



EFOP-2.2.0-16-2016-00002

**„Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer
infrastrukturális feltételeinek fejlesztése” kiemelt projekt**

VI. Alprojekt értékelés 1. részfeladat

**Az ellátás értékelési szempontjainak azonosítása, a
szempontrendszer alapján értékelési eszköz létrehozása és
annak alkalmazása**

Készítette:

**Prof. Dr. Nagy Beáta Erika, Dr. Oláh Róza, Dr. Szabó Éva, Józsa Tamás,
Kató Szabolcs, Dr. Varga Tamás, Dr. Kovács László, Dr. Murányi István,
Szele Anna Szabina**





Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS	3
2. Nemzetközi és hazai szakirodalom tanulmányozása, elfogadott „betegelégedettségi” és „ellátás-elégedettségi” mutatók azonosítása és a lehetséges adatgyűjtési források feltérképezése.....	5
2.1. A betegelégedettséget vizsgáló nemzetközi szakirodalom kutatást meghatározó kulcsszavak..	5
2.2. A betegelégedettség vizsgálatának előnyei és nehézségei.....	5
2.3. A nemzetközi irodalom alapján összefoglalás az alkalmazott eszközökről és módszerekről ..	11
2.4. A hazai egészségügyi ellátórendszer áttekintése	17
2.5. Kitekintés az oktatási és szociális területen alkalmazott gyakorlatra	19
2.6. A jó gyakorlat elvének megfelelő elemzése a gyermekpszichiátriai területen használt kérdőívnek	20
2.7. A tervezett kérdőív összeállításának elméleti területei.....	22
2.8. Összefoglalás	23
3. Célcsoportok ismert jellemzőinek meghatározása. Szülő, gyerek (2 korosztály, 10-14,14-18 év), ellátó személy (orvos, pszichológus, gyógypedagógus stb.).....	24
3.1. A szülők csoportjának jellemzői betegelégedettség mérés szempontjából.....	24
3.2. A serdülők/gyermekek csoportjának betegelégedettségi jellemzői	26
3.3. A szakemberek csoportjának jellemzői különböző attitűdvizsgálatok tükrében	28
3.4. A team munka jellemzői	29
3.5. ÖSSZEFOGLALÁS	31
4. A célcsoportokra optimalizálva elégedettséget mérő/jelző szempontrendszer meghatározása beleértve a problémával kapcsolatos viszonyulást a bekerülés körülményeit, hány ellátóval került kapcsolatba, infrastrukturális viszonyok, ellátó-beteg kapcsolat, kommunikáció, ellátás hatékonysága.....	32
5. KÖVETKEZTETÉS	39
IRODALOMJEGYZÉK	40



1. BEVEZETÉS

Az egészségi állapot dimenziói a testi, lelki, szociális jóllét, és társas együttélés minőségével mérhető.

A gyermek-és ifjúságpszichiátriai egészségügyi szolgálat a gyermek komplex ellátását végzi. A bio-pszichoszociális jóllét és társas együttélésének területét érinti, e területeken végbemenő minőségi változással mérhető az egészségügyi ellátórendszer hatásossága.

Az ellátórendszer eredményessége függ attól, hogy megvannak-e a működésének tárgyi és személyi feltételei. Fontos azon területek mutatóinak a felmérése is, akikkel a gyermek ellátása során kapcsolatba kerül, és a rendszer eredményességét és hatásosságát a területek közötti együttműködést feltárhatja és összehasonlíthatja.

Az egészségügyi ellátó rendszer hatásosságának személyi tényezői Balatoni (2014) szerint:

- Mérhető, hogy milyen az ellátást végzők szakmai felkészültsége, szakképzettsége, szakemberekből álló team összetétele, továbbképzési és tudományos munkavégzése.
- Feltárható milyenek az ellátandó populáció morbiditási mutatói (milyen állapotban, mely tünetek jelentkezését követően mikor jelentkeznek segítő szolgálatnál, szakembernél).
- A betegellátás és az ellátásszervezés minőségét megmutatja az is, hogy milyen utat járnak be a betegek, míg szakemberhez kerülnek.

Az egészségügyben a korábbi, biológiai fókuszú ellátás, a hierarchikus orvos-beteg kapcsolat fokozatosan megszűnőben van, a szemlélet megváltozott. A bio-pszicho-szociális komplex beteg ellátás elterjedése megváltoztatta a gyógyító személyzet és a beteg közötti kapcsolatot is. A kapcsolatrendszer személyesebbé vált, ami a korábbi alá-fölérendeltség mellérendeltségével jellemezhető, a beteget és családját a lehetőségekhez mérten bevonjuk a döntéshozatalba. Ez nemzetközi tendenciaként és hazai gyakorlatként is megfigyelhető. Ugyanennek a kapcsolatnak egy másik dimenziója is érzékelhető, gazdasági szempontból a betegellátás szolgáltatásként jelenik meg, de minden esetben vizsgálni kell a különböző prevenciók intézkedések hatását is. Erre vonatkozó vizsgálatokat a serdülők csoportjában az ESPAD és HBSC kutatások során végeztek, adataikból lehet látni a tendenciákat, mint azt a gyermekek és fiatalok kóros szerhasználatahoz kapcsolódó szakmai irányelv is tartalmazza. Nagyobb hangsúlyt kap a kommunikáció mikéntje. Nem csak az számít, hogy a szakember mit mond el, hanem az is,



hogyan ebből a kezelést igénylő páciens, és kiskorúak esetén a gondozó/ szülő mit és hogyan ért meg (Geanellos, 2002). A páciens részt vesz a betegsége kockázatainak megismerésében, kezelésének elfogadásában, tehát döntési helyzetbe kerül a terápia megkezdésekor. A betegelégedettség, különösen a mentális zavarokkal küzdő betegeknél, segíti a gyógyulást. Fontos a páciens aktív részvétele a terápiában. (Marriage és Worling, 2001; Geanellos, 2002) A szülőt és gyermeket egyenrangú partnerként kezeljük, aki így a lehetőségekhez mérten kerül döntéshelyzetbe. A beteg egészségről alkotott képe tovább segíti őt a sikeres, adaptív viselkedésben, az ellátórendszer nyújtott ellátások elfogadásában. Az egészségtudatosság kialakulása és fejlesztése az egészségügyi ellátások hatásosságát növelheti.

Ezen elméleti megfontolások alapján választottuk a projektben létrehozott és a fejújított strukturális átalakításban résztvevő egészségügyi intézmények teljesítményének mérésének egyik eszközeként a betegelégedettségi, ellátás elégedettségi mutatók kidolgozását, és a vizsgálatokra kialakított mérőeszközeinket.

A betegelégedettségi kérdőívek az ellátórendszerrel kapcsolatos szükségletekre, igényekre és elvárásokra mutatnak rá. A gyermekpszichiátriai ellátásban részesülő gyermekek és szüleik szempontjából milyennek ítélik meg a gyermekpszichiátriai ellátást, illetve magát az ellátórendszert, az itt dolgozó szakemberek munkáját, viselkedését, kommunikációját és attitűdjeit.

A dolgozókra vonatkozó elégedettségi mutatók a munkahellyel kapcsolatos szükségletekre, igényekre, az attitűdökre mutatnak rá.

Az ellátás elégedettségi mutatóit mérő kérdőívek, tartalmazzák az orvos-beteg, az egészségügyi szakszemélyzet és beteg, valamint az egyéb ellátórendszeri szereplők (egyéni és intézményi szinten is) egymás közötti kommunikációjával kapcsolatos elvárásokat, így ezeknek a kérdéseknek a felmérése is alkalmas az egészségügyi ellátás páciens szempontú értékelésére..

A projekt zárását követően, a GANTT tábla alapján, az 1 éves vizsgálatok lezárását követően, 3 helyszínen dolgozói és kliens elégedettségi felmérést végzünk, mind az új ellátó rendszerek, mind a strukturális átalakításban működő egészségügyi ellátó rendszerek területén.



Az adatok értékelését elvégezzük, elemezzük és hasznosítjuk a betegellátás folyamatának javítása érdekében.

2. Nemzetközi és hazai szakirodalom tanulmányozása, elfogadott „betegelégedettségi” és „ellátás-elégedettségi” mutatók azonosítása és a lehetséges adatgyűjtési források feltérképezése

2.1. A betegelégedettséget vizsgáló nemzetközi szakirodalom kutatást meghatározó kulcsszavak

Nemzetközi szakirodalmi adatokban nagy adatbázisokkal dolgozó Cochrane tanulmányok – systematic review – alapján megfigyelhető, hogy az általános beteg elégedettségi tanulmányokban, ahol egész intézményekre vonatkozó adatok feldolgozása történik, az inputban gyakran olvasható a kizárási kritériumok közt a pszichiátriai betegek kizárása. Azok a vizsgálatok, melyek a mentális zavarokkal küzdő betegcsoport(ok) elégedettségének mérésével foglalkoznak, elkülönülten csak ezen a terület szakirodalmában elérhetőek. A válogatásban ezért a Cochrane adatbázisban megjelent 2013-2015-ben megjelent review-kat válogattuk, mivel ezek számos cikket foglalnak össze tudományos szemszögből elemezve. Csak a pszichiátria témakörben, *mental health, psychiatric disease, children, youth* kulcsszavak és szinonimák alapján kerestünk.

2.2. A betegelégedettség vizsgálatának előnyei és nehézségei

Habár számos kutatás foglalkozott már a betegek egészségügyi ellátással kapcsolatos tapasztalatainak mérésével, ennek kapcsán még nem jött létre egyértelmű konszenzus arról, hogy pontosan milyen módszerrel és eszközzel kellene mérni a betegelégedettséget és milyen módon használhatók fel a kapott adatok. A jelen tanulmány célja az volt, hogy a szerzők (1) áttekintsék, mit lehet tudni az eddigi mérőeszközökről és (2) összefoglalni azokat az elméleteket, amelyek a betegek tapasztalataihoz kapcsolhatók.

Ma, bár elterjedt gyakorlat a betegelégedettség mérése, érdemes megfontolni, hogy a mellette szóló érvekkel szemben milyen ellenérveket ismerünk. Dr. Balatoni Ildikó (2014) Debreceni Egyetem Egészségügyi karának oktatója szerint ezek a következők: a használata mellett szól, hogy az eddigi kutatások alapján a szolgáltatások minőségének, az egészségügyi szolgáltatók



szervezeti és szakmai minősítőjének eszközeként jól bevált módszer, melyet a minőségirányítás területén is használhatunk. A szolgáltató egészségügyi rendszerek közötti versenyben a beteg, mint (igénybe)vevő jelenik meg, így az ő igényeinek ismerete - ami helyzeténél fogva egészen más megítélést jelent - segítheti a szolgáltatót szervezeti felépítése és szakmai munkája során. Éppen ez a sajátos helyzet azonban jelentős korlátot is okoz az eredmények felhasználásakor. Az aszimmetrikus információ nem csak a kommunikációt nehezíti meg, de torzíthatja a beteg értékelését is. Pl. a szakmai szempontból korrekt ellátás nem biztos, hogy népszerű is a betegek körében, a kellemetlen beavatkozások, maga a betegség ténye, de az ellátástól a kérdésig eltelt idő is módosíthatja az értékelést. Ebből a szempontból talán jó példa a gyógyszerek használatának kérdése. Ha a beteg nem szeretne „tudatmódosító gyógyszert” szedni, akkor ha ezt javasolja a szakorvos nagy valószínűséggel nem tart ki mellette a beteg, ugyanakkor az aktív pszichoterápiával szemben (ahol a páciensek is dolgozni kell a sikerért) a gyógyszeresedés kis aktivitásigénye a siker kulcsa lehet más beteg esetében. Ez egyben azt is jelzi, hogy a betegek kiemelhetik a negatív eseményeket, ami jelentős torzítást okozhat. A tapasztalat azonban inkább azt mutatja, hogy magas elégedettséget mérnek az ellátás minőségétől függetlenül, hiszen a mérési eredményeket számos egyéb tényező is befolyásolja. Ezek között vannak mintavételi kérdések: ki, mikor, milyen körülmények közt tölti ki a kérdőívet, ha önkitöltős, akkor nem biztos, hogy mindenki kitölti, különösen, ha az anonimitás nem biztosított, ha interjúzással veszik fel, a kérdezőbiztos szolgáltatótól való függetlensége is fontos tényező, hiszen egyébként a szolgáltató elvárása is befolyásolhatja az eredményt.

Fontos szerepet játszik a szolgáltatás megítélésében, hogy

- mennyire érhető el a szolgáltatás,
- mennyit és milyen körülmények között kell várakozni,
- mennyire udvariasak az egészségügyi személyzet tagjai,
- hogyan biztosított az intimitás a vizsgálatok, kezelések során,
- bizalmat kelt-e az orvos a páciensben,
- a vizsgálatok, beavatkozások mennyire kellemetlenek, fájdalmasak,
- milyen a kórházi infrastruktúra (kórterem, vizsgáló, váró, vizes blokkok állapota, stb.)
- mennyire segítette megőrizni, illetve helyreállítani az ellátás a páciens egészségét,



- milyen az orvos és a beteg közötti kommunikáció (amely az egyik leggyakrabban felmerülő panasz), ugyanakkor a panaszmentesség még nem jelent elégedettséget.

Felmerül tehát a kérdés, hogy a betegelégedettség mérése javíthatja-e a betegellátás minőségét? A betegelégedettségi vizsgálatok csak akkor érhetik el céljukat, a minőség javulását, ha a kapott adatokat feldolgozzák és az eredményt a döntéshozók felhasználják a fejlesztési terveinek megfogalmazása, döntései során.

Hogyan mérhetjük a betegelégedettséget?

A leggyakrabban használt módszer a kérdőíves megkérdezés, de ez is lehet interjú technikával felvett, vagy önkitöltős. Minden esetben alkalmazni kell a kérdőív szerkesztés szabályait. Jóval ritkábban kerül sor a megfigyeléses módszer, vagy dokumentáció áttekintés alapján végzett vizsgálatra.

Az elégedettségi vizsgálatok megvalósításának lépései a kérdőíves módszer használata esetén:

I. A vizsgálat kereteinek meghatározása:

- a vizsgálat célja
- a vizsgálat tárgya, területe;
- a vizsgálat módszere
- időpontja,
- a megkérdezettek köre,
- a kérdés formája,
- a kérdőív jellemzői.

II. A kérdőív összeállítása:

- a kérdéscsoportok meghatározása;
- a kérdések megfogalmazása; (a kérdőív legyen áttekinthető, egyszerűen kitölthető, jól érthető, ne legyen több oldalas)
- A kérdőívek tesztelése és szükség esetén módosítása

III. Az elégedettségi vizsgálat elvégzése



IV. Az elégedettségi vizsgálat kiértékelése

- A kitöltött kérdőívek feldolgozása.
- Az eredmények értékelése, javaslatok megfogalmazása
- Intézkedési terv készítése a javítás, jobbítás érdekében.

A legtöbb betegelégedettségi kérdőív az alábbi kérdésköröket tartalmazza:

Bevezető részben a kitöltőre vonatkozó szociodemográfiai adatokat és a vizsgálat helyszínére vonatkozó adatokat. Emellett szükséges egy rövid tájékoztatás, melyben nyilatkozni kell a vizsgálat céljáról, önkéntességéről, az adatok felhasználásáról

Ezt követően a szolgáltatásról alkotott véleményt kérdezzük meg, amiben az infrastrukturális és személyi feltételek aránya a vizsgálat céljától függően változhat.

A tárgyi feltételek: épületek, várók, eszközök, textíliák, munkaruhák, mellékhelyiségek tisztasága, felszereltsége mellett fekvőbeteg ellátás mérésénél az élelmezés is megkérdezésre kerül.

Az intézmény működési rendjére vonatkozó kérdések is itt szerepelhetnek: napirend, látogatás, kapcsolattartás, szabadidős tevékenységek, stb.

A személyzet munkájával kapcsolatos kérdések (általában külön az orvosok, ápolók és egyéb szakemberek, valamint a kisegítők) szerepelnek leghangsúlyosabban, beleértve a bekerülés körülményeire, a bent-tartózkodás idejére, az ellátás során tapasztaltakra és a kommunikációra vonatkozó kérdéseket.

Végül lehetőség van egyéb vélemény, javaslat, észrevétel megtételére is.

„A minőségirányítási rendszerek működtetésének kötelező eleme a vevők/betegek véleményének vizsgálata. Ugyanakkor csak akkor érdemes a felmérést elvégezni, ha a felső és középvezetés hangsúlyt fektet az eredmények áttekintésére és azok alapján fejlesztési intézkedések végrehajtását rendeli el” (Balatoni, 2014). Ez természetesen az egészségügyi személyzet számára is hasznos visszajelzéssel szolgálhat pl. a kommunikáció érthetőségének fejlesztése területén.

A minőség mást jelent a beteg (illetve a szülő), az orvos, illetve az egészségügyi intézmény fenntartójának szempontjából. A beteg számára akkor megfelelő az ellátás minősége, ha az az,



állapota megfelelő javulását eredményezi, ha kényelmesen hozzáférhető, ha az intézmény komfortja megfelelő, és ha a személyzettel való kapcsolattartás is a kielégíti az igényeit (Kaplan, 2001; Patternotte, 2016). Sajátos szempont a fiatalok egy részénél, hogy iskolaidőben jöhessenek vizsgálatra - igazolva ezzel a távolmaradást -, míg mások éppen ellenkezően nem szeretnék hiányozni, így számukra sokszor a hivatalos rendelési idő nem megfelelő. A fiatakorúaknak is gyakran fontos az ellátó személyzet személyisége, életkora, külső megjelenése (fehér köpeny effektus). Az orvos szempontjából akkor mondható, hogy megfelelő a szolgáltatás minősége, ha az az előírt és elvárható szakképzettség és felszereltség birtokában, a szakma írott és íratlan szabályainak betartásával történik és az ellátott számára a lehető legnagyobb objektív állapotjavulást eredményezi. A finanszírozó szempontjai között gazdaságossági tényezők állnak előtérben, vagyis szerinte akkor megfelelő a szolgáltatás nyújtása, ha a rendelkezésre álló erőforrások optimális felhasználásával, szakmailag hatásosan és gazdaságilag hatékonyan történik, tervezhetővé válnak a kiadások és a fejlesztési szükségletek.

Ezzel teljesen azonos szemléletűek LaVela (2014) cikkében megjelent elvek. A betegek elégedettségét a tapasztalat alapján kialakuló értékelés fogja meghatározni, amit azonban érdemes kicsit részletezni. Fontos tisztázni, hogy mit értünk a betegek tapasztalata alatt. Egy szervezeti kultúra által formált interakciók összességét, amely befolyásolja a betegek észleleteit az egészség-kontinuum mentén.

A méréshez kiinduló pontként ismerni kellene a sztenderd fogalmakat, illetve a mérhető indikátorok halmazát.

Manary és munkatársai (2013) három problémára világított rá a betegek értékeléseivel kapcsolatban:

- nem hiteles, mert nem vesznek részt a hivatalos egészségügyi tréningeken
- a betegek észlelete összekeveredhet olyan faktorokkal, amelyek nem kapcsolhatóak közvetlenül a folyamathoz
- a betegek tapasztalatai reflektálhatnak az egyéni igényeik megvalósulására/megvalósulatlanságára



Az első helyen említett aszimmetrikus információból adódó nehézség nemcsak az ellátás szakmai minőségének megítélését nehezíti, más dimenziók esetében is releváns.

Ezen nehézségek lehetséges megoldására a szülők és betegek részére betegtájékoztató anyagok biztosítása, szülőcsoportok szervezése lehet megoldás, ami azonban meglehetősen különböző eredményeket adhat. A betegtájékoztató anyagok írásos formában való elhelyezése az intézményben, és web-es felületen segít az aszimmetrikus információ okozta problémák kezelésében, segítheti a szolgáltatásokkal szembeni reális elvárások kialakítását, míg a szülőcsoportokban a „nem vagyok egyedül” és a „ha neki sikerült, nekem is jó lesz” érzések megélése mellett a segítő szerep pozitív hatásait is megélhetik a szülők. Ugyanakkor a visszajelzések alapján a szakemberek képet kaphatnak arról, hogy mi az amit sikerült a céljaik közül megvalósítani (pl. nőtt a beteg ismerete a betegségével kapcsolatban, ismeri és tudja a kezelési lehetőségeket, az ő saját szerepét a gyógyulás folyamatában), és milyen akadályok nehezítették ezen célok elérését.

A fontos visszajelzések:

- a beteg elégedettsége (értékelése a saját tapasztalatai alapján)
- a beteg észleletei, percepciói (ez jelenti a bemenetet a beteg tapasztalataihoz)
- a beteg elkötelezettsége az ellátás igénybevételével kapcsolatban (az a beteg elkötelezett, aki érzelmileg bevonódott vagy elkötelezett az egészségével és jóllétével kapcsolatban)
- a beteg részvétele (ez erőfeszítés, amelyet a beteg tanúsít egy adott egészségügyi interakció során)
- a beteg preferenciái (igények)
- transzverzális mérőeszközök/különböző kihívások/főbb problémakörök összegzése (külön kell választani a beteg tapasztalatait a többi esetleges transzverzális mérőeszköztől)

Megközelítések a betegek tapasztalatainak méréséhez/értékeléséhez

Egyes elméletek a különböző kérdőívek, interjúk, fókuszcsoportos beszélgetések, betegfórumok és informális visszajelzések eredményeit is magukba foglalják. Mások a betegek



véleményét formális panaszok, weboldalak kommentjei és az egészségügyi rendszer hivatalos értékeléseit veszik alapul.

- kevert módszerek: kvantitatív és kvalitatív módszereket egyaránt felhasználnak az elmélet felállításához. Teljes képet ad, és a kvantitatív és kvalitatív vizsgálat összevetésével kiderülhet, mely területek konvergálnak az észlelésekben
- kvantitatív: a betegek tapasztalatainak méréséhez használják, ezek a kérdőívek.
- kvalitatív: a mélyebb megértést szolgálják, az értékelő a strukturált kérdőívek korlátain túl mélyen beleláthat a betegek észleleteibe, pl. interjúk keresztül.
- néprajzi módszerek: a kutatók is bevonódnak annak érdekében, hogy megértsék a betegek nézeteit.
- „photovoice”: konkrét képek készítése történik, hogy vizuálisan interpretálhatóvá válhasson a vizsgált tárgy.
- „idegenvezetés”: a résztvevő megmutatja az értékelőnek a körülményeket, miközben megosztja vele a tapasztalatait.

A kvantitatív módszerek mellett szóló előny a lehetőség a nagy mintára, a kvalitatív módszerek pedig a mélyebb megértésben segítenek (Manary és mtsai., 2013).

2.3. A nemzetközi irodalom alapján összefoglalás az alkalmazott eszközökről és módszerekről

A Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet egy tanulmányban összefoglalta a kórházban kezelt betegek körében végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlatát (GYEMSZI, 2011). A tanulmány bemutatja, hogy a vizsgált országokban a felmérések során milyen jellemzői vannak a használatos kérdőíveknek, melyek a leggyakrabban előforduló témakörök, milyen módszereket használtak a felmérések során, és az eredmények felhasználására. A cél, hogy néhány megfelelően kiválasztott kérdés szerepeltetésével összehasonlíthatóak legyenek a különböző országokban készült felmérések. Az egészségügyi szolgáltatók számára a részvétel ezen felmérésekben az Európai Unió néhány országában kötelező, így az aktív ellátóknak az Egyesült Királyságban, Franciaországban, Dániában is. Ugyanakkor a kérdőív már lehet eltérő célját és a kérdések egy részét tekintve. Például aszerint, hogy az egészségpolitika, az egészségügyi vezetők számára készült vagy, a lakosság tájékoztatására azért, hogy nagyobb választási lehetőség biztosítson a betegeknek,



esetleg a szolgáltatások színvonalának emelése, vagy a minőséghez kapcsolódó anyagi ösztönzés volt a cél. Még az északi országokban sincs egységes gyakorlat, Norvégiában 53, Dániában 23 tételből álló kérdőívet használnak, míg a NORPEQ mindösszesen 8 kérdést tartalmaz.

Kevés a nemzetközi szinten összehasonlítható felmérés. A különböző országok eltérő gyakorlatot alkalmaznak, eltérő kérdőíveket használnak általában. De az északi országokban (Norvégia, Svédország, Finnország, Dánia, Izland) kidolgozott NORPEQ egy közösen használt standardizált kérdőív, amely egy közös minőségi indikátor-fejlesztési projekt keretén belül került kidolgozásra. Bár a kutatók szerint minden észak-európai országban alkalmazható a kórházban kezelt betegek tapasztalatainak felmérésére, és ezek összehasonlítására, mint látható még itt sincs egységes gyakorlat a projekt keretein túlmutatóan. Az angol nyelvterületen sem egységes a gyakorlat. Az Amerikai Egyesült Államokban a 27 kérdésből álló HCAHPS kérdőívet alkalmazzák. Az Egyesült Királyságban a Picker Institute Europe NHS Surveys 87 kérdéses kérdőívét használják, ezzel szemben Írországban az Irish Society for Quality and Safety in Healthcare 142 kérdéses kérdőívet alkalmaz. Franciaország 36 kérdés alapján, telefonon méri a kórházi betegek elégedettségét. Ausztriában 2010-ben 67 kérdéses kérdőívvel mérték az elégedettséget. Németországban a 2011 végén indult legnagyobb német kórházi betegelégedettségi felmérésben a Bertelsmann Alapítvány 15 kérdésből álló kérdőívet dolgozott ki (GYEMSZI, 2011).

A kérdőívekben az alábbi leggyakrabban előforduló területek jelentek meg:

- kórházi felvétel körülményei;
- ellátásokra való várakozás;
- ellátás fizikai körülményei;
- orvosok, ápolók kommunikációja;
- információnyújtás;
- betegek döntésekbe történő bevonása;
- fájdalomcsillapítás;
- a kórházi elbocsátással kapcsolatos kérdések.

Jellemző még, hogy számos kérdőívben szerepel a kórház általános értékelésével kapcsolatos kérdés, mint például a beteg probléma esetén szívesen visszatérne-e az intézménybe, illetve



ajánlaná-e a kórházat másoknak. Ezek mellett szükség van bevezető(pl. a betegfelvétel módjáról) és ellenőrző (volt-e fájdalma, azt hogyan kezelték) kérdésekre, valamint a válaszadó szocio-demográfiai jellemzőire történő információgyűjtésre is, így a válaszadó nemét, életkorát, egészségi állapotát, iskolai végzettségét, a kórházi újravételének gyakoriságát és a kórházak jellemzőit is figyelembe veszik még az elégedettségre vonatkozó eredmények értékelésekor (GYEMSZI, 2011).

Ha nem is használnak az országok egységes kérdőíveket, egy összehasonlításra alkalmas kérdéscsoport (egy teljesebb kérdőívben belül) is alkalmas lehet az összevetésre.” Az EU 2011-ben fogadta el a határon átlépő ellátásokkal kapcsolatos betegjogokról szóló irányelvet (2011/24/EU). „Az irányelv célja, hogy biztosítsa a határokon átnyúló egészségügyi ellátás közösségi jogi kereteit, minden olyan európai beteg számára, aki a szükséges kezelést egy másik tagállamban kívánja igénybe venni.” Ebben az esetben elengedhetetlen szempont, hogy a szolgáltatást igénybe vevő betegek ugyanazt a minőséget és biztonságot élvezzék, mint saját tagországukban. A külföldi szolgáltató választása a beteg döntése, ebben ahhoz, hogy megfelelően dönthessen, szüksége van arra, hogy megismerhesse a különböző egészségügyi szolgáltatók teljesítményét, minőségét bemutató nemzetközi szinten összehasonlítható értékeléseket (GYEMSZI, 2011).

Gonçalves és munkatársainak (2015) az egészségügyi protokollja a páciensek által, az egészségügyi ellátórendszerben és klinikai gyakorlatban észlelt hatékonyságról nyújt információkat, ezek felhasználási lehetőségeit tárgyalja. A betegektől érkező visszajelzés (patient-reported outcome, PRO) alatt értjük a páciensek szubjektív értékelését egészségi állapotukról, valamint a kapott ellátásról. Ezek kiegészítő információként szolgálnak az objektív mérőmódszerek mellett (vérvétel, képalkotó eljárások), továbbá segítik az egészségügyi ellátórendszer javítását is. Monitorozható vele a beteg fejlődése, tünetei. A PRO a páciens által megélt és/vagy észlelt egészségi állapot, illetve annak változásának mérőeszköze, rendszerint kérdőíves módszerrel mérik. Egy gyűjtőkifejezés, mely magában foglalja különböző kimenetek sorozatát, tüneteket, funkcionalitást, az észlelt egészségi állapotot, életminőséget, s egyben pedig intervencióként is értelmezhető. Képes az egészségi állapot általános jellemzésére, pl. egy 36 ítemes kérdőív méri a fizikai állapotot és a pszichológiai jóllétet, valamint értékeli a teljes egészségi állapotot. Egy tipikus PRO



intervenció keretén belül a páciens kitölt egy vagy két kérdőívet egészségügyi állapotára, egészséggel kapcsolatos életminőségére vonatkozóan, melynek eredményéről visszajelzést kap az ellátórendszer.

A PRO mérése történhet önkitöltős kérdőív formában, interjú technikával, a páciens otthonába postázott vagy elektronikusan továbbított formában. Előnye, hogy felhívja a figyelmet az ellátórendszerben tapasztalt hiányosságokra, negatívumokra, melyek révén különböző szakmai stratégiák, tanácsadás alkalmazandó, esetlegesen a kezelési terv módosítása is megtörténhet (Gonçalves és mtsai.,2015).

Rolfe és mtsai (2014) munkájának célja a páciensek orvosokba vetett bizalmának fokozására szolgáló intervenciók hatásosságának értékelése. A bizalom alapvető összetevője az orvos-beteg kapcsolatnak. Magasabb elégedettséggel, a kezeléshez való rugalmasabb hozzáállással és az ellátás folytonosságával járhat együtt. Egy 2006-os áttekintés szerint kevés bizonyíték létezik az ilyen irányú intervenciók hatásosságára vonatkozóan. Az áttekintett adatbázisok alapján (CENTRAL, The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, Health Star, PsycINFO, CINAHL, LILACS, African Trials Register, African Health Anthology, Dissertation Abstracts) 10 randomizált-kontrollált vizsgálat került megvizsgálásra és mintegy 11 063 páciens (Észak-Amerika). 3 fő intervenciót alkalmaztak: orvos tréning, páciens edukáció, tanácsadás a pénzügyi ösztönzőkről és tanácsadási stílusról. Az eredmények alapján kismértékű, de statisztikailag emelkedő növekedés tapasztalható a páciensek orvosokba vetett bizalmában az intervenciók alkalmazásának következményeképp. Az ellátó és beteg közötti kommunikáció minősége döntő befolyással bír az ellátás milyenségének megítélésében.

Patternotte és mtsai (2016) által vizsgált interkulturális kommunikációs módszer az etnikai hovatartozás szerinti „többségi” orvosok és „kisebbségi” páciensek közötti konzultációkat elemzett Hollandiában. A módszerben kombinálták a validált MAAS-Global betegközpontú kommunikáció értékelésére alkalmas eszközt és az interkulturális kommunikációt befolyásoló tényezőket. Az eredményben legfőbb hiányosságként a biomedikális kommunikációs stílus alkalmazása mellett a beteg eltérő kulturális adottságainak (kommunikációs-szint, ismeret, érzések, hiedelmek, attitűdök) figyelmen kívül hagyása, a kapott információk megértésének



elmulasztott ellenőrzése mutatkozott. A különböző normákkal és értékrenddel rendelkező kommunikációs partnerek közt tovább nehezíti a megértést az aszimmetrikus ismeret, bár ennek kiegyenlítésére tudatosabban törekedtek az orvosok.

Marriage és Worling (2001) tanulmánya a fekvőbeteg ellátásban résztvevő serdülők véleményének megkérdezése mellett egyidejűleg a szülők és ellátók megkérdezésével komplex áttekintésre törekedett. A tanulmány egyik erőssége, hogy számos betegcsoportot (a hangulati élet zavarai mellett a pszichózis és pervazív fejlődészavar diagnózisokkal rendelkezőket is megkérdezték) vizsgáltak és 1 éven keresztül gyűjtötték az adatokat. A másik erőssége, hogy az elbocsátást követően 4 hónappal is megkérdezték az elégedettséget, valamint, hogy mennyire volt hasznos a terápia. Mindhárom csoportban meghatározták a 3 legfontosabb problémát, melyet a 3 csoport tagjai nem azonos gyakorisággal jeleztek - pl. iskolai problémát a gyerekcsoport 8%, a szülők 10,5%, a klinikusok 8%-ban találtak, míg családi problémát 5,5-4-5%-ban azonosítottak, viselkedés zavart 16-22-18%-ban, depressziót pedig 22-16-19,5%-ban tapasztaltak a vizsgált 105 serdülőnél. Ezekben minden esetben javulás jelentkezett a kezelés során és ez szignifikáns korrelációt mutatott a serdülők elégedettségével, azaz a probléma javulása növelte a serdülők körében mért elégedettséget. Minden esetben hasonló összefüggés mutatkozott az elbocsátási ajánlások hasznosságának értékelése és a programmal való elégedettség között. Ezek a tényezők a vizsgálat adatai szerint tehát párhuzamosan változnak, a páciens programmal való elégedettségét meghatározza, hogy mennyire voltak számára hasznosak azok az ajánlások, melyek a kórházon kívüli környezetre vonatkoztak.

Kaplan és munkatársai (2001) a kórházi ellátással való elégedettséget vizsgálták fiatalok és szüleik körében. Itt is magasnak mutatkozott mind az általános elégedettség, mind a felvételt szükségessé tevő problémában történt segítségnyújtásra vonatkozó elégedettség mindkét csoportban. A vártnál magasabb elégedetlenséget jeleztek azonban a kórházzal kapcsolatban, és hogy ezekről a nem várt eseményekről információt szerezzenek, más vizsgálatra van szükség. A tanulmány külön mérte a gyermek egészségi állapotának javulásával való elégedettséget a szülő szolgáltatásokkal való elégedettségétől. Azt állapították meg az eredmények alapján, hogy a szülői elégedettség szignifikánsan, de gyengén függ a szülő-minősített probléma megoldástól, és sokkal inkább függ más elégedettségi mérési paramétertől,



pl. a kórházba való visszatérési hajlandóságtól. A szülők elégedettségét sokkal inkább befolyásolták az elégedettséget befolyásoló egyéb tényezők (pl. a személyzet viselkedése, az alkalmazott intézkedések), mint a bekerülés okaként szolgáló probléma megoldása, és jobban meghatározza azt, hogy visszatérnének-e az adott intézménybe. Azok a szülők, akik a kórházi személyzet részéről visszaélésről panaszkodtak, alacsonyabb elégedettséget jeleztek, mint akiknek nem volt panaszuk. Hasonló a helyzet a gyermekeknél is.

Kitts és munkatársai (2013) 48, pszichiátriai kezelésben részesülő gyermek szüleinek és 10 felnőtt korú betegük szolgáltatással kapcsolatos elégedettségét vizsgálták. A kérdőívet az elbocsátást/konzultációt követően független kérdezőbiztosok vették fel, egy gyermek pszichiátriai konzultációval kapcsolatos elégedettséget mérő 28 kérdéses kérdőívvel, mivel ezek a tételek hiányoztak a kórházakban általánosan használt elégedettséget mérő kérdőívekből sajátos, minden más területtől különböző jellegük miatt. Itt is széles skálát találunk a megkérdezettek pszichiátriai diagnózisát tekintve, és az eredmény szerint a megkérdezettek által adott magas elégedtség (69%-a) mellett 88%-uk ajánlotta volna a barátainak is, ami kimagaslóan jó arány. A tanulmány korlátai közt az alacsony mintaszám mellett azt jelzik, hogy a megkérdezett szülők többsége fehér nő volt, és nem terjedt ki a vizsgálat a folyamat más szereplőire, és a konzultációs különbözőségekre.

Martin és kollégái (2003) a gyermekek mentálhigiénés szolgáltatásaival kapcsolatos elégedettségi vizsgálatában a 12 éves és idősebb, esetmenedzser vezetésével ellátásban részesülők elégedettségét mérték 963 szülő és 331 gyermek bevonásával. A vizsgálatához erre a célra készített kérdőíveket használtak: a szülők (Kansas Family Satisfaction Survey- KFSS) és gyermekek (Kansas Youth Satisfaction Survey KYSS) számára. Az általános elégedtség itt is nagyon magas volt, de ezen belül alacsonyabb az „elmúlt 6 hónapban hányszor kellett gondozót váltani” és a „krízis helyzetekben történő segítségnyújtás sebességével való elégedettség” kérdésében, de a legmagasabb elégedettséget minden megkérdezett csoportban a segítségkérő telefontól a felvételi találkozásig eltelt időkérdésre adták. Vizsgálták a különböző szolgáltatástípusokkal való elégedettséget, ezen belül a krízis szolgáltatásokkal való elégedettséget is, ami a szülők csoportjában magas értéket kapott. A fiatalok elégedettek voltak azzal, ahogyan a személyzet bánt velük, azonban kevésbé azzal, hogy az ő szempontjaikat



mennyire vették figyelembe. A szülőknél kevésbé voltak tájékozottak a krízis helyzetben segítségkérésről, és jelentősen kevesebbszer vették igénybe a krízisszolgáltatásokat, mint a szülők. Aki viszont használta ezt a telefonvonalat, az mind a szolgáltatással, mind a segítségnyújtás gyorsaságával elégedett volt. Érdekesség, hogy ők magasabbra értékelték a szülőknél az esetmenedzser szolgáltatást, és az egészségügyi szolgáltatást, de alacsonyabban a független életet, az otthoni és csoportterápiákat, valamint a kísérő gondozást. 6 hónapon belül közülük 14,1% igényelt kórházi ellátást és 65,2%-uk ezt jó elképzelésnek gondolta, 70,5% volt elégedett a kórházi kezeléssel. Az általános elégedettséget vizsgálva csak a mentális egészség központok és azok, akiknek más (bíró, iskola, házi orvos) ajánlotta a szolgáltató megkeresését volt különbség, az utóbbiak alacsonyabb elégedettséget mutattak, mint az első csoport a szülők közötti vizsgálatban. A fiatalok csoportjában sem ebben, sem más demográfiai paraméterekben nem volt szignifikáns eltérés. Vizsgálták még a szülők és fiatalok elégedettségét a különböző szolgáltatásokkal, itt azonban nagyon változó eredmények születtek.

2.4. A hazai egészségügyi ellátórendszer áttekintése

A páciens véleményét az egészségügyi ellátásról hazánkban betegelégedettségi kérdőíves felméréssel 1993 óta kérdezik. Az első országos felmérést az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felkérésére önkéntesek között 1999-ben végezték, ezzel csaknem párhuzamosan készült egy másik is, a TÁRKI szervezésében, melynek eredményei a TÁRKI 2. felméréssel jobban korrelálnak (Janky, 2002). Ebben az adatokat nem elsősorban pszichiátriai és főként nem gyermekpszichiátriai fekvőbeteg ellátásban részesülők megkérdezésével nyerték, így kevés releváns információt tartalmaz (szülészeti betegek a legelégedetlenebbek, a férfiak elégedettebbek, a nőknél az általános elégedettség mérésénél, a gyorsabban gyógyulók elégedettebbek stb.). Szinte minden intézmény használ saját kidolgozású kérdőívet az osztályos és ambuláns betegellátás területén azonban ezek még akkor sem összehasonlíthatóak, ha a módszer azonos. Ebben is vannak jelentős különbségek (például kérdezőbiztos általi vagy önkéntes felvétel történt) de oka az is, hogy különböző célokat megfogalmazva eltérő kérdőívek készültek. Az alapelvárások Boncz Imre prof. kutatás-módszertani alapismereteiről szóló kézikönyvében is megfogalmazásra kerültek, miszerint, akkor eredményes, ha a nyújtott



szolgáltatás és az elvárás közötti egyenlőtlenséget az egészségi állapot eltérését és megtartását is tükrözi (Boncz, 2012).

A vizsgálat szempontjai között így szerepelnie kell a felvetett probléma jellegének megfelelő kérdéseknek, melynél a kérdőív szerkesztés szabályai az irányadóak. Az értékelhetőség szempontjából döntő befolyással bír a megfelelő minta kiválasztása, a kérdőívek önkitöltős vagy kérdezőbiztos általi felvétele, statisztikai adatokra elemzésre való alkalmassága.

A várható eredményt befolyásolják még a válaszolók szociokulturális és antropometriai jellemzői, attitűdje az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatban, és az ellátáshoz kapcsolódó érzelmi hatások.

Intézményi szinten az elemzésben ezek eredményt befolyásoló hatását a megfelelő mintavétellel lehet biztosítani (akut és krónikus betegek aránya, első alkalommal vagy visszatérően, gondozottak-e, belgyógyászati vagy sebészeti ellátást igénylők). Az osztályos ellátásnál külön elemzést igényel a hotelszolgáltatások minőségére vonatkozó kérdéskör.

Speciális helyzetet jelent a gyermekkorú betegek ellátása, itt ritka a direkt megkérdezés még serdülők esetében is, döntően proxy válaszokat kapunk, amit azonban nem szoktak külön elemezni.

Ebből a szempontból jelen projekt céljaival leginkább egyező a DEMIN X. napokon 2010-ben előadás keretében elhangzott, a Budapesti Szent Margit Rendelőintézetben készült felmérés adatai, mely szakmai indikátorként a "betegek látogatásának monitorozását" vizsgálta. Azért választották ezt, mert a beteg otthonában tett látogatások a jobb együttműködés kialakítását célozták a gondozásba vett pszichiátriai és addiktológiai betegekkel. Célul tűzték ki, hogy évente legalább 1 alkalommal a beteg otthonában is legyen vizit minden beteg esetében, melyre a rendelés betegforgalmi adatai és a rendelkezésre álló óraszám alapján lehetőségük volt, és a várt eredményt sikerült is elérni.

A szolgáltatásminőség funkcionális elemzésére minden területen jól használható a SERVQUAL modell, melyet Parasuraman és mtsai 1991-ben publikáltak. Ennek hazai alkalmazásával az egészségügyben Kincsesné Vajda Tímea 2013-ban készült doktori disszertációja foglalkozik „*Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimenetében*” címmel. A skála 5 dimenzióban (tárgyi tényezők, megbízhatóság, reagálási készség, biztonságérzet, empátia) mér a „teljes mértékben egyetérték”-től az „egyáltalán nem értek egyet”- válaszlehetőségekig további két dimenzióban: elvárás („ilyenek kell lennie”) és



tapasztalat („ez van”) alapján. A elégedettséget az elvárási és a tapasztalati skálák közötti különbségek eredőjeként kapott eredmények -6 és +6 közötti értékek alapján jelzik az adott paraméterre vonatkozó elégedettség mértékét. Az egészségügyben használt, módosított skála megbízhatóságának ellenőrzése mind az egyes dimenziók, mind a teljes skálára vonatkoztatva (számos tanulmány vizsgálta) megtörtént. A klinikai gyakorlatban azonban nem terjedt el még a módosított formában sem. Általános állításokat, csak pozitív megfogalmazásban tartalmaz, így egyedi célok esetében mindenképpen kiegészítendő.

2.5. Kitekintés az oktatási és szociális területen alkalmazott gyakorlatra

Az oktatási szektorban a tanári életpálya modell kidolgozásával került gyakorlatba az elégedettség mérése. Létezik tanári, szülői és tanulói elégedettség mérésre szolgáló kérdőív, elkészítését támogató útmutató, de ennek használatára vonatkozó, gyakorlati elterjedtségét mutató irodalom még nincs. Az intézményi és tanári önértékelő módszer mellett használják kérdőíves módszert is, de mivel 5 éves intervallumban van megszabva a feladat, így még kevés az értékelést elvégzett tanárok száma, hozzáférhető adata ennek más szektorban dolgozók számára nincs. Az Országos Kompetenciamérés adataiból le lehet bizonyos következtetéseket vonni (szereted-e x y tárgyat, milyen különórákra jár, milyen volt az előző évi jegye), de ez az egyébként nagyon részletes elemzés nem erre a célra készült.

A szociális szférában nincs elterjedt gyakorlata az elégedettség mérésének, így a hazai szakirodalom is kevés. Kőszeg városa készített egy tanulmányt 2014-ben a Széchenyi terv, Magyar program, Magyarország megújul, EU szociális alapjának támogatásával a Közszolgáltatások elégedettségvizsgálata, lakossági igényfelmérés címmel (CONTROLL Holding Tanácsadó Zrt., 2014). Ennek keretében megkérdezték a szakmai területek felelősei mellett a lakosságot is, ehhez utcai és közintézményekben elhelyezett anonim önkitöltős kérdőívet használtak, mely online is elérhető volt. A mintaszám nem került megadásra, de a hibaforrásokat részletesen elemzik, ami megfelel más területen felvett hasonló módszerekének. Összességében a szociális területen a lakosság elégedett volt azokkal a szolgáltatásokkal, amiket ismert és használt. Hasonló eredményre jutottak Dunaújvárosban is, ahol a TÁMOP-5.4.9-11-2012-0029 projekt keretében a családok átmeneti otthona és a családsegítő szolgálat ügyfél-elégedettségi felmérésnél az alacsony mintaszám is korlátozó tényező volt a tanulmány elkészítésekor (13, ill. 29 kérdőívet értékelték)



Látható, hogy bár a döntéshozók számára fontos kellene, hogy legyen már a fejlesztési területek meghatározásánál is, és a megtörtént fejlesztések, működő szolgáltatások eredményességének értékelésénél is a lakosság véleménye, ezt ilyen formában ritkán mérik fel. A lakossági fórumok és egyéb formák inkább elterjedtek, ezek azonban eredményességet ritkán tudnak mérni, inkább a döntés előkészítésében van szerepük.

2.6. A jó gyakorlat elvének megfelelő elemzése a gyermekpszichiátriai területen használt kérdőívnek

A tanulmányhoz áttekintettük továbbá a Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Kórház Rendelőintézet gyakorlatát, és tájékozódni próbáltunk más intézmények gyakorlatáról is. Itt a Szegedi Egyetem Gyermekpszichiátriai osztályának feldolgozott adatai és a gyermekpszichiátriai járó beteg ellátásban alkalmazott kérdőív állt rendelkezésünkre.

A DE Kenézy Kórház adatainak feldolgozása során tudományosan értelmezhető adatokat nem tudtunk értékelni, mivel az adatok a vizsgált években különböző kérdésekkel, különböző skálával lettek felvéve, nem különült el csak a fekvő és járó ellátórendszer, ezen belül a gyermekpszichiátria adatai nem voltak elemezhetőek. Nem volt arra vonatkozó kérdés, hogy proxy adatfelvétellel, vagy közvetlen a beteg által kitöltött adatokkal dolgoztak.

A Szegedi Egyetem Klinika adatainak elemzése során az ottani osztály eredményei nem mutattak szignifikáns eltérést a kórház átlagától, illetve a gyermekosztályon mért adatoktól.

A szakirodalmi adatok alapján azt elmondhatjuk, hogy a debreceni adatok a nemzetközi vizsgálatok eredményeinek megfelelően magasabb elégedettséget mutattak a járó-betegellátásban részesülőknél, mint az fekvőbeteg-szakellátásban részesülőknél.

A szegedi kérdőív valószínűleg a proxy kérdőívek közé tartozik, bár erre vonatkozó direkt kérdést nem tartalmaz, a tájékoztatóban van utalás rá (ha kísérlőként érkezett segítsen...) így elképzelhető, hogy akár serdülőkorú betegekkel is kitölthető. Ez, valamint a kérdőív hossza (4 oldalas!) mindenképpen a kockázatok közé sorolandó. Az előnyök közt szerepel a jól tagolt kivitelezés, és az, hogy az elégedtség mellett a kérdezett terület fontosságát is méri a 4. részben. A részek változó hosszúságúak, az 1. szakasz az intézmény által kitöltött a felmérés helyszínét rögzítő adatok mellett rövid tájékoztatót tartalmaz, melyben minden fontos információ szerepel. A 2. szakaszban 3 kérdéssel a betegre vonatkozó (általa kitöltött) adatok szerepelnek (nem, életkor, lakóhely típusa), majd a 3. rész az ellátásra vonatkozó kérdéseket



tartalmaz : a bekerülés körülményeire, amiben több kérdés is az előjegyzéssel kapcsolatos, majd a tájékoztatásra (betegséggel, kezeléssel kapcsolatban), az orvos figyelmének értékelése és a zavaró körülményekre vonatkozó kérdések következnek, végül az intézménnyel kapcsolatos érzésekre és arra kérdez rá, hogy választanák-e ismét a rendelőt. Itt azonban nincs csak igen/nem/nem tudom választási lehetőség, pedig sok esetben nincs az ellátórendszerben elérhető közelségben másik intézmény, így nincs tényleges választási lehetőség. Összesen 18 kérdést tartalmaz, 13-ban 3-7 előre megadott választási, valamint 5 kérdésnél rövid szabad szöveges válaszadási lehetőséggel. A 4. részben az elégedettség-fontosság témakörben páros kérdésekként vannak feltéve az infrastrukturális feltételekkel, tisztasággal és kommunikációval, a betegre fordított idővel, az orvos és asszisztens munkájával kapcsolatos páros kérdések. Külön előny, hogy rákérdez a betegjogokról való tájékoztatásra az utolsó kérdéspárban. Mindenütt 6 fokozatú Likert skála és külön nem tudom/kívánom megítélni válaszadási lehetőséggel a 18 (2x9) kérdés esetében. Az 5. kérdéskör a javaslatokra és a kérdőív megértés/megválaszolás nehézségére vonatkozó rövid szöveges válaszadási lehetőséggel 2 kérdést tartalmaz.

Jelenleg is folyik egy nemzetközi vizsgálat, melyben 2 magyar kórház vesz részt- a budapesti Heim Pál Gyermekkorház és a váci Jávorszky Ödön Városi Kórház. A nemzetközi vizsgálat az OGYEI (jelenlegi jogutódja az Eötvös Loránd Tudományegyetem – Pedagógiai és Pszichológia Kar) szervezésében a WHO programjaként zajlik, melyről az első beszámolót Gyermekjogok a kórházban - Egészségfejlesztő Kórházak és Egészségügyi Szolgálatok Gyermek és Serdülő Munkacsoport kezdeményezése - „Önértékelő modell és munkaanyag” címmel Dr. Kovács Zsuzsanna és dr. Scheiber Dóra Országos Gyermekegészségügyi Intézet munkatársai készítették el és publikálták 2010-ben. Ebből látszik, hogy nemzetközi összehasonlításban ezen a területen nagyon le vagyunk maradva. A betegek értékelése is szerepel már egészen kicsi kortól ebben a projektben (játékterapeuták bevonásával), tehát van lehetőség még ezen a gyermekek számára nehezen értelmezhető területen is a véleményük meghallgatására és lehetőség szerinti figyelembevételére.



2.7. A tervezett kérdőív összeállításának elméleti területei

Tapasztalataink szerint a hosszú (2 oldalnál több) kérdőíveket nem szívesen töltik ki a betegek/ hozzátartozók, különösen az ellátás végén, amikor már távozóban vannak. Így az, hogy végül ki tölti ki, alapvetően meghatározza az eredményeket. Kampány jellegű-időszakos felvétel során biztosítható, hogy minél magasabb legyen a teljesen kitöltött kérdőívek aránya, és az is, hogy a kérdezőbiztos segítsen azoknak, akik önállóan nem képesek olvasni/értelmezni a kérdéseket, vagy pl. a gyermekfelügyelete szükséges ahhoz, hogy a szülő kitölthesse. Folyamatos lehetőség (1 hónapnál hosszabb felvételi intervallum) vagy minden év azonos időszakában végzett mérés esetén a visszatérő betegek véleménye eltérhet az elsőként megjelenőktől (tájékoztatás a betegségről, a kezelésről)- erre vonatkozó adat azonban nem nyerhető, mert nincs ilyen kérdés. A betegforgalom és a kitöltött kérdőívek száma alapján a kitöltési arány is megadható, ami jó értékelési adat lehet.

Mivel az elkészült szakmai anyag minden intézmény számára választható lesz, több kérdőív elkészítése szükséges. Természetesen lehetnek a kérdésblokkok közt átfedések, de minden esetben kötelező elem az intézmény azonosítására és a felvevő hely azonosítására alkalmas rész. Írásbeli tájékoztató kell a kérdőív céljának ismertetésével és az önkéntes válaszadás megjelölésével, amiben az összes információt tömören, de egyszerű nyelvezetű megfogalmazásban adjuk át, mert ha önkitöltős változat készül, akkor ez az egyszerűbb. Ehhez jó gyakorlatként felhasználható lehet a szegedi kérdőív eleje.

1. tehát már lesz ambuláns és fekvő csoportunk csak a fejléc alapján.
2. Mindenképpen kell kérdés(ek) a kitöltő személyére – legyen egyértelmű, hogy proxy kérdőív, ebben jelölje, hogy milyen hozzátartozója a betegnek. A serdülőknek csináljunk önállóan kitölthető kérdőívet. 14-18 éves korosztálynak mindenképpen kell, de itt a beválogatási/kizárási kritériumokra is kell javaslatot tenni. Például ADHD-s/ SNI-BTM esetén/ jó színvonalú autista/ kezelt jó állapotú (tünetmentes) pszichózisban igen, pszichotikus/autista/súlyos értelmi sérült nem, de itt a pszichiátereké a döntés joga, ezt akár javasolhatjuk is, de akkor érdemes ezt valahogy jelölni.
3. Mindenképpen kell kérdés arra vonatkozóan, hogy 1. megjelenés vagy nem.



4. Ha nem, akkor rá kell kérdezni, hogy terápiára, vagy orvosi vizsgálatra jött-e. Ha terápiára, akkor feleletválasztóssal lehet kérdezni a milyenségére (pszichiáterek, pszichológusok véleménye érdekelne erről. Érdekes lehet-e, hogy tudja-e egyáltalán a beteg, mi történik vele, miről mond véleményt). Ezek a kérdések összesen ne legyenek fél oldalnál nagyobb terjedelműek, mert ez követi a lényegesebb rész.
5. Itt jöhet a 2. részben a beutalás/ bekerülés körülményeire vonatkozó sorozat. Ha van serdülő kérdőív, akkor érdemes lenne rákérdezni arra is, hogy ő hogy viszonyul ehhez (önként is jönne, vagy muszáj volt, mit ígértek neki, stb.)
6. Az infrastrukturális feltételekkel való elégedettség (ha nem első megjelenés, akkor a változást is jelölni). Ambulánsban a váró és a rendelő mellett a mosdó is, fekvőben külön ezek mellett a kórterem, a közös helyiségek, terápiás helyiségek is. Tisztaság, felszereltség (szabadidős tevékenység, kapcsolattartási lehetőségek is?)
7. Az ellátás minőségére vonatkozó kérdéseknél (tájékoztatás a betegségről, az ellátási lehetőségekről, a betegjogokról, a döntéshozatalba bevonásról, a betegek kötelezettségeiről- terápiás egyezmény- pl. rendelkezhet az előjegyzett időpont lemondás, a terápiás szabályok be nem tartásának következményeiről- van-e)
8. A globális elégedettségre vonatkozó kérdés – pl. milyen érzésekkel távozik.
9. Amin változtatna, javaslattételi lehetőség.
10. Vélemény a megkérdezésről (várja-e megkérdezzék, kér-e visszajelzést a feldolgozásról-pl. a kórház honlapján legyen elérhető)

2.8. Összefoglalás

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy mind a nemzetközi, mind a hazai gyakorlat alapján elterjedt a betegelégedettségi kérdőívek használata az egészségügyi szolgáltatások eredményességének betegszempontú értékelésére. Nincs azonban egységes gyakorlat a gyermekpszichiátriai osztályok és járó-betegellátó rendelőintézeti területen használt kérdőívek összeállításában és a felvétel módjában sem. A jelen projekt keretében kidolgozandó és kipróbálásra kerülő eszköz segítség lehet ennek kialakításában. Elterjedése esetén a tervezett eszköz modul rendszere miatt kellően rugalmas ahhoz, hogy minden intézmény egyedi igényeihez alkalmazkodva alakítsa ki a saját verzióját, ugyanakkor mivel azonos kérdéseket



tartalmaz lehetőséget ad intézmények közötti összehasonlításra éppúgy, mint azonos intézeten belül hosszútávú méréssel a változások nyomon követésére.

3. Célcsoportok ismert jellemzőinek meghatározása. Szülő, gyerek (2 korosztály, 10-14,14-18 év), ellátó személy (orvos, pszichológus, gyógypedagógus stb.)

3.1. A szülők csoportjának jellemzői beteglegettség mérés szempontjából

Greene 2015-ben publikált tanulmányának célja az volt, hogy jobban megértsék a szülők preferenciáit a pediátriai alapellátás és mentális egészségügyi szolgáltatók közötti információcserével kapcsolatban. 55 olyan szülő vett részt egy anonim felmérésben, akinek a gyermeke aktuálisan mentális egészséggel kapcsolatos kezelésben részesült.

3 állítás értékelése szülők részéről

1. „Fontos, hogy a gyerekgyógyászok és mentális egészségügyi szolgáltatók kommunikáljanak egymással, hogy koordinálni tudják a gyermekek ellátását”
2. „Tapasztalatom alapján a mentális egészségi szolgáltatót és alapellátást nyújtók szorosan együttműködnek, amikor részt vesznek a gyermek ellátásában”
3. „Általában a szülőnek kell információt közvetítenie a mentális egészségi szolgáltatót és alapellátást nyújtók között”



Marriage és Worling (2001) vizsgálták a felhasználói elégedettséget 105 serdülő és szülei/gondozói bevonásával serdülőkorú pszichiátriai betegeket kezelő osztályon 1 éves periódusban. A kérdőív felvétele 4 hónappal az elbocsátást követően is megtörtént. A szülők (72 válaszoló adatait feldolgozva) szerint a bennfekvés alatt számukra a legtöbbet segítő tapasztalatnak:

1. a segítő nővérek (25%),
2. elhatárolás és biztonság (19%)
3. diagnosztikus értékelés (18%)
4. valamint segítő doktorok (15%) voltak.

Egy másik kérdéskör a legkevésbé segítő tapasztalatokat vette számba. Ennek eredménye szerint a szülők értékelése alapján:

1. egyéb faktorok (20%)
2. a páciens korlátozása vagy elkülönítése (18%)
3. a nővéri stábbal való kölcsönhatás, együttműködés (16%)
4. a gyógyszerelés (16%)
5. a diagnózis vagy elbocsátási terv (12%)
6. valamint az osztályos szabályok voltak (10%)

A szülők, mint csoport jellemzői a hazai gyakorlat alapján

- Különböző, de a társadalom minden rétegét érintő szociokulturális környezetből kerülnek ki
- Sok közöttük a hátrányos környezeti körülmények között élő, aki maga is jellemezhető a gyermeke kezelését is szükségessé tevő problémával
- A kommunikációs stratégiák igényében széles skálán jellemezhetők
- A betegségekre vonatkozó előzetes információk megszerzésében a magasabb iskolai végzettségűek tájékozottabbak (internet ilyen célú használata jellemző rájuk)
- A kezelési módszerekre vonatkozó információk alapján a döntéshozatalban 2 csoportra oszthatók: a „ön a szakember, odabízom”



b. pontos, a kezelés minden részletét (beleértve a hosszát és mellékhatásokat is) megismerve adja a beleegyezését, de később is igényt tart a részletes konzultációkra.

- Hány szakemberrel tudnak konzultálni az adott ellátóhelyen azonos alkalommal (elérhető-e az orvos mellett pl. pszichológus, gyógypedagógus, szociális munkatárs is)
- A kapcsolattartás - a szakemberekkel és a többi szülővel kiemelt jelentőségű
- A fekvő ellátásban részesülőknél folyamatos kapcsolattartás lehetőségének biztosítása a kezelt beteggel

A tervezett betegelégedettségi kérdőívekben ezen adatokra vonatkozó kérdések is szerepelhetnek, az adatok összesítésében is figyelembe veendő, hiszen befolyásolják a szülők válaszait (pl. megértette-e a tájékoztatást, kitől kapott és milyen segítséget).

Marriage és Worling (2001) fent említett tanulmányában a serdülők az elbocsátást követő 4 hónappal a bennfekvés alatti időszakot értékelve a leghasznosabbnak a következőket jelölték:

1. segítő nővérek (25%) ez az egyetlen egyezés a szülők véleményével
2. segítő doktorok (22%)
3. támogató csoport (21%)
4. egyéb tényezők (19%)
5. csoportterápia (14%),

míg a legkevésbé hasznosnak

1. a szigorú osztályos szabályok (21%)
2. a beteg korlátozása és elkülönítése (18%)
3. egyéb faktorok (18%)
4. a nővérekkel és más páciensekkel való interakciót (13-13%) jelezték.

3.2. A serdülők/gyermekcsoportjának betegelégedettségi jellemzői

A gyermekek, mint célcsoport jellemzőiről a betegelégedettség szempontjából, elmondható, hogy ebben a betegcsoportban nincsenek egységes adatok. Ennek részben oka lehet, hogy



inkább az ellátás-elégedettséget vizsgálták különböző terápiás módok alkalmazásakor és a kommunikációs stratégiák tekintetében.

A mai fiatalok, az y, z generáció és még fiatalabbak rutinszerűen használják az online médiát és kapcsolattartási lehetőségeket. A betegelégedettség szempontjából ezért számukra az online kitöltős kérdőívek jó lehetőséget jelentenek, azonban figyelembe kell venni, hogy az iskolázottságtól függően képesek adatokat szolgáltatni. Az intézményekben általában nincs lehetőség ezek használatára számukra, pedig célszerű alkalmazásuk számos előnyt adhat. Pl.: Beteg-elégedettségi kérdőívek kitöltése addig, míg a szakemberek az adminisztrációs kötelezettségeiket végzik (receptírás, ambuláns lapok készítése, statisztikai jelentési adatok kitöltése), vagy a kísérelővel való kommunikáció ideje számukra megfelelő lehet, amikor érzik, hogy „fontos vagyok”, ráadásul a szülőnek sem kell megosztott figyelemmel lenni, ha ő a proxy kérdőívet tölti ki.

Hewitt-Taylor (2012) azt vizsgálta, hogy mit várnak az orvos-beteg kapcsolatban azok, akik az ún. e-páciensként (akik előzetesen tájékozódnak az internetről a betegségükkel kapcsolatban) kerülnek kapcsolatba az egészségügyi szolgáltatóval. Az e-paciensek a tájékoztatás minőségétől függően lesznek elégedettek a kapott szolgáltatással. Ha az orvossal megbeszélhetik, a kapott információkat az növelheti az adherenciát és compliance-t, így az elégedettséget is, valamint kivédhető a nem hiteles forrásból szerzett elrettentő történetek *nocebo* hatása.

A 10-14 évesek és a 14-18 évesek életkor szerinti elkülönítése nem feltétlenül az egyedüli figyelembe veendő szempont. Az iskolalátogatási kötelezettség 16 éves korig tart, így az ennél idősebb korosztály általában csak jó intellektus esetén jár reguláris, iskola-rendszerű képzésbe. Az ennél fiatalabbak pedig a probléma jellegének és súlyosságának valamint az intellektus függvényében nagyon különbözőek lehetnek. Számukra a válaszadást megkönnyítheti a nemzetközi gyakorlatban (WHO életminőség kérdőíve intellektuális fogyatékkal élők számára) elfogadott hangulatjelek alkalmazása, esetleg a körükben használatos szleng, szubkulturális nyelvi fordulatok használata.

Az oktatási területen észlelt problémákat megelőzően már jelentkezhetnek az eltérő fejlődésre jellemző tünetek, ilyenkor a gyermek és családja számos ellátóval kerülhet kapcsolatba. Ilyenek az alapellátásban dolgozó orvosok, védőnők, a szakellátás különböző területein (neurológia,



genetika, képalkotó és labordiagnosztikai terület, szemészet stb.) a pszichiátriai ellátókat is beleértve dolgozók. Az ellátás nagyon különböző jellege miatt különböző benyomásokat szereznek, de ha az ingerek érzékelése, és feldolgozása zavart szenved, az nagyon befolyásolhatja a pszichiátriai betegelégedettség megítélését.

A betegelégedettség tekintetében a szülő-gyermek viszony is meghatározó lehet.

Összességében elmondható, hogy az aszimmetrikus információ okozta problémák bármely 2 csoport összehasonlításakor megjelenhetnek.

3.3. A szakemberek csoportjának jellemzői különböző attitűdvizsgálatok tükrében

Az ellátó személyzet szempontjából különösen fontos szempont, hogy van-e lehetőségük teamben dolgozni. Ha igen a különböző szakemberek egy időben, párhuzamosan dolgozva, van-e lehetőség konzultálni. Ha igen, van-e erre külön, a munkaidőn belül biztosított lehetőség. Ez általában csak osztályos ellátás esetén biztosított, ambuláns ellátásnál erre nincs mód. Ennek oka, hogy az önálló rendelőintézeti ellátásban az osztályostól eltérő ellátási standardok vannak, nincs megfelelő kód a team megbeszélésre, és a munkaidő szervezésben (6 óra folyamatos rendelési idő) is jóval nehezebb logisztikai szempontból a biztosítása. Ha ehhez hozzávesszük, hogy legtöbbször különböző munkahelyen dolgozó kollégáknak kellene egyszerre elérhetőnek lenni, csak tovább nehezedik a helyzet. A jelenleg az egészségügyben ezen a területen észlelhető komoly szakemberhiány sem könnyíti meg még ezen a szakmán belüli teamek szerveződését. Interdiszciplináris teamekre törekvés megjelent a szociális ellátórendszerben. Jelentési kötelezettséggel bír az alapellátó rendszeren belül nem csak az egészségügyi, de az oktatásban dolgozó szakemberek csoportja is. Évente kötelezően 1 alkalommal tartandó találkozót is szerveznek, de a meghívásnak a fent említett okok miatt a legtöbb szakember nem tud eleget tenni, még akkor sem, ha szívesen tenné. Az 1-1 beteg kapcsán szerveződő esetkonferenciákkal hasonló a helyzet. Nincs statisztikai adat (nem kell külön gyűjteni, az egészségügyben kötelező adatszolgáltatásban) arról, hogy évente hány megkeresés történik ilyen céllal. Ez szükségletként nem is jelent meg a hajdú-bihari ellátó rendszert feltérképező interjúk válaszaiban az egészségügyi szereplőknél.

Matziou és munkatársai (2014) tanulmányának célja felmérni az orvosok és ápolók percepcióit a kommunikációval és együttműködéssel kapcsolatban, valamint meghatározni a faktorokat,



amelyek befolyásolhatják azokat. Önkitöltős kérdőívet küldtek ki random módon 93 orvosnak és 197 ápolónak Athén két nagy állami kórházában. Az ápolók percepció alapján az években mért tapasztalat, a klinika nagysága, az egyetemi diploma és a posztgraduális tanulmányok voltak a szignifikáns faktorok. Az orvosok számára a kor, nem, években mért tapasztalat, és a klinika nagysága befolyásolta szignifikánsan a kommunikációt és az együttműködést. Az eredmények alapján az ápolók és az orvosok nincsenek azonos állásponton a saját kommunikációjuk hatásosságával és a nővérek szerepével kapcsolatban a döntéshozatali folyamatban a betegellátás során. A legfontosabb akadály a szakmák közötti jó kapcsolat kialakításában az orvosok szerint, hogy ők nem ismerik el az ápolók szakmai szerepét.

A tanulmány azt is kimutatta, hogy a szakmaközi együttműködés hiánya a betegellátásban magasabb valószínűséggel vezethet hibákhoz és mulasztásokhoz. Ezáltal a mindennapi gyakorlatban mind az ápolóknak, mind pedig az orvosoknak tisztában kell lennie a saját eredményes kommunikációjuk fontosságával és ki kell alakítaniuk olyan szakmaközi intervenciókat, melyek az együttműködést javítják. Továbbá az ápolóknak muszáj folyamatosan megerősíteni a szerepüket a döntéshozatali folyamatban és a betegellátásban, különösen olyan országokban, ahol a szakmaközi együttműködés kultúrája nem annyira terjedt el.

3.4. A team munka jellemzői

A rehabilitációs munkában nagy hagyománya van a team munka különböző formáinak, így ebben a tekintetben használható tapasztalataik vannak a speciális szükségletű gyermekek ellátásában tapasztalt nehézségekről.

A teamben dolgozó szakemberek együttműködése szempontjából döntő jelentőségű a teamek dinamikájában aktuálisan meglévő helyzet (Vekerdy-Nagy, 2010):

1. a formálódás szakaszban egymás tudásának megismerése, a saját tudás ehhez hasonlítása jellemző
2. feszültségek szakaszában a felmerülő problémák leginkább az aszimmetrikus információk okozta feszültségekből adódnak, különösen, ha a páciens, illetve a szülő is tagja a teamnek
3. a csoportnormák szakaszában a célok, eszközök, vezető tekintetében egységre jutottak
4. együtt dolgozó szakaszban zajlik az érdemi munka



5. felbomlóban lévő szakasz jelentkezik, ha változás történik a meghatározó tényezők (cél, vezető, teamtagok, munkamódszer) egy vagy több területén.

Ez még medikális szemléletű team működés esetében is jelentősen befolyásolja a különböző szakemberek elégedettségét, multidiszciplináris, inter- vagy transzdisziplináris teamek esetében ez még kifejezettebben jelentkezik. Az interdisziplináris teamben az egészségügy különböző területein és szintjein dolgozó szakemberek között végzett attitűdvizsgálatok azt mutatták, hogy megfelelő képzéssel, mely az elméleti ismeretek mellett gyakorlattal is társul, javul a különböző fogyatékossgal élőkhez való viszonyulás, legalábbis rövidtávon (3 hónapos követéses után mérésnél).

A rehabilitációs gyakorlatban ennek méréséről szól Cervasio és Fatata-Hall 2013-ban megjelent tanulmánya, melyben nemcsak a nővérek, és tanulónővérek, de a fizioterapeuták, orvosok, orvostanhallgatók, fogorvosok, fogorvostan hallgatók attitűd vizsgálatának áttekintése is szerepel, a világ számos országában végzett kutatások alapján. Azt találták, hogy minden szakember számára hasznos, ha már az alapképzésben gyakorlattal együtt kapnak elméleti képzést is az eltérő szükségletű gyermekekkel kapcsolatban. A végzett szakembereknél is pozitív irányú attitűdváltozást mértek a képzést követően még 3 hónappal is a képzés előtti felméréshez képest.

O'Neil, Palisano és Westcott cikke bár 2001-ben jelent meg még ma is jelentős, mert egyértelműen alátámasztja azt a megfigyelést, hogy a szakember attitűdje döntően befolyásolja gyermek viselkedését és ezen keresztül a szülői stressz mértékét. Ugyanakkor bár az attitűd lassan változó tulajdonság, hiányzik a tartós változás méréséről szóló vizsgálat. Ennek kapcsán történt 1999-ban dr. Nagy Beáta vizsgálata a speciális szükségletű gyermeket nevelő családokkal kapcsolatban lévő szereplőkkel-pedagógusokkal és sérült gyermeket nevelő szülőkkel. A vizsgálatot rehabilitációs területen dolgozó szakemberekkel megismételtük 2013.05 és 2014.05. között. A kutatásba bevont 20 rehabilitációs szakorvos mellett 78 egyéb szakember (védőnők, gyógytornászok, gyógypedagógusok, rekreációs szakemberek, szervezők,) között. A szakemberek megítélése szerint a leginkább itt kiemelendő eredmény, hogy legfontosabbnak a speciális szakembert tartották a rangsorban a következő 5 paraméter közül (egyéni bánásmód, tolerancia/türelem, kis létszámú csoport, speciális fejlesztő eszközök,



speciális szakember). Ez akár a saját szerepük túlértékelését is jelenthetné, de a szülőket megkérdezve, ők is első helyre rangsorolták ezt a szükségletet, ami az első felmérésnél még 3. helyre került a szülők csoportjában. (Dr. Szabó Éva, Dr. Vekerdy-Nagy Zsuzsanna: Attitűd vizsgálat szakemberek körében fogyatékossgal élő gyermeket nevelő családokról. A 2014-ben rendezett ORFMMT kongresszusi előadás).

2011-ben történt felmérésben Varga Dóra és munkatársai (2013) a gyógypedagógus és védőnő hallgatók autizmussal kapcsolatos ismeretein alapuló attitűdjét vizsgálták és azt találták, hogy a gyógypedagógusok pontosabb ismeretekkel rendelkeznek, mint a védőnők, bár az utóbbi csoport elégedettebb volt a tanulmányaik során kapott ismeretekkel. Az attitűd vizsgálatban a legtöbb jellemzőben nem volt lényeges különbség közöttük. Ez a kutatás is felhívja a figyelmet arra, hogy a képzés csak áttételesen befolyásolja a szakemberek attitűdjét.

3.5. ÖSSZEFOGLALÁS

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a gyermekek és a szülők számára is legfontosabb a segítő személyzet jelenléte. A serdülőknél meghatározó jelentőségű még a kortársak támogató szerepe is.

A szülők számára fontosabb a megfelelő válasz-diagnózis adása- a gyermek tüneteire és a hatékony kommunikáció a szolgáltatást nyújtók között, mint a gyermekeknek. A szülő nem tud megfelelően információt közvetíteni a különböző szakemberek között még akkor sem, ha a team tagjaként egyenrangú félként szerepel. Ő, mint szülő lehet szakember, és nem (vagy csak ritkán) tanult szakmája valamelyik szakterület. Minden esetben bizalmi viszonyt kell kialakítani az összes szakemberrel a hatékony munka, a gyermek/serdülő tüneteinek kezeléséhez. A megfelelő kommunikáció kulcsfontosságú az eredményesség szempontjából. A szakemberek számára is meghatározó jelentőségű a team munka. Annak ismerete, hogy ennek a munkastílusnak milyen formái vannak kevésbé fontos, mint annak, hogy megfelelő képzést kapjanak a betegségekről, a kezelés során a különböző szakemberek kompetenciáiról. A kommunikációs problémák itt is jelentősen rontják az eredményességet.



4. A célcsoportokra optimalizálva elégedettséget mérő/jelző szempontrendszer meghatározása beleértve a problémával kapcsolatos viszonyulást a bekerülés körülményeit, hány ellátóval került kapcsolatba, infrastrukturális viszonyok, ellátó-beteg kapcsolat, kommunikáció, ellátás hatékonysága

A felhasználói elégedettség az egyik faktor a pszichiátriai ellátás minőségének értékelése során. A mentálhigiénés szolgáltatásokkal kapcsolatos tapasztalataik és elégedettségük segít irányítani a törekvéseinket az ellátás minőségének javítása során. Az eddigi szakirodalmak leginkább az általános akut ellátással kapcsolatos betegelégedettséget vizsgálták és csak kevés kutatás irányult a mentálhigiénés szolgáltatásokra. Azonban a pszichiátriai betegek véleményét különösen fontos figyelembe venni, ugyanis az összes betegcsoport közül nekik lehet a legnehezebb figyelni a saját érdekeikre. Különösen fontos figyelembe venni a gyermekek és serdülők véleményét a pszichiátriai ellátás során, akik nem rendelkeznek teljes autonómiával. A gyermekek és serdülők pszichiátriai ellátás minőségével kapcsolatos percepcióiról gyűjtött ismeretek gyérek és viszonylag kevés kutatásból származnak (Biering, 2010).

A fentiek alapján érdemes lenne átgondolni több modul megszerkesztését, úgy, hogy legyenek az alább megjelölt területen minden csoportban olyan kérdések, amik közül választhatnak az aktuális célnak megfelelően 1 vagy több kérdést (minimum 2 minden csoportban kellene), így ahol az infrastrukturális változás hatását akarják mérni kicsit eltérő kérdőívet használhatnak, mint ahol az ellátással kapcsolatos elégedettséget akarják inkább vizsgálni.

A javaslatom egy kérdésbank, amiből egységes, de mégis a célnak megfelelő kérdőívek állíthatók össze. Ennek előnye, hogy amennyiben mindenki ebből dolgozik, akkor a különböző intézményi adatok is összehasonlíthatóak lesznek 1-1 területen, ill. az intézményen belül a célok megváltozása esetén csak modult kell cserélni a kérdőív szerkesztésekor.

Mivel az elkészült szakmai anyag minden intézmény számára választható lesz, több kérdőívjavaslat elkészítése szükséges. Természetesen lehetnek a kérdésblokkok közt átfedések, de minden esetben kötelező elem az intézmény azonosítására és a felvevő hely azonosítására alkalmas rész. Eldöntendő, hogy tegyünk-e bele írásos tájékoztatót. Érdemes megfontolni, mert ha önkitöltős változat készül, akkor ez az egyszerűbb. Ehhez jó lehet a szegedi kérdőív eleje, de kell egy másik tájékoztató változat arra az esetre, ha kérdezőbiztossal dolgoznak. Ez nem



zárja ki azt, hogy saját kérdőívet szerkeszthessen minden szolgáltató, de lehetőséget ad arra, hogy egyszerűsített eljárással összehasonlítható adatokat kapjunk amennyiben az ellenőrzött, kipróbált kérdőívet használják.

1. Tehát már lesz 2 csoportunk csak a fejléc alapján, ami részben meghatározza a következő kérdéscsoportokat is. A fekvőbeteg ellátás infrastrukturális és személyi feltételekre vonatkozó kérdései csak részben fedik egymást a járóbeteg ellátókéval, hiszen a kórházi ellátásban például az ügyeleti időszakra, szabadidőre vonatkozó kérdések is lehetnek, ami nem releváns ambuláns ellátásnál.
2. Mindenképpen kell kérdés(ek) a kitöltő személyére – legyen egyértelmű, hogy proxy kérdőív, ebben jelölje, hogy milyen hozzátartozója a betegnek. Megfontolandó, hogy a serdülőknek csináljunk-e önállóan kitölthető kérdőívet. A 14-18 éves korosztálynál már mindenképp érdemes lehet. Biering (2010) áttekintő cikkében ez már ennél fiatalabb korosztálynál is megvalósítható.

Az áttekintés szerint csupán egy tanulmány talált statisztikailag szignifikáns, de gyenge korrelációt az etnikai hovatartozás és az elégedettség között. E szerint a kaukázusi fiatalok elégedettebbnek bizonyultak. A többi megvizsgált tanulmányban sem az etnikai hovatartozás, sem a szocioökonómiai jellegzetességek nem mutattak összefüggést az elégedettséggel, és csupán 2 tanulmány talált összefüggést az életkor és elégedettség között, melyek szerint az elégedettség az életkorral csökkent – azonban ezekben az életkori határ nagyobbak bizonyult (9-18 és 11-17 éves korosztály), mint a többi megvizsgált tanulmányban. Azt, hogy miért csak ez a kettő talált összefüggést, azzal magyarázhatjuk, hogy egyedül ők tudták megragadni a gyermekek azon jellegzetességét, hogy az életkor előrehaladtával egyre kritikusabbá válnak. Csupán egy tanulmány talált nemi különbségeket a gyermek és serdülők mentális szolgáltatásokkal való elégedettségében. Faktoranalízis alapján két dimenzió volt megállapítható: elégedettség a terápiás kapcsolattal és a terápia előnyeivel. Elmondható, hogy a fiúk elégedettebbek voltak a terápia előnyeivel, a terápiás kapcsolat tekintetében azonban nem volt különbség a nemek tekintetében. Ez arra utal, hogy a többi tanulmányban túlságosan általánosok az eszközök ahhoz, hogy megragadják a nemek közötti különbséget. A lányoknak



a személyzettel való kapcsolat bizonyult fontosabbnak, míg a fiúknak a program hatékonysága (Biering, 2010).

8 tanulmány foglalkozott azzal, hogy a mentális rendellenesség típusától, súlyosságától függően milyen az elégedettség a pszichiátriai ellátással. 5 tanulmány azonosította azt, hogy a fiatalok elégedettsége csökkent a probléma súlyosságával, míg 3 tanulmány nem talált ilyen kapcsolatot. Az egyik tanulmánynak túl kevés résztvevője volt, valamint majdnem mindegyik más és más eszközöket alkalmazott. Továbbá egyes kutatásokban a szülőktől kérték azt, hogy értékelje gyermeke elégedettségét, és nem magától a gyermektől. Elmondható, hogy azon tanulmányok melyek általánosságban mérték a mentális problémák és az elégedettség összefüggéseit nem találtak kapcsolatot, míg azok, amelyek specifikusabban kérdeztek rá az összefüggésre, igen. 7 tanulmányt azonosítottak, mely azzal foglalkozott, hogy a pszichiátriai kezeléssel való elégedettség összefüggésben volt-e a pszichiátriai kezelés eredményességével. Ezeket a tünetekben és funkcionális javulásban határozták meg. A talált diszkrepanciát az magyarázhatja, hogy ezek a tanulmányok különbözőképp mérték az elégedettséget és az eredményességet. 2 tanulmány szignifikáns, de gyenge kapcsolatot talált a szolgáltatásokkal való elégedettség és a funkcionális javulás között. 3 szülő által értékelt tanulmány talált összefüggést, ugyanakkor 3 nem. Azonban mikor a kezelés eredményességét a szakemberek szemszögéből vizsgálták, az eredmények konzisztensnek voltak. Az utóbbi megközelítést alkalmazó tanulmányok statisztikailag szignifikáns összefüggést találtak a gyerekek és serdülők elégedettsége és a szakemberek által mért tünetekben mutatkozó javulás és társas készségek tekintetében (Biering, 2010).

Ahhoz hogy általános következtetéseket vonhassunk le, azonban túl kevés tanulmány van. Még a tünetek csökkenésekor is, a szülők és gyermekek továbbra is súlyosnak tarthatják a problémát. Csupán 3 tanulmány mérte a fiatalok tünetekben mutatkozó javulásának észlelését (vagyis azt gondolták, hogy a kezelés hasznos volt a mentális egészségükre). E tanulmányok között kettőben, az észlelt előnyöket mérő skála az elégedettséget mérő eszköz része volt. Így az e változók közötti korreláció nem mérhető. A 3. tanulmány szignifikáns, de gyenge kapcsolatot mutatott a serdülők által észlelt előnyök és a szolgáltatásokkal való elégedettség között. Számos tanulmány nemcsak a gyerekek pszichiátriai szolgáltatásokkal való elégedettségét, de szüleik elégedettségét is vizsgálta. A megvizsgált tanulmányok mindegyike mérsékelt kapcsolatot talált



a szülői elégedettség és a funkcionális javulás értékelése, vagy a kezelés előnyeinek sikeressége között. Másrészt a tanulmányok csak gyenge vagy semmilyen kapcsolatot találtak a fiatalok általi, a kezelés sikerességének észlelését illetően. Legalább 2 magyarázatot említhetünk ennek hátterében, vagyis annak hátterében, hogy a szülők kezeléssel való elégedettsége erősebben függ össze a kezelés eredményességével, mint a gyermekek elégedettsége. Egyrészt, hogy a gyerekek és serdülők nem feltétlenül észlelik a kezelés viselkedésükre, tüneteikre gyakorolt hatását - csak később. Másrészt a gyerekek kisebb mértékben járulnak hozzá az elégedettségi arányokhoz, mint szüleik (Biering, 2010).

Azon tanulmányok melyek összehasonlították a gyerekek és szüleik mentális ellátással való elégedettségét azt találták, hogy a szülők elégedettebbek voltak az ellátással, mint gyermekeik. A szülők és gyermekeik közötti egyetértés aszerint változott, hogy a szolgáltatás mely szegletét értékelték. Egy kutatás szerint pl. mind a szülő és gyermek elégedett volt az egyéni terápiával, azonban a szülők elégedettebbek voltak a családterápiával. Másrészt a serdülők elégedettebbek voltak a társas készségek fejlesztésére szolgáló tréningekkel. Ezen eredmények azt jelzik, hogy gyermekeknek és szüleiknek különböző mentális szükségleteik vannak, továbbá különböző módon érzékelik a betegelégedettséget. Összességében elmondható, hogy munkánk során nem feltételezhetjük, hogy a szülők képviselik gyermekeiket a pszichiátriai ellátás minőségének értékelésekor (Biering, 2010).

A beválogatási/kizárási kritériumokra is kell javaslatot tenni. például ADHD-s/ SNI-BTM esetén/ jó színvonalú autista/ kezelt jó állapotú (tünetmentes) pszichózisban igen, pszichotikus/autista/súlyos értelmi sérült nem, de itt a pszichiátereké a döntés joga, ezt akár javasolhatjuk is, de akkor érdemes ezt valahogy jelölni.

3. Mindenképpen kell kérdés arra vonatkozóan, hogy 1. megjelenés vagy nem. Amennyiben nem először jár, akkor ismeri a rendszert, könnyebben eligazodik, és mivel ma már legtöbb helyen előjegyzési rendszert működtetnek nincs is újabb teendője, tudja, hogyan kérjen időpontot. Legfeljebb arra lehet rákérdezni, hogy ő maga kérte az időpontot, vagy más szakember segítségével (családsegítő, alapellátás, szakellátás szakemberei).
4. Ha nem első megjelenés, akkor rá kell kérdezni, hogy terápiára, vagy orvosi vizsgálatra jött-e.



Ha terápiára, akkor feleletválasztóssal lehet kérdezni a milyenségére (Érdekes lehet-e, hogy tudja-e egyáltalán a beteg, mi történik vele, miről mond véleményt). Terápia esetén érdemes itt megkérdezni, hogy hányadik alkalom, és tudomása szerint hány alkalom van még hátra.

A serdülők akkor ítélik meg a mentálhigiénés szolgáltatásokat hatásosnak, ha pozitív változásokat tapasztalnak a gondolkodásukban, érzelmeikben vagy viselkedésükben. Ha a kezelés nem eredményez ilyen változásokat, akkor azt hasztalannak és így elégtelennek látják. A kívánt változásokat négy kategóriába sorolhatjuk: viselkedéses, érzelmi és fejlődési változások. A serdülők elégedettek voltak a szolgáltatással, ha az elősegítette a pozitív viselkedésváltozást, mely segítette őket a másokkal való kapcsolataikban, valamint új készségeket adott nekik, például dühkezelési technikákat. A kívánt érzelmi változások terminológiai eltérések az egyes kvalitatív kutatásokban, ami valószínűleg a kutatók eltérő pszichológiai megközelítéseinek köszönhető, semmint a serdülők eltérő tapasztalatának. A serdülők ez alapján érzelmi kiengedésről, lecsillapodott érzelmekről és érzelmi problémák kezeléséhez kapott segítségről számoltak be. Pontosabban segítséget kaptak a gyásszal, haraggal és öngyilkos gondolatokkal kapcsolatos megküzdéshez. A fejlődési változások arra utalnak, hogy a kezelési kimenetek személyes növekedésben jelentek meg. A serdülők a problémáikra történő mélyebb rálátást sajátítottak el, mely segített nekik az életükkel kapcsolatos rendkívül fontos döntések meghozásában, valamint függetlenségre és felelősségtudatra tettek szert. A felnőttekkel ellentétben a gyermekeknél és serdülőknél előforduló deviáns magatartást mentális egészséggel kapcsolatos problémaként határozzák meg kezelik. Ezért nem meglepő, hogy ők a viselkedéses változásokat a mentálhigiénés ellátás egyik legkívánatosabb kimeneteleinek tekintik. Ez a rész összesen ne legyenek fél oldalnál nagyobb terjedelműek, mert ez követi a lényegesebb rész.

5. Itt jöhet a 2. részben a beutalás/ bekerülés körülményeire vonatkozó sorozat.

A serdülő kérdőívbnél érdemes lenne rákérdezni arra is, hogy ő hogy viszonyul ehhez (önként is jöjjön-e, vagy muszáj volt, mit ígértek neki, stb.) Természetesen benne lehet ez a gondozói kérdőívben is, hiszen legtöbbször eltérő a motivációjuk a gyermekétől.



6. Az infrastrukturális feltételekkel való elégedettség (ha nem 1. megjelenés, akkor a változást is jelöltetni).

Ambulánsban a váró és a rendelő mellett a terápiás helyiségek, mosdó is, fekvőben külön ezek mellett a kórterem, a közös helyiségek, terápiás szobák is. Tisztaság, felszereltség (szabadidős tevékenység, kapcsolat tartási lehetőségek is)

7. Az ellátás minőségére vonatkozó kérdéseknél (tájékoztatás a betegségről, az ellátási lehetőségekről, a betegjogokról, a döntéshozatalba bevonásról, a betegek kötelezettségeiről-terápiás egyezmény- pl. rendelkezhet az előjegyzett időpont lemondás, a terápiás szabályok be nem tartásának következményeiről- van-e).

Gyermek és szülői elégedettséget vizsgáltak Beiring (2010) áttekintő tanulmányában, ahol számos tanulmány nemcsak a gyerekek pszichiátriai szolgáltatásokkal való elégedettségét, de szüleik elégedettségét is vizsgálta. A megvizsgált tanulmányok mindegyike mérsékelt kapcsolatot talált a szülői elégedettség és a funkcionális javulás értékelése, vagy a kezelés előnyeinek sikeressége között. Másrészt a tanulmányok csak gyenge vagy semmilyen kapcsolatot találtak a fiatalok általi, a kezelés sikerességének észlelését illetően. Legalább 2 magyarázatot említhetünk ennek háttérében, vagyis annak háttérében, hogy a szülők kezeléssel való elégedettsége erősebben függ össze a kezelés eredményességével, mint a gyermekek elégedettsége. Egyrészt, hogy a gyerekek és serdülők nem feltétlenül észlelik a kezelés viselkedésükre, tüneteikre gyakorolt hatását - csak később. Másrészt a gyerekek kisebb mértékben járulnak hozzá az elégedettségi arányokhoz, mint szüleik.

Azon tanulmányok melyek összehasonlították a gyerekek és szüleik mentális ellátással való elégedettségét azt találták, hogy a szülők elégedettebbek voltak az ellátással, mint gyermekeik. A szülők és gyermekeik közötti egyetértés aszerint változott, hogy a szolgáltatás mely szegletét értékelték. Egy kutatás szerint pl. mind a szülő és gyermek elégedett volt az egyéni terápiával, azonban a szülők elégedettebbek voltak a családterápiával. Másrészt a serdülők elégedettebbek voltak a társas készségek fejlesztésére szolgáló tréningekkel. Ezen eredmények azt jelzik, hogy gyermekeknek és szüleiknek különböző mentális szükségleteik vannak, továbbá különböző módon érzékelik a betegelégedettséget. Összességében elmondható, hogy munkánk során nem feltételezhetjük, hogy a szülők képviselik gyermekeiket a pszichiátriai ellátás minőségének



értékelésekor. A kvalitatív tanulmányok szerint a serdülők mentálhigiénés gondozókkal kialakított kapcsolatai különösen fontosak az ellátással kapcsolatos tapasztalataikban. A serdülők leginkább a gondozók kommunikációs készségeit értékelik, melyeket fontosabbnak ítélnék meg a gondozó terápiás megközelítésénél is. 5 kvalitatív kutatás vizsgálta, hogy a serdülők mely kommunikációs skilleket értékelik, melyeket aztán 4 kategóriába soroltak: (1) elfogadás és megértés; (2) empátia és barátságosság; (3) hallgató-és figyelőkészség; és (4) nem-ítélkező megközelítés. Hart és mtsai. (2005) kiemelték, hogy ezek a kommunikációs készségek „rogeriek” és feltételezhetően univerzálisak és minden életkori csoportnak értékes. A nem-ítélkező megközelítést valószínűleg jobban értékelik a serdülők, mint a felnőttek, mivel a serdülők mentális egészséggel kapcsolatos problémái gyakran magatartásproblémákhoz köthetők és a mentálhigiénés intézményekbe történő felvételük gyakran nem szabad akaratukból történik. Geanellos (2002) azt találta, hogy a fekvőbeteg serdülők és gondozóik közötti kapcsolatot a serdülők acting-outjai alakítják ki. A gondozók az acting-outok során a folyamatosan jelen vannak a serdülők számára, így megtanulnak hinni a gondozók elkötelezettségében. Ezt támasztja alá az is, hogy a serdülők fontosnak tartják, hogy a gondozók higgyenek bennük és hogy ők a serdülőkkel lépnek szövetségre, nem pedig a „rendszerrel”.

8. A globális elégedettségre vonatkozó kérdés –pl. milyen érzésekkel távozik.

Biering (2010) cikkében 4 tanulmány foglalkozott a serdülők elismerésének és bevonásának kérdéskörével. Ez a terület különösen fontos a serdülők számára, ugyanis megragadja azon kívánságukat, hogy autonóm egyéniségeknek tekintsék őket, ne pedig arctalan és tehetetlen számoknak. A serdülők kifejezték kívánalmaikat, hogy bevonják őket a kezeléssel kapcsolatos döntésekbe, hogy legyen bizonyos mértékű beleszólásuk a gyógyszerelésükbe, valamint az időpontok gyakoriságának és terapeuták kiválasztásának eldöntésében. Szeretnék, ha tájékoztatnák őket a diagnózisokkal és prognózisokkal, gyógyszerekkel, valamint a pszichoterápia értelmével kapcsolatban. Mind a 4 tanulmány kiemeli a szükségességét annak, hogy a serdülőket bevonják a kezelésükkel kapcsolatos dolgokba.

9. Amin változtatna javaslattételi lehetőség

10. Vélemény a megkérdezésről (várja-e megkérdezzék, kér-e visszajelzést a feldolgozásról- pl. a kórház honlapján legyen elérhető)



5. KÖVETKEZTETÉS

Biering (2010) kritikai elemzése megmutatta, hogy a betegelégedettség koncepciója a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ellátásban még kidolgozatlan és hogy az ismereteink a fiatalok pszichiátriai ellátás minőségéről alkotott észrevételeiről még hiányosak. Ezidáig a mentálhigiénés szolgáltatásokkal kapcsolatos gyermek-és serdülő betegelégedettségi kutatások leginkább a járóbeteg-ellátást vizsgálta, és a fekvőbeteg-ellátás csak kevés figyelmet kapott. A reviewban vizsgált tanulmányok közül 4 hozott létre fiatalok számára betegelégedettségi kérdőívet, kettő ezek közül a járóbeteg-ellátásban, a másik kettő pedig mind a fekvő, mind a járóbeteg-ellátásban használható. Nyilvánvaló, hogy egészen más élményt nyújt egy több napos osztályos felvétel, mint egy járóbeteg szakrendelés felkeresése. Így a járóbeteg-ellátásban használatos valid betegelégedettséget mérő eszközök nem feltétlenül tudják megragadni a fekvőbeteg-ellátás sajátosságait a pszichiátriai ellátásban. Ezért a fekvőbeteg-ellátásban is szükséges valid mérőeszközök kidolgozása. Figyelembe kell vennünk az elmúlt 50 év során megjelenő problémák és tünetek sokféleségét a gyermek-és ifjúságpszichiátriában. Ez a sokféleség megnehezíti azt a törekvést, hogy egy univerzális kérdőívet hozzunk létre a kezelési kimenetek és betegelégedettség mérésére, mely az összes gyerekre és serdülőre érvényes, akik pszichiátriai ellátásban részesülnek. Továbbá ugyanaz a mérőeszköz nem képes mérni mind a fiatalabb gyerekek, mind pedig a serdülők betegelégedettségét, mivel az ellátás és a kérdések megértése képessége is változik az életkorral.

A review során feldolgozott eredmények alapján a serdülők elégedettségének 3 univerzális komponense van: környezettel és a szolgáltatások szervezettségével kapcsolatos elégedettség; serdülő-gondozó kapcsolattal való elégedettség, melynél kiemelten fontos a gondozó nem-elítélő megközelítése; és kezelési kimenetekkel kapcsolatos elégedettség, mely a gondolkodás, érzelmek és viselkedés pozitív változásaiban nyilvánul meg. Ezek a változások három kategóriába sorolhatók: viselkedési, érzelmi és fejlődési. Azonban, ha a mérőeszközök csak erre a három faktorra épülnek, akkor a szenzitivitásuk nem lesz megfelelő, míg azok a mérőeszközök, melyeket a szolgáltatások specifikus alkotóelemeire szabtak, már képesek mérni a különbséget a betegelégedettségben olyan faktorok mentén, úgymint az etnikum, nem és a mentális problémák eltérő súlyossága. A szenzitivitás problematikája fontos jelentőséggel bír a hasznos betegelégedettségi mérőeszközök kialakítása során, mivel azok az eszközök,



melyek nem tesznek különbséget a betegelégedettségi szintek között, nem használhatók az egészségügy minőségének biztosítására. Továbbá szenzitív mérőeszközök szükségesek annak tanulmányozására, hogy a belső és külső faktorok hogyan befolyásolják a gyermekek és serdülők mentálhigiénés ellátásukkal kapcsolatos elégedettségét.

A tanulmányok csak gyenge-közepes együttjárást találtak a gyermek és szülei mentálhigiénés ellátásukkal kapcsolatos elégedettségében. A szülői elégedettség erősebben kötődik a funkcionális javulásban és tünetcsökkenésben, mint a gyermekeknél. Ezek az eredmények azt támasztják alá, hogy a szülők és a gyerekeik eltérő mentálhigiénés szükségletekkel rendelkeznek, és hogy a gyermekek és serdülők véleményét is figyelembe kell venni a mentálhigiénés ellátásuk minőségének felmérésekor. A feldolgozott tanulmányok azt mutatják, hogy a gyermekek és serdülők teljes mértékben képesek az ilyen felmérésekben való részvételre, mivel ők tudnak csak igazán pontos visszajelzést adni az ellátás összes aspektusával

IRODALOMJEGYZÉK

Biering, P. (2010): Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 65–72

Boncz Imre (2012): Egészségügyi finanszírozási menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek. Medicina kiadó. 133-140 old. Letöltve: http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0061_boncz_eg_fin_ebook/boncz_eg_fin_1_1.html 2018.03.27.

Cervasio, K., Fatata-Hall, K. (2013): Attitude of nurses toward children with disabilities: the attitudes of student nurses toward children with disabilities: an experimental design. *Int.J.Phys. Med. Rehabil.*, 1:41. doi 1041172/2329-9096.1000140

CONTROLL Holding Tanácsadó Zrt. (2014): Közzolgáltatások elégedettségvizsgálata, lakossági igényfelmérés. Tanulmány. Letöltve: http://www.koszeg.hu/pictures/downloadmanager/58/561/5_fejlesztési_elem_tanulmany_koszeg_859.pdf 2018. 03. 27.



DERECENI EGÉSZSÉGÜGYI MINŐSÉGÜGYI NAPOK (2010): Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyben konferencia és továbbképző tanfolyam, javaslatok az egészségügyi minőségfejlesztés stratégiájának kialakítására az érdekeltek bevonásával program: Szakmai Indikátorok a SZT.Margit Rendelő Intézetben. Előadás időpontja: 2010.05.20-21. Letöltve: <http://demin.hu/demin-x-tajekoztato-es-program-8.html> 2018. 03. 27.

Dr. Balatoni Ildikó (2014): Minőségbiztosítás. Debreceni Egyetem http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_minoseg_magyar/ler_rsz11.html Letöltve: 2017.03.27

Dr. Kovács Zsuzsanna és dr. Scheiber Dóra (ford. és szerk.) (2010): Gyermekjogok a kórházban - Egészségfejlesztő Kórházak és Egészségügyi Szolgálatok Gyermek és Serdülő Munkacsoport kezdeményezése - „Önértékelő modell és munkaanyag” Letöltve: [http://www.ogyei.hu/upload/files/Gyermekjogok%20a%20k%C3%B3rh%C3%A1zban%20-%20%C3%96n%C3%A9rt%C3%A9kel%C5%91%20modell%20%C3%A9s%20munkaanyag%20\(HPHCA\).pdf](http://www.ogyei.hu/upload/files/Gyermekjogok%20a%20k%C3%B3rh%C3%A1zban%20-%20%C3%96n%C3%A9rt%C3%A9kel%C5%91%20modell%20%C3%A9s%20munkaanyag%20(HPHCA).pdf) 2018. 03. 27.

Geanellos, R. (2002): Transformative change of self: The unique focus of (adolescent) mental health nursing? International Journal of Mental Health Nursing 11(3). <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2002.00245.x>

Gonçalves Bradley, D. C. et all. (2015): Routin provision of information on patient- reported outcome measures to healthcare providers and patients in clinical practice (protocol). Cochrane Databasis of Systematic Reviews, 4.Art.No.:CD011589 DOI: 10.1002/14651858 CD 011589.

Greene, C. A., Ford, J. D., Ward-Zimmerman, B., Foster, D. (2015): Please Break the Silence: Parents' Views on Communication Between Pediatric Primary Care and Mental Health Providers. Fam Syst Health, 33(2):155-9. doi: 10.1037/fsh0000117

GYEMSZI (2011): Kórházban kezelt betegek körében végzett országos betegelégedettség felmérések nemzetközi gyakorlata.



- Hart A., Saunders A. & Thomas H. (2005) Attuned practice; a service user study of specialist child and adolescent mental health, UK. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 14, 22-31.
- Hewitt-Taylor, J., Bond, C. S. (2012): What e-patients want from the doctor-patient relationship: content analysis of posts on discussion boards. *J Med Internet Res.*, 8;14(6):e155. doi: 10.2196/jmir.2068.
- Janky Béla (2002) „Betegek elégedettsége az egészségügyi rendszerben. A második országos betegelégedettségi vizsgálat eredményei”: in: *Társadalmi riport 2002*, Kolosi Tamás, Tóth István György, Vukovich György (szerk.). Budapest: TÁRKI, Pp. 289–302. www.tarki.hu/adatbank-h/kutjel/pdf/a834.pdf Letöltve: 2018. 03. 27.
- Kaplan, S., Blusner, J., Chibnall, J., Kang, G. (2001): Consumer Satisfaction at a Child and Adolescent State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 52(2):202-6. DOI: 10.1176/appi.ps.52.2.202
- Kincsesné Vajda Beáta (2013): Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimenetében. *Doktori Értekezés*. Szeged. <http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/2592/1/vt2011n5p31.pdf> Letöltve: 2018. 03. 27.
- Kitts, R. L., Gallagher, K., Ibeziako, P., Bujoreanu, S., Garcia, G., Demaso, D. R. (2013): Parent and Young Adult Satisfaction with Psychiatric Consultation Services in a Children’s Hospital. *Psychosomatics*, 54:575-584. doi: 10.1016/j.psych.2013.01.008.
- LaVela, S. L., Gallan, A. S. (2014): Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Experience Journal*, 1(1), 28-36. <https://ssrn.com/abstract=2643249> Letöltve: 2018.03.27.
- Manary, M. P., Boulding, W., Staelin, R., Glickman, S. W. (2013): The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 368:201-3. doi: 10.1056/NEJMp1211775.
- Marriage, K., Worling, D. (2001): Consumer Satisfaction with an Adolescent Inpatient Psychiatric Unit. *Can J Psychiatry*, 46(10):969-75



- Martin, J. S., Petr, C. G., Kapp, S. A. (2003): Consumer Satisfaction with Children's Mental Health Services. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(3).
<https://doi.org/10.1023/A:1023609912797>
- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., Petsios, K. (2014): Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care*, 28(6):526-33. doi: 10.3109/13561820.2014.934338
- O'Neil, M. E., Palisano, R. J., Westcott, S. L. (2001): Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention. *Phys Ther.*, 81(8):1412-24.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1991): Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67/4: 420-450.
- Patternotte, E., Scheele, F., Seeleman, C.M., Bank, L., Scherpier, A.J.J.A., van Dulmen, S. (2016): Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills. *Perspectives on Medical Education*, 5, (5), 268-275.
<https://doi.org/10.1007/s40037-016-0288-y>
- Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., McKinstry, B. (2014): Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 4;(3):CD004134. doi: 10.1002/14651858.CD004134.pub3.
- Varga D., Sulyok N., Feith, H. J., Soósné Kiss Zs., Sajó E., Vingender I. (2013): Comparative research of autism related university studies and family care plans of hungarian health visitor students. *NEW MEDICINE*, 17:2,p.:50-54.
<http://repo.lib.semmelweis.hu/handle/123456789/1605>
- Vekerdy-Nagy Zsuzsa (2010): A teamek dinamikája. In: *Rehabilitációs orvoslás*, (szerk.) Vekerdy-Nagy Zsuzsa. Medicina kiadó. 44.-45 oldal.