges kezelés folyamatok személyre szabásával

Jelen vizsgálat célja adatokat gyűjteni a működés tesztfázisában annak érdekében, hogy az új rendszer modellezésével bemutassuk egészségértékbeli nyereségeit, valamint a költségek átcsoportosításának lehetőségeit.

### 2. Háttér

Az új alapellátási modell, a Lakóhelyközeli Egészségszolgáltatások rendszere a közösségi szinten releváns egészségügyi és határterületi szolgáltatók funkcionális (horizontális, vertikális és interszektoriális) integrációjára épül, amelynek gerincét az egészségügyi járóbeteg-ellátás jelenleg is működő intézményei (egészségügyi alapellátás – háziorvosi, házi gyermekorvosi, fogászati, ügyeleti és védőnői ellátások, otthoni szakápolás; járóbeteg szakellátás, gondozóintézeti ellátások, gyógyszerellátás, egészségfejlesztési ellátások) adják, különös tekintettel a háziorvosi ellátásra és a járóbeteg szakellátásra. Ehhez illeszkednek azok az új egészségügyi ellátási formák, amelyek korábban nem működtek, esetlegesen vagy alulfejlettek voltak (elsősorban az egészség-megelőzés és a prevenció területén, de ide tartozik a virtuális térben megvalósuló szolgáltatások fejlesztése is, valamint minden innovatív, hiánypótló szolgáltatásfejlesztési program), továbbá az egészségügyi ellátásokkal egységet képező határterületi szolgáltatások is (pl. szociális ellátás).

A funkcionális integráció lépésről lépésre valósítható meg. Alapvetően a közösségi kezdeményezésekre támaszkodik, melynek jogszabályi lehetőséget és finanszírozási ösztönzést szükséges biztosítani. Ezentúl nagy szükség van az önszerveződés folyamatának támogatására annak érdekében, hogy valóban a közösségi igényeknek

megfelelő szolgáltatások kerüljenek kialakításra. Az integráció végterméke a szakmai közösségek hatékonyan működő formája, amely a közösségi szintű egészség ápolásáért felelős integrált szolgáltatási egység.

**A kis közösségek egészség-szolgáltatási alapegységeit támogató egységek a közösségi egészség-szervezési központok:** ezen központok a következő szolgáltatásokat nyújtják az egészségápolási egységeknek:

- közösségi szükségleteknek és hatékonyságnövelésnek megfelelő fejlesztési irányok meghatározása
- operatív működési támogatás
- az ellátások folytonosságának biztosítása érdekében a betegutak monitorozása, az ellátások szervezése
- népegészségügyi kompetencián és egészségkommunikációs ismereteken alapuló egészségfejlesztés
- részletes közösségi egészségtervezés
- indikátor alapú eredményesség elemzés és értelmezés
- egészség-szervezés, interszektoriális integrációs tevékenységek összehangolása
- minőségbiztosítás

### **3. A vizsgálat célja**

**Az egészségterven alapuló szolgáltatások hatását vizsgáljuk hét pácienscsoportban.**

- 1. Egészségesek egészségterve témában az egészségélmény változását.**
- 2. Diabétesz és diabétesz gyanú témában a testtömeg, HbA1C, és egészségélmény változását.**
- 3. Osteoporózis témában esésmegelőzés hatását az esések számára, valamint az egészségélmény változását.**
- 4. Gyermek kardiovaszkuláris rizikószűrés témában az adatgyűjtés teljességét és a szülő egészségélményének változását.**
- 5. COPD témában a CAT érték változását, a dohányzás rövid távon mért abbahagyását és az egészségélmény változását.**
- 6. Onkológiai éberség témában emlőrák esetében az emlő önvizsgálat oktatása nyomán megvalósuló önvizsgálatot és az egészségélmény változását;  
colorectális tumor esetében a gyanú felismerését követő onkológiai centrumba küldések számát és az egészségélmény változását**
- 7. Stroke esetében a rehabilitáció igénybe vételének hatását a beteg állapotára**

### **4. A vizsgálat elrendezése**

- a) Önkontrollos vizsgálat a bevonás, 3 hónap és 5 hónap elteltével végzett mérésekkel a 1. – 5. témákban**

- b) Aktív és kontroll összehasonlítása
- 5. Vizsgálati centrumok  
900 háziorvos országosan önkéntes jelentkezés alapján
- 6. Vizsgálati alanyok
  - 6.1. Bevont betegek száma 50.000
  - 6.2. Betegbevonás módja, betegtájékoztató és beleegyezés
    - A háziorvos von be pácienseket a saját praxisából
    - a) egy témában az aktív karban az 1.- 6. témában
    - b) egy másik témában a kontroll karban az 1. – 6. témában
    - c) 7. témában csak aktív karos bevonás történik
- 7. A vizsgálat időtartama  
2015. április 1. -2015.szeptember 3.
- 8. Vizsgálat módszertana és menete

#### 8.1. COPD

**Cél:** A kifejlesztésre került COPD egészségszervezési szakmai irányelv alkalmazásának hatásvizsgálata a benne szereplő kulcskezelések személyre szabásával.

**Menete:** A bevont betegeknek egészségtervet készít a háziorvos, amihez kezelési tervet rendel a beteg szükséglete, a tesztben helyileg rendelkezésre álló szolgáltatás – mozgásprogram vagy pszichoterápiás csoport – és a beteg együttműködése szerint. Ezt követően a kezelési terv megvalósulását és az indikátorokat követjük 3 és 5 hónap elteltével történő ellenőrző mérésekkel.

**Beavatkozás:** Egészségterv készítése, ehhez kapcsolódóan kezelési terv készítése, csoportos mozgásprogram vagy dohányzás leszokást támogató pszichoterápiás csoport, dohányzás leszokás telefonos program.

Csoportos mozgásprogram alteszt

Dohányzás leszokást támogató pszichoterápiás csoport alteszt/Dohányzás leszokás támogatás telefonon keresztül alteszt

**Bevont egyének száma** (csoportos mozgás alteszt): teszt csoport: 1,600, Kontroll csoport: 1,600

**Bevont egyének száma** (dohányzás leszokást támogató pszichoterápiás csoport alteszt/Dohányzás leszokás támogatás telefonon keresztül alteszt): teszt csoport: 1,600, Kontroll csoport: 1,600

#### Bevonási kritériumok:

- COPD-vel diagnosztizált egyének (lakóhely szerint a praxisközösségekhez tartozó páciensek)
- COPD-vel diagnosztizált egyének, akik dohányosok (lakóhely szerint a praxisközösségekhez tartozó páciensek)

**Kizárási kritériumok:**

- IV-es fokozatú COPD-s egyének

**Workflow:**

Tevékenység	Adatfelvétel módja	Tesztcsoport	Kontroll csoport
Vizit 1/Bevonás/0 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
CAT	2	x	
Beleegyező nyilatkozat	2, 3	x	x
Egészségélmény kérdőív	1	x	x
Vizit 1 és Vizit 2 között			
Csoportfoglalkozáson való részvétel - online jelenléti ív	4, 5	x	
Dohányzás leszokást rögzítő napló	1	x	
mozgás napló	1	x	
Esemény percepcióját mérő kérdőív	1	x	
User experience kérdőív (inhalátor)	1	x	
Vizit 2/3 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
CAT	2	x	
Egészségélmény kérdőív	1	x	x
Vizit 3/5 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
CAT	2	x	

önkitöltős kérdőív az egyén által	1
házi orvos	2
praxisnővér	3
tüdőgondozó	4
gyógytornász	5

**8.2. Diabetes**

**Cél:** A kifejlesztésre került egészségtervező program alkalmazásának hatásvizsgálata.

**Menete:** A bevont betegeknek egészségtervet készít a házi orvos, benne cselekvési tervvel. Ezt követően a cselekvési terv megvalósulását és az indikátorokat követjük 3 és 5 hónap elteltével történő ellenőrző mérésekkel.

**Beavatkozás:** Egészségterv készítése, ehhez kapcsolódóan cselekvési terv készítése. Ennek részeként a [www.kaloriabázis.hu](http://www.kaloriabázis.hu) oldal alkalmazásával az önmonitorozás támogatása.

Egészséges, de glükóz intoleranciára hajlamos egyének kiszűrése és orális diabetikummal kezelt egyének kockázatának csökkentése önmanagement program bevezetésével és magasfokú beteg edukáció alkalmazásával

**Bevont egyének száma** teszt csoport: 3,300, Kontroll csoport: 3,300

**Beválasztási kritériumok:**

- 2-es típusú cukorbeteg, 18-65 év között
- egészséges egyének, 18-65 év között

- Kezelt, egyensúlyban levő T2 diabetes mellitus (gyógyszermódosítás nem volt az elmúlt 3 hónapban)
- Éhomi vércukor: 3.9-7.2 mmol/l körüli, étkezés után <10 mmol/l körüli, HgA1c: <7 % között (fontos a kielégítő szénhidrátháztartás, hiszen a vizsgálat alatt a gyógyszeres terápián nem kívánunk változtatni, inzulint nem indíthatunk)
- Diétás vagy orális antidiabetikumon lévő betegek (metformin; metformin+sulfanilurea, DDP4-gátlók, stb.)
- BMI 25-30 kg/m<sup>2</sup> között
- A beteg rendelkezik számítógépes elérhetőséggel, számítógépes alapismeretekkel, készség szinten kezeli az Internetet

#### **Kizárási kritériumok:**

- Inzulinos (analóg vagy humán) 2-es típusú cukorbeteg
- 1-es típusú cukorbeteg, terhességi diabetes, egyéb okú diabetes (pl. pancreatogén, gyógyszer indukálta, endokrin betegséggel összefüggő, MODY, stb.)
- rossz compliance (nem jár kontrollra, nem vezeti a vércukornaplóját, stb.), elégtelen szénhidrátháztartás (éhomi vércukor > 7.2 mmol/l, étkezés után > 10 mmol/l, HbA1c > 7 %)
- kórelőzményükben ISZB, angina pectoris, súlyos ritmuszavar (pl. pitvari fibrillatio) (nincs nyugalmi falmozgászavar, EF>50 %)
- kórelőzményében szerepel AMI, CABG, stent, bypass
- diabeteses proliferatív retinopathia (egy éves szemészeti lelet)
- súlyos diabeteses nephropathia vagy egyéb okú súlyos veseelégtelenség (GFR>45)
- terhes, szoptat
- májelégtelenség (GOT, GPT normális)
- ismert pajzsmirigy betegség (sTSH normális)
- egyéb endokrin betegsége van (pl. acromegalia, Cushing-szindróma, phaeochromocytoma, hyperthyreosis)
- súlyos genetikai betegsége van(pl. Down-sy, Klinefelter-sy, stb.)
- Antikoagulánst (kumarin, LMWH, Xarelto/Pradaxa) szed
- Immunmoduláns, immunszuppresszáns gyógyszert szed
- (aktív) daganatos betegsége van
- autoimmun betegsége van
- súlyos, előrehaladott COPD-je (FEV1>50%) van
- súlyos diabeteses polyneuropathia, súlyos avtg-i érzőűkület van(pl. amputált láb, súlyos alsóvégtagi fekélyesség, stb.)

## Workflow

Tevékenység	Adatfelvétel módja	Tesztcsoport	Kontroll csoport
Vizit 1/Bevonás/0 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Beleegyező nyilatkozat	2, 3	x	x
Egészségélmény kérdőív	1	x	x
Egyéni egészségterv Findisc kérdőívvel	1	x	
Laboradatok rögzítése	2	x	
Vizit 1 és Vizit 2 között			
Esemény percepcióját mérő kérdőív	1	x	
User experience kérdőív	1	x	
Vizit 2/3 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Laboradatok rögzítése	2	x	
Egészségélmény kérdőív	1	x	x
Vizit 3/5 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Laboradatok rögzítése	2	x	

önkitöltős kérdőív az egyén által	1
házi orvos	2
praxisnővér	3

### 8.3. Egészségesek egészségtervének elkészítése

**Cél:** A kifejlesztésre került egészségtervező online szoftver alkalmazásának hatásvizsgálata.

**Menete:** A bevont egyén egészségtervet készít egyedül és/vagy a háziorsosa támogatásával, benne cselekvési tervvel. Ezt követően a cselekvési terv megvalósulását és az indikátorokat követjük ellenőrző mérésekkel.

**Beavatkozás:** Egészségterv készítése, ehhez kapcsolódóan cselekvési terv készítése. Az egyént az OEFI által rendelkezésre bocsátott és az egészségtervező szoftveren keresztül elérhető egészségfejlesztési dokumentumokkal támogatjuk.

Egészséges egyénnel állapotfelmérő kérdőív és egyéni egészségtervek kitöltetése. Egészséges egyénnel pszichoszociális kérdőív kitöltetése. A kitöltés támogatása. Személyes találkozó keretében a kitöltés után követése tanácsadással/coachinggal.

**Bevont egyének száma** teszt csoport: 10,000, Kontroll csoport: nincs

**Beválasztási kritériumok:**

- a magukat egészségeseknek való egyének

**Kizárási kritériumok:** nincs

## Workflow

Tevékenység	Adatfelvétel módja	Tesztcsoport
Vizit 1/Bevonás/0 hónap		
Gyógyító élmény kérdőív	2	x
Beleegyező nyilatkozat	2, 3	x
Egészségélmény kérdőív	1	x
Egyéni egészségterv	1	x
Pszichoszociális kérdőív	4	x
Vizit 1 és Vizit 2 között (bevonás után 1 héttel)		
User experience kérdőív	1	x
Vizit 2/3 hónap		
Gyógyító élmény kérdőív	2	x
Egészségélmény kérdőív	1	x
User experience kérdőív	1	x

önkitöltős kérdőív az egyén által	1
házi orvos	2
praxisnővér	3
pszichológus	4

### 8.4. Kardiovaszkuláris rizikószűrés iskoláskorban

**Cél:** A kifejlesztésre került egészségtervező program alkalmazásának hatásvizsgálata.

**Menete:** A bevont gyermekek számára állapotfelmérést készít a házi orvos az egészségtervet részeként. A gyermek és a szülő a családi kórtörténetet kiegészíti az egészségtervben. Ezt követően a házi orvos elvégzi a kardiovaszkuláris kockázatbecslést, felméri a szülő együttműködési hajlandóságát és cselekvési tervet készít a gyermek részére. A kockázatbecsléshez rendelkezésre álló adatok és információk teljességét vizsgáljuk.

**Beavatkozás:** Kardiovaszkuláris kockázatfelmérés és cselekvési terv elkészítése.

Alapvető cél egy jól használható adatbázis létrehozása a szülő aktív bevonásával, amely a teljes családra vonatkozó és fellelhető anamnesztikus adatokra építve felméri a páciensre vonatkozó kockázatokat, majd végigkíséri életét és elérendő célt határoz meg egy cselekvési terv alapján.

Alapot teremt a gyermekkori prevenciók tevékenységek lakóhelyközeli megvalósítására minden település típus esetén.

Fontos a háziorvosi alapellátás keretében végzett egészségi állapotfelmérés, kötelező életkorhoz kötött szűrővizsgálatok módszertani fejlesztése a szülők és gyermekek együttes aktív közreműködésével.

Nem cél az elkészült egészségterv betartásának követése

**Bevont egyének száma** teszt csoport: 3,300, Kontroll csoport: 3,300

**Beválasztási kritériumok:**

- Iskoláskorú gyerekek és szüleik

**Kizárási kritériumok:** nincs

**Workflow**

Tevékenység	Adatfelvétel módja	Tesztcsoport	Kontroll csoport
Vizit 1/Bevonás/0 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Szülői beleegyező nyilatkozat	2, 3	x	x
Egészségélmény kérdőív	4	x	x
Anamnézis, életmód és állapot kérdőív	2	x	
Vizit 2/2-6 hét elteltével			
Bevonhatóság kérdőív	2, 4, 5	x	
Egyéni kockázati egészségterv készítése	2	x	
Egészségélmény kérdőív	4	x	x

önkitöltős kérdőív az egyén által	1
házi orvos	2
praxisnővér	3
szülő	4
gyerek	5

**8.5. Onkológiai éberség**

**Cél:** Az emlőrák és a colorectalis tumorok minél korábbi felismeréséhez rendelkezésre álló egy-egy eszköz gyakorlati alkalmazásának vizsgálata.

**Menete:** Emlőrák esetében emlő önvizsgálat oktatása a praxisban, colorectalis tumor esetében tumorgyanú tünete esetében azonnal onkológiai centrumba küldés.

**Beavatkozás:** Emlőrák esetében emlő önvizsgálat oktatása, colorectalis tumor esetében a házi orvosnak adott tumorgyanú tünetlista szerint onkológiai centrumba küldés.

A teszt célja, hogy növeljük az onkológiai éberséget a colorectalis és emlőrák rizikóval rendelkező betegcsoportokban. A tesztben figyelemfelhívásra, páciens edukációra és az érintett korcsoportok szűrési hajlandóságának mérésére kerül sor. A teszt várható eredményterméke a felismerés és a diagnózis közötti idő lerövidítése illetve a praxison belüli szűrési részvétel elősegítése.

A tesztnek nem célja diagnózis felállítása illetve a rizikóval nem rendelkező egyének vizsgálata.

**Bevont egyének száma** teszt csoport: 4,000, Kontroll csoport: 4,000

**Beválasztási kritériumok:**

- emlőrákkal kapcsolatban a 25 év feletti nők
- colorectális daganattal kapcsolatban a házi orvosnál megjelent egyének



**Kizárási kritériumok:** nincs

## Workflow

Tevékenység	Adatfelvétel módja	Tesztcsoport	Kontroll csoport
Vizit 1/Bevonás/0 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Beleegyező nyilatkozat	2, 3	x	x
Egészségélmény kérdőív	1	x	x
Emlőrák - önvizsgálat tanítás rögzítése(történt/nem történt)	2, 3	x	
Colorectális daganat: a Szent István Kórház által készített tünetlista követésének rögzítése (történt/nem történt)	2, 3	x	
Vizit 2/3 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Egészségélmény kérdőív	1	x	x

önkitöltős kérdőív az egyén által	1
házi orvos	2
praxisnővér	3

### 8.6. Osteoporosis

**Cél:** A kifejlesztésre került egészségtervező program alkalmazásának hatásvizsgálata.

**Menete:** A bevont betegeknek egészségtervet készít a házi orvos, benne cselekvési tervvel. Ezt követően a cselekvési terv megvalósulását és az indikátorokat követjük 3 és 5 hónap elteltével történő ellenőrző mérésekkel.

**Beavatkozás:** Egészségterv készítése, ehhez kapcsolódóan cselekvési terv készítése. Ennek részeként esésmegelőzés torna megtanítása és az önmonitorozás támogatása.

#### „NE TÖRJ ÚJRA! Az osteoporosis talaján kialakuló törések prevenciója

A vizsgálat célja, hogy az osteoporosis diagnosztikája és terápiája témában megszületett szakmai protokollon alapuló és az adott egészségszervezési szakmai irányelvben megfogalmazott lépések egy **meghatározott szakaszának** a gyakorlatban lekövessük.

A vizsgálat során **2.500 egészségterv** részben önálló illetve **támogatással** történő elkészítést és az erre a célra kifejlesztett online felületen történő rögzítését tervezzük. A vizsgálatban, az egészségtervek mellett az egyéni aktivitást rögzítő **egészségnapló** is alkalmazásra kerül, ami szintén online felületen lesz rögzítve az egyén által, szükség esetén a családtagok támogatásával.. Az abban rögzítendő egyéni aktivitások a napi mozgásra, étkezésre és életvitel területekre irányulnak, akár egyéni akár csoportos formában valósulnak meg.

Dokumentáljuk a teszt csoportokban alkalmazott **gyógyszerelést**, a teszt időszakban felkeresett szakellátásokat és az ott elvégzett **beavatkozásokat**.

**Csoportos** és megfelelő kritériumok fennállása esetén **egyéni gyógytorna** foglalkozásokat indítunk minél több egyén részére, heti gyakorisággal.

Mérjük az egyének **mobilitását** és az **esések** előfordulását a teszt időszak elején és végén. A teszt időszak rövidege ellenére e két mutató tekintetében kimutatható javulást várunk a megfelelő aktivitást mutató egyéneknél.

**Bevont egyének száma** teszt csoport: 3,300, Kontroll csoport: 3,300

#### Beválasztási kritériumok:

- 65 év feletti nők, és férfiak,
- ismert osteoporosis diagnózissal, akiknél még nem volt törés
- ismert osteoporosis diagnózissal, akiknek már ezzel összefüggésbe hozható típusos törése volt
- akiknek az elmúlt egy évben, kis erőbehatásra lezajlott törése volt (osteoporosis kockázat)

**Kizárási kritériumok:** Nincs

#### Workflow

Tevékenység	Adatfelvétel módja	Tesztcsoport	Kontroll csoport
Vizit 1/Bevonás/0 hónap			
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Beleegyező nyilatkozat	2, 3	x	x
Egészségélmény kérdőív	1	x	x
Állapot felmérő kérdőív	2, 3	x	
Egyéni egészségterv plusz speciális kérdésekkel	2, 1	x	
Gondozási, kezelési terv	2	x	
A tesztelés során alkalmazott szakmai kalkulátorok, felmérő-tesztek, próbák	2	x	
Vizit 1 és Vizit 2 között			
User experience kérdőív (1 hét elteltével)	1	x	
Esemény percepcióját mérő kérdőív	1	x	
Egészségnapló – a gondozási tervben meghatározott szolgáltatások működtetése, egyéni aktivitás rögzítése	1	x	
Vizit 2/3 hónap			
Állapot felmérő kérdőív	2	x	
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	
Egészségélmény kérdőív	1	x	x
Vizit 3/5 hónap			
Állapot felmérő kérdőív	2	x	
Gyógyító élmény kérdőív	2	x	

önkitöltős kérdőív az egyén által	1
házi orvos	2
praxisnővér	3

### 8.7. Stroke rehabilitáció

**Cél:** Esetleírások feldolgozásával és a betegek aktuális funkcionális állapotának felmérésével vizsgálni a különböző jellemző rehabilitációs szolgáltatási utak hatását a funkciókra.

**Menete:** A háziorvos a nála lévő betegdokumentáció alapján esetleírást készít, amit lehetőség szerint kiegészít a betegnél lévő információ, pl. intézeti zárójelentés alapján, valamint elvégzi az állapotfelmérést.

**Beavatkozás:** Állapotfelmérés, adatgyűjtés. Ebben az altesztben nincs két kar.

A teszt fő célja a stroke betegek kezelésével kapcsolatos rehabilitációs szükséglet felmérése valamint javaslat tétel a szolgáltatási hiányok megszüntetésére. Továbbá ahol reális, ott célunk mérni a rehabilitáció egyes elemeinek egészségi állapotra gyakorolt hatását is.

A projektnek nem célja rehabilitációs szolgáltatást szervezni az elkészült egészségügyi irányelv alapján.

**Bevont egyének száma** teszt csoport: 5,800, Kontroll csoport: nincs

**Beválasztási kritériumok:**

- lakóhely szerint a praxisközösséghez tartozó poszt akut stroke betegek

**Kizárási kritériumok:** nincs

#### Workflow

Tevékenység	Adatfelvétel módja	Tesztcsoport
Vizit 1/Bevonás/0 hónap		
Beleegyező nyilatkozat	2, 3	x
Esetnapló: stroke-on átesett betegek historikus követése	2, 3	x
Állapot felmérő kérdőív az elérhető betegeknél	2	x

önkitöltős kérdőív az egyén által	1
háziorvos	2
praxisnővér	3

### 9. Adatok kezelése

#### 9.1. Betegek azonosítása

A betegek TAJ számát rögzítjük és hatjegyű egyedi azonosítót kapnak, amelynek első két jegye a földrajzi területi egységet, a harmadik és negyedik jegye a területi egységen belüli háziorvost, az ötödik és hatodik jegye a háziorvosnál bevont bevont egyén sorszámát jelöli. A hatjegyű azonosító alapján történik a különböző adatbeviteli felületek adatbázisainak kommunikációja és egyesítése

### 9.2. Adatgyűjtés módja, adatbázis

Az adatokat online elérhető kérdőívekkel és űrlapokkal gyűjtjük. Ezek az egészségtervező szoftver a kezelési tervező szoftver, a projekt webiroda űrlapja és online kérdőív szoftver. Az adatbázis az ÁEEK infrastruktúráján készül.

A teszt lezárását követően az OEP adatbázisából bekérjük az egyéni szintű ellátási adatokat 24 hónapra visszamenően.

### 9.3. Személyes adatok védelme, személyes adatok kezelése

A személyes adatok védelmét és a személyes adatok kezelését az ÁEEK erre vonatkozó szabályzatai szerint végezzük.

## 10. Eredmények értékelése

A meghatározott indikátorok alapján értékeljük egyéni szinten a kezelési , illetve cselekvési tervek megvalósulásának mértékét;  
a bevonáskor és három hónap elteltével mért egészségélmény változást;  
a bevonáskor, három hónap elteltével és öt hónap elteltével a mért medikális mutatók változását;  
valamint  
altémánként az aktív és kontroll karok közötti eredménykülönbségeket;  
összefüggésvizsgálatokkal az egyes egészségügyi szervezési megoldások hatását;  
és ezek mellett dinamikus modellezéssel hatásbecslét végünk.

## 11. Etikai elvek

### 11.1. Etikai Bizottság

A TUKEB engedély birtokában indul el a vizsgálat és a Helsinki deklaráció betartásra kerül.

### 11.2. Beleegyező nyilatkozat

Minden beteg írásos beleegyezést ad, valamint a beteg bármikor, indoklás nélkül visszavonhatja beleegyezését.

### 11.3. költségtérítés

A bevont egyének nem kapnak költségtérítést.

## 12. Minőségbiztosítás

A kérdőívek programozása támogatja a minőségellenőrzést, az adatok konzisztenciáját ellenőrizzük és jellemezzük.

## 13. Publikáció

A projekt eredményeit a záródokumentációban adjuk közre teljes terjedelemben. A szakmai és nyilvános kommunikációról az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága dönt.