

Jelentés a rejtett kapacitásokról

Az egynapos sebészet bővítésének akadályai,
segítő tényezői és szakpolitikai eszközei

2026. június

Tartalomjegyzék

Előszó	3
Bevezetés	6
Módszertan	9
Az egynapos sebészet fogalma	11
Mi az ambuláns műtét / egynapos műtét?	12
Mely beavatkozások és szakterületek mozdulnak el az egynapos sebészet irányába?	14
Minőségi, betegbiztonsági és méltányossági szempontok	18
Betegbiztonság	18
Betegbiztonság a teljes betegút során	19
Betegkiválasztás és preoperatív értékelés	20
Perioperatív betegút kialakítása	20
Hazabocsátás	21
Otthoni lábadozás és elbocsátást követő támogatás	21
Méltányosság	22
Otthoni lábadozás	24
Egészségügyi kommunikáció és egészségügyi egyenlőtlenségek	25
Az egynapos sebészet bővítésének akadályai	27
Működési és szervezeti akadályok	28
Speciális infrastruktúra és védett elektív kapacitás	28
Vezetői prioritások és a változások végrehajtására való képesség	29
Nem megfelelően összehangolt pénzügyi ösztönzők	30
Klinikai és kulturális eltérések a csapatok között	31
Beteg oldaláról felmerülő akadályok	32
Az egynapos sebészet bővítését segítő tényezők	33
Betegút tervezése	34
Otthoni lábadozás	36
Munkaerő	38
Technológia	40
Szakpolitikai és pénzügyi eszközök	41
Szakpolitikai ajánlások	44
Következtetés	47
Hivatkozások	48
Melléklet	52
Résztevők	64
Megbeszélés napirendje	65
A megvitatott témák összefoglalása	67

Előszó

**David Bunting**

felső gasztrointesztinális és hasfali rekonstrukciós sebész,

North Devon District Hospital vezetősegi tisztviselő, az International Association of Ambulatory Surgery korábbi elnöke, British Association of Day Surgery, Egyesült Királyság

Az egészségügyi rendszerek világszerte egy közös, és egyre sürgetőbb kihívással néznek szembe: hogyan tudnak több ellátást biztosítani több beteg számára véges erőforrások mellett, miközben a minőség, a betegbiztonság és a betegélmény legmagasabb szintjét is megőrzik. A növekvő elektív várólisták, a munkaerőhiány és a korlátozott kórházi kapacitások fényében az innovatív és fenntartható megoldások iránti igény még soha nem volt ekkora.

Az egynapos sebészet az egyik legfontosabb lehetőséget jelenti a modern egészségügyi rendszerek számára. Az elmúlt évtizedekben a sebészeti technikák, az anesztézia, a perioperatív ellátás és a lábadozási betegutak fejlődése alapvetően átalakította a lehetőségeket. Azok a beavatkozások, amelyek korábban hosszabb fekvőbeteg-ellátást igényeltek, ma már biztonságosan és hatékonyan elvégezhetők az napi hazabocsátás mellett, lehetővé téve a betegek számára, hogy saját otthonuk kényelmében lábadozzanak, miközben csökken a kórházi ágyakra és erőforrásokra nehezedő nyomás.

Annak ellenére, hogy egyértelmű bizonyítékok támasztják alá az előnyeit, az egynapos sebészet elfogadottsága továbbra sem egységes. Jelentős eltérések figyelhetők meg az egyes országok, egészségügyi szervezetek, szakterületek és klinikai csapatok között. Számos rendszerben az egynapos sebészet még nem érte el teljes potenciálját, mivel elterjedését olyan szervezeti, pénzügyi, működési és kulturális akadályok korlátozzák, amelyek továbbra is a hagyományos fekvőbeteg-ellátási modelleket részesítik előnyben.

Ez a jelentés időszerű és fontos alapot ad a folyamatos szakmai párbeszédhez, arról, hogy az egészségügyi rendszerek miként tudnak megfelelni ezeknek a kihívásoknak. Nemzetközi eredményekre, szakmai tapasztalatokra, szakértői interjúkra és az érintett szereplők nézőpontjára támaszkodva átfogó elemzést nyújt azokról az akadályokról, amelyek gátolják az egynapos sebészet bővülését, azokról a tényezőkről, amelyek elősegítik a sikeres működést, valamint azokról a szakpolitikai eszközökről, amelyek képesek érdemi és hosszú távon fenntartható változásokat támogatni.

A jelentés egyik legfontosabb üzenete, hogy az egynapos sebészetre ne úgy tekintünk, mint egy kisebb szolgáltatásfejlesztésre, hanem úgy, mint az elektív ellátás egyik alapvető stratégiai pillérére. Az eredmények azt mutatják, hogy a magas teljesítményű rendszereket a betegutak tudatos tervezése, a védett kapacitások biztosítása, az összehangolt ösztönzők alkalmazása, a munkaerő fejlesztése és a betegközpontú ellátás iránti következetes elkötelezettség jellemzi. Ugyanakkor a jelentés emlékeztet bennünket arra is, hogy ugyanilyen fontos a bővítés körültekintő végrehajtása annak érdekében, hogy a betegbiztonság, a minőség, a méltányosság és a betegek választási lehetősége továbbra is elsődleges szempontok maradjanak.

A jelentésben szereplő ajánlások gyakorlatiasak, bizonyítékokon alapulnak, és kiemelt relevanciával bírnak mind az egészségügyi vezetők, mind a klinikusok, mind szakpolitikai döntéshozók és mind a szolgáltatásirányítók számára. Egyértelmű útmutatást nyújtanak az egynapos sebészet biztonságos és nagy léptékű bővítéséhez, miközben figyelembe veszik az összetett egészségügy környezetében a megvalósítás során felmerülő gyakorlati kihívásokat.

Ahogy az egészségügyi rendszerek továbbra is a hatékonyság javítására, a betegellátás eredményességének növelésére és a jövőbeli ellenálló képesség megerősítésére törekednek, a jelentésben bemutatott alapelvek fontos iránymutatást nyújthatnak. Az eredmények egyértelműek: ahol az klinikailag megfelelő, az egynapos sebészetre egyre inkább az alapértelmezett ellátási modellé kell válnia. Ennek az átalakulásnak a megvalósítása vezetői elkötelezettséget, beruházásokat és következetes szakmai munkát igényel, ugyanakkor az ebből származó előnyök mind a betegek, mind az egészségügyi szakemberek, mind pedig az egészségügyi rendszerek egésze számára egyaránt jelentősek.

Vezetői összefoglaló

Ez a jelentés az egynapos sebészet biztonságos és nagy léptékben történő bővítésével összefüggő akadályokat, segítő tényezőket és szakpolitikai eszközöket vizsgálja. A jelentés amellett érvel, hogy az egynapos sebészetnek kellene az alapértelmezett betegúttá válnia minden olyan beavatkozás esetében, amely erre orvosi szempontból alkalmas, mivel ez gyakorlati megoldást kínál az elektív kapacitás növelésére, a fekvőbeteg-ágyakra nehezedő nyomás enyhítésére, a költségek csökkentésére és a betegélmény javítására.

A nemzetközi szakirodalom gyors áttekintésére, tíz ország 256 egészségügyi szakemberének bevonásával készült felmérésre, mélyinterjúkra és a tanácsadó testület közreműködésére támaszkodva a jelentés megállapítja, hogy még a viszonylag fejlett rendszerekben is jelentős kihasználatlan lehetőségek maradtak, különösen ott, ahol a kifejezetten egynapos sebészetre kialakított betegutak, a védett kapacitások és a megbízható otthoni lábadozási támogatás még nem épültek ki teljes mértékben.

A jelentés megállapítja, hogy az egynapos sebészeti arányok akkor növekednek, amikor az egészségügyi rendszerek tudatosan, kifejezetten az egynapos sebészetre kialakított betegutak mentén szervezik újra az ellátást.

Az egynapos sebészet bővítésének akadályai

Az eredmények arra utalnak, hogy az egynapos sebészet széles körű bővítését számos, egymással összefüggő tényező akadályozza. Ezek közé tartozik a sürgősségi ellátással és a fekvőbeteg-ellátással folytatott verseny a műtőkapacitásért, az ágykapacitásért, a lábadozási kapacitásért és a személyzetért; a vezetői prioritás hiánya; az egyes rendszerekben megfigyelhető olyan finanszírozási ösztönzők, amelyek továbbra is a fekvőbeteg-ellátást részesítik előnyben; a klinikai normák eltérései az egyes csapatok között; valamint a betegek oldalán megjelenő akadályok, mint például a társbetegségek, a korlátozott otthoni támogatás, a nagy távolság és az otthoni lábadozásba vetett alacsony bizalom. A jelentés megállapítja, hogy az egynapos sebészeti arányok akkor növekednek, amikor az egészségügyi rendszerek tudatosan, kifejezetten az egynapos sebészetre kialakított betegutak mentén szervezik újra az ellátást.

A nagy teljesítményű rendszerek jellemzői

A nagy teljesítményű rendszerek elkülönített ambuláns betegutakat alakítanak ki, elkülönítik az elektív kapacitásokat, összehangolják az ösztönzőket, szabványosítják a perioperatív ellátás és a hazabocsátás folyamatait, beruháznak a munkaerő szakmai felkészültségének fejlesztésébe, és rendszerszintű prioritásként kezelik az egynapos sebészetet. A jelentés hangsúlyozza, hogy az egynapos sebészet bővítésének a megbízhatóságra és a méltányosságra kell épülnie. Az aznapi hazabocsátással végzett műtét számos beavatkozás esetében legalább olyan biztonságos, mint a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett beavatkozás, amennyiben azt gondos betegkiválasztás, fokozott felépülést támogató protokollok, funkcionális hazabocsátási kritériumok és a hazabocsátást követő állapotromlás esetére kialakított egyértelmű eskalációs útvonalak támogatják.



A méltányosság szempontjai a betegek vonatkozásában

Az egészségügyi egyenlőtlenségek jelen vannak az egynapos sebészet területén is, és egyaránt befolyásolják az ellátáshoz való hozzáférést, valamint az ellátás eredményességét. Az egynapos sebészet bővítése az egészségügyi ismeretek, a közlekedési lehetőségek, a digitális hozzáférés, a nyelvi igények és az otthoni lábadozási környezet figyelembevétele nélkül azzal a kockázattal jár, hogy tovább mélyíti ezeket az egyenlőtlenségeket. A betegekkel folytatott kommunikáció kiemelt jelentőségű szempont az egészségügyi egyenlőtlenségek kezelésében.

Ajánlások

A legfontosabb szakpolitikai következtetés a megbízható, védett és betegközpontú betegutak kialakítása, amelyekben az egynapos sebészet válik alapértelmezett ellátási formává minden olyan esetben, ahol az klinikailag megfelelő:

- + **Az egynapos sebészetet alapértelmezett ellátási formává kell tenni** minden olyan esetben, ahol az klinikailag megfelelő, miközben fenn kell tartani a betegbiztonságot és a betegek választási lehetőségét.
- + **Háromlépcsős növekedési stratégiát kell követni:** előtérbe kell helyezni a nagy esetszámú, alacsony komplexitású beavatkozásokat, csökkenteni kell az indokolatlan eltéréseket azoknál a beavatkozásoknál, amelyek esetében az egynapos sebészeti ellátás már bevett gyakorlatnak számít, valamint szelektív módon ki kell terjeszteni az egynapos sebészetet az új határterületnek számító beavatkozásokra és betegcsoportokra.
- + **Megebízható, jól elkülönített egynapos sebészeti betegutakat kell kialakítani** szabványosított protokollokkal a betegkiválasztás, a perioperatív ellátás, a hazabocsátás és az elbocsátást követő támogatás területén.
- + **Az elektív kapacitás védelme érdekében** az egynapos sebészet számára elkülönített erőforrásokat kell biztosítani, valamint ahol lehetséges, kifejezetten erre a célra kialakított létesítményeket vagy betegutakat kell kialakítani.
- + **A méltányossági szempontokat már a tervezés során be kell építeni a rendszerbe,** figyelembe véve a közlekedési lehetőségeket, az egészségügyi ismereteket, a nyelvi tényezőket, a digitális hozzáférést, az otthoni támogatás lehetőségét és a szélesebb értelemben vett társadalmi körülményeket.
- + **Nagy figyelmet kell fordítani a betegekkel való kommunikációra** és az utánkövetésre annak érdekében, hogy a betegek megértsék az otthoni lábadozás folyamatát, tudják, mikor szükséges segítséget kérniük, és a hazabocsátást követően megfelelő támogatást kapjanak

Bevezetés

Világszerte számos egészségügyi rendszer küzd azzal, hogy elegendő elektív kapacitást biztosítson a növekvő igények kielégítésére, amelynek következtében hosszú várólisták és ellátási elmaradások alakulnak ki¹. A minimálisan invazív sebészeti technikák fejlődésének², a szabványosított lábadozási és hazabocsátási betegutaknak³, valamint a növekvő szakpolitikai figyelemnek^{4,5} köszönhetően ma már a beavatkozások egyre szélesebb köre végezhető el egynapos sebészeti ellátás keretében.

Jelentős eltérések mutatkoznak abban, hogy az egyes egészségügyi rendszerek mennyire képesek a műtéti ellátást a fekvőbeteg-ellátásból az ambuláns ellátás irányába áthelyezni.

Az egynapos sebészeti ellátás lehetővé teszi a műtéti csapatok számára az átbocsátóképesség és a termelékenység növelését^{4,6,7}, a költségek és az erőforrás-felhasználás csökkentését⁸, valamint a betegélmény javítását⁹. Ugyanakkor jelentős eltérések mutatkoznak abban, hogy az egyes egészségügyi rendszerek mennyire képesek a műtéti ellátást a fekvőbeteg-ellátásból az ambuláns ellátás irányába áthelyezni. Jelentős különbségek figyelhetők meg az országok között⁴, az egyes országokon belül az intézmények és a csapatok között, valamint az egyes beavatkozások és szakterületek között is^{2,13}.

Ez a jelentés többféle bizonyítékforrást egyesít annak vizsgálata érdekében, hogy feltárja, az egészségügyi rendszerekben az egynapos sebészet biztonságos bővítésével összefüggő akadályokat, segítő tényezőket és szakpolitikai eszközöket. A jelentés a nemzetközi teljesítményt, a finanszírozási modelleket, a betegút tervezését, a betegek ellátási eredményeit és a kialakulóban lévő legjobb gyakorlatokat bemutató nemzetközi szakirodalom áttekintésére épül, valamint klinikai szakértőkkel készített interjúkra és olyan szakemberekből álló tanácsadó testület munkájára támaszkodik, akik közvetlen tapasztalattal rendelkeznek az egynapos sebészeti szolgáltatások nyújtása, irányítása és bővítése terén.



A tanácsadó testület tagjai:



Prof. Jaideep Pandit
tanszékvezető, az aneszteziológia
professzora,
University of Oxford, Egyesült Királyság



Jaana Perttunen
elnök,
European Operating Room Nurses
Association (EORNA), Finnország



Laurens Van Houte
a sebészeti osztály vezetője,
Medisch Spectrum Twente, Hollandia



Dr. Shaan Chhabra
transzformációs és betegáramlás-fejlesztési
vezető, Newham Hospital,
Barts Health NHS Trust, Egyesült Királyság



Daniela Matos
főápoló,
Unidade Local de Saúde de Santo António,
Portugália



Dr. Francesco Venneri
igazgató, Klinikai Kockázatkezelési és
Betegbiztonsági Központ,
Toszkána régió, Olaszország



Dr. Jaroslaw J. Fedorowski
elnök,
Polish Hospital Federation (PFSZ),
Lengyelország

Interjú készült az alábbi személyekkel:



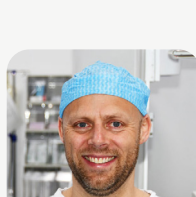
Prof. Tim Briggs
a GIRFT program vezetője és az NHS
England klinikai fejlesztésért, elektív ellátás
helyreállításáért, valamint a sürgősségi és
akut ellátásért felelős országos igazgatója,
Egyesült Királyság



David Bunting
felső gasztrointesztinális és hasfali
rekonstrukciós sebész, North Devon
District Hospital vezetőségi tisztviselő, az
International Association of Ambulatory
Surgery korábbi elnöke, British Association
of Day Surgery, Egyesült Királyság



Prof. Karine Nouette-Gaulain
Az aneszteziológia, intenzív terápia és
perioperatív medicina professzora,
CHU de Bordeaux, Franciaország



Bjarne Skjødt Hjaltalin
főorvos, Egynapos Sebészeti Osztály,
Amager and Hvidovre Hospital, Dánia



Ez a jelentés mellett érvel, hogy jelentős lehetőségek rejlenek az egynapos műtétek arányának további növelésében.

A kutatás célja annak feltárása volt, hogy az érintett szereplők megítélése szerint hol maradtak még kihasználatlan lehetőségek az egynapos sebészet területén, mely akadályok gátolják a leggyakrabban azt, hogy az arra alkalmas eseteket aznapi ellátásként végezzék el, valamint mely gyakorlati beavatkozások gyorsíthatnák fel leginkább az előrehaladást. Ezek az eredmények a publikált szakirodalom fontos, működési tapasztalatokon alapuló kiegészítését jelentik, és segítenek feltárni azokat a területeket, ahol a szakpolitikai törekvések és a működési valóság között továbbra is jelentős eltérés mutatkozik.

Ez a jelentés amellel érvel, hogy jelentős lehetőségek rejlenek az egynapos műtétek arányának további növelésében, még azokban az országokban is, amelyek már kiforrottabb egynapos sebészeti rendszerekkel rendelkeznek. E lehetőségek leginkább úgy aknázhatók ki, ha az egynapos sebészet válik alapértelmezett betegúttá minden olyan beavatkozás esetében, amely erre orvosi szempontból alkalmas, valamint, ha védett kapacitásokkal és erőforrásokkal rendelkező, önálló egynapos sebészeti betegutakat alakítanak ki.

Módszertan

A jelentés alapját az egynapos sebészet akadályaira és a segítő tényezőkre vonatkozóan rendelkezésre álló szakirodalom gyors áttekintése képezi. A releváns, az elmúlt öt évben megjelent angol nyelvű, nemzetközi források összegyűjtésére egy mesterséges intelligencia alapú eszközt, az Undermind.ai rendszert használták.

Az Undermind egy tudományos szakirodalmi áttekintések elkészítésére fejlesztett mesterségesintelligencia-alapú eszköz, amely a több mint 200 millió cikket tartalmazó Semantic Scholar adatbázisban keres (amely magában foglalja a PubMed adatbázist és más élettudományi adatgyűjteményeket is). Az összegyűjtött tanulmányok összefoglalóit szakértő értékelte annak érdekében, hogy biztosítsa azok relevanciáját. Az előzetes áttekintésbe összesen 64 tanulmány került bevonásra. Az összegyűjtött szakirodalomból azonosították az egynapos sebészet bővítésének akadályait és annak segítő tényezőivel kapcsolatos témákat, majd szükség esetén további célzott kereséseket végeztek a szürke irodalomban és a régebbi tudományos szakirodalomban a részletek pontosítására.

Az eredmények kiegészítéseként egy felmérést készítettek annak érdekében, hogy feltárják a betegellátás frontvonalában dolgozó szakemberek nézőpontját az egynapos sebészet jövőjével kapcsolatban.

Ezen túlmenően négy félig strukturált interjú készült az egynapos sebészetben közvetlen tapasztalattal rendelkező egészségügyi szakemberekkel. A jelentésben szereplő valamennyi idézet és hivatkozás az interjúalanyok engedélyével került felhasználásra.

2026. április 2. és 22. között a
Censuswide

256

10 országban dolgozó
egészségügyi szakember
bevonásával végzett
felmérést.

A kutatás célcsoportját olyan sebészek (63 fő), aneszteziológusok (25 fő), műtős szakápolók (60 fő), műtővezetők (32 fő), beszerzési szakemberek (35 fő) és kórházi felsővezetők (41 fő) alkották, akik legalább havi egy alkalommal részt vesznek egynapos sebészeti ellátások végzésében, szervezésében vagy az azokhoz kapcsolódó beszerzésekben.

Egyesült Királyság (52N)

Franciaország (28N)

Ausztria (25N)

Olaszország (25N)

Skandinávi országok ((Norvégia (17N), Svédország (18N), Dánia (15N)), mindösszesen 50N)

Németország (26N)

Egyesült Arab Emírségek (25N)

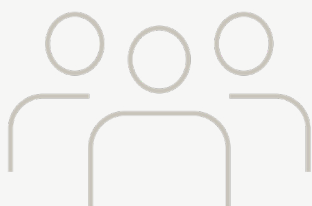
Szaúd-Arábiai Királyság (25N)

A Censuswide tagja a Market Research Society (MRS) és a British Polling Council (BPC) szervezeteknek, valamint aláírja a Global Data Quality Pledge kezdeményezésnek. A szervezet működése megfelel a Market Research Society magatartási kódexének, valamint az ESOMAR alapelveinek.



Végül hat különböző országból származó, az egynapos sebészet területén tapasztalattal rendelkező hét egészségügyi szakemberből álló tanácsadó testület ült össze, amely megkapta a jelentés tervezetét, majd moderált szakmai beszélgetésre került sor a jelentés megállapításainak kritikai értékelése és az ajánlások kidolgozása érdekében¹³.

A tanácsadó testület ülését követően további célzott szakirodalmi kereséseket végeztek az egynapos sebészethez kapcsolódó betegbiztonsági és egészségügyi egyenlőtlenségi kérdések tekintetében. A jelentés átdolgozására, valamint az ajánlások véglegesítésére a tanácsadó testület megbeszélései elhangzottak alapján került sor. Az így elkészült anyagot további véleményezés céljából ismét megküldték a tanácsadó testület tagjai részére.



Az egynapos sebészet fogalma

A világ különböző országaiban eltérő kifejezéseket használnak az „egynapos sebészet” megnevezésére, és különbségek mutatkoznak abban is, hogy az adott rendszerben miként alkalmazzák ezt a fogalmat a gyakorlatban. Az alkalmazott terminológia gyakran tükrözi az adott ország egészségügyi irányítási és finanszírozási rendszerét, valamint azt, hogy az egynapos sebészet milyen helyet foglal el az elszámoltathatósági keretrendszerekben és az ellátásszervezési modellekben.

Míg egyes országok az egynapos sebészetet 24 óránál⁹ rövidebb kórházi tartózkodásként határozzák meg, más országok ennél szigorúbb, nulla napos bentfekvésen alapuló meghatározást alkalmaznak, mivel ez könnyebben mérhető és követhető nyomon a rutin adatok alapján¹⁶.

1. Táblázat

Kifejezés	Tipikus jelentés	Országspecifikus példa	Megjegyzések
Egynapos műtét / egynapos sebészet	Tervezett műtéti beavatkozás, amely esetében a beteg hazabocsátására a műtét napján kerül sor	Anglia, Írország, skandináv országok ^{4,10}	
Ambuláns műtét	Egyéjszakás kórházi tartózkodás nélküli műtét, amely gyakran speciális ambuláns egységekhez kapcsolódik	Észak-Amerika és Spanyolország ^{6,17,18}	Utalhat egyszerre egy betegútra és egy ellátási helyszínre is
Járóbeteg műtét	Olyan műtét, amelyet fekvőbeteg-szakellátás nélkül végeznek	Németország, Svájc, Egyesült Államok ^{6,17,18}	Időnként tágabb fogalom, mint az aznapi hazabocsátás, és magában foglalhat 24 vagy 23 óránál rövidebb tartózkodást is
Járóbeteg műtét	Az aznapi sebészeti ellátás finanszírozási megnevezése Magyarországon	Magyarország ¹⁹	

A jelentés a Nemzetközi Ambuláns Sebészeti Társaság (International Association for Ambulatory Surgery, IAAS) definícióját alkalmazza, amely szerint az egynapos sebészet olyan „műtétet vagy beavatkozást jelent – az ambuláns rendelői vagy járóbeteg-ellátás keretében végzett műtétek és beavatkozások kivételével –, amelynek során a beteg ugyanazon a munkanapon hazabocsátásra kerül”²⁰, és az IAAS-hoz hasonlóan az „egynapos sebészet” és az „ambuláns sebészet” kifejezéseket szinonimaként használja.

Mi az ambuláns műtét / egynapos műtét?

Az egynapos sebészet olyan, a teljes ellátási folyamatot lefedő betegút, amelynek célja, hogy a megfelelő betegek esetében az erre alkalmas beavatkozások tervezett műtéti ellátása éjszakai fekvőbeteg-ellátás igénybevétele nélkül valósuljon meg²⁰.

A korábbi hazabocsátás lehetővé tétele érdekében az egynapos sebészeti beavatkozások egy olyan betegútra épülnek, amelynek főbb elemei a következők: ^{3,9,21}

- + betegkiválasztás;
- + a gyors felépülést támogató aneszteziológiai és sebészeti technikák alkalmazása;
- + szabványosított perioperatív protokollok;
- + egyértelmű hazabocsátási kritériumok alkalmazása, amelyek nem a beavatkozás óta eltelt időn, hanem a beteg funkcionális állapotán alapulnak;
- + hazabocsátást követő tanácsadás és támogatás;
- + a beteg állapotának nyomon követése;
- + eszkalációs mechanizmusok biztosítása arra az esetre, ha az otthoni lábadozás nem a várakozásoknak megfelelően alakul.



Mi az ambuláns műtét / egynapos műtét?



Az egynapos sebészet a fekvőbeteg-ellátás egy jól elkülönülő alternatíváját jelenti. Az egynapos sebészet vezető szakértőivel folytatott beszélgetéseink arra utalnak, hogy azok az egészségügyi rendszerek képesek sikeresen növelni az egynapos sebészet arányát, amelyek kifejezetten az egynapos sebészetre kialakított betegutakat hoznak létre ahelyett, hogy a meglévő betegutak felgyorsítására törekednének. Ehelyett újragondolják az egynapos esetekhez kapcsolódó ellátás megszervezésének módját. A legsikeresebb rendszerekben az egynapos sebészet jelenti az alapértelmezett ellátási formát minden olyan beteg és beavatkozás esetében, amely erre orvosi szempontból alkalmas.



David Bunting

felső gasztrointesztinális és hasfali rekonstrukciós sebész, North Devon District Hospital vezetőségi tisztviselő, az International Association of Ambulatory Surgery korábbi elnöke, British Association of Day Surgery, Egyesült Királyság

“ Arról van szó, hogy meg kell találni annak módját, miként válhat az egynapos sebészet az új normává. És amikor ez megtörténik, és az egynapos sebészet válik az általános gyakorlattá, általában már elegendő lendület áll rendelkezésre ahhoz, hogy ez a működési modell hosszú távon is fennmaradjon, mivel természeténél fogva sokkal fenntarthatóbb, mint a hagyományos sebészeti ellátási formák.”

Rendszerszinten az egynapos sebészet tartós növekedése lehetővé teheti az elektív fekvőbeteg-ágykapacitás csökkentését, illetve lehetőséget teremthet az ágyak más célokra történő átcsoportosítására. Mindez mérsékelheti a teljes rendszer működési költségeit, valamint felszabadíthatja a korlátozott fekvőbeteg-kapacitásokat azon betegek számára, akik számára a fekvőbeteg-ellátás valóban nagyobb előnyökkel jár. Például az ír Elektív Sebészeti Program becslése szerint az egynapos műtétek számának növelése és a tartózkodási idő csökkentését célzó betegutak alkalmazása 14 sebészeti szakterületen évente körülbelül 41 500 ápolási nap megtakarítását eredményezheti²³, míg a szélesebb körű nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy a kifejezetten egynapos sebészetre kialakított betegutak csökkenthetik a költségeket, javíthatják az átbocsátóképességet, valamint az elektív kapacitás bővítése révén hozzájárulhatnak a várakozási idők csökkentéséhez is^{3-5,19,24}.



Daniela Matos

főápoló, Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugália¹⁵

“ Az én intézményemben 11 műtő működik, és naponta körülbelül 200 műtétet végzünk. A hagyományos fekvőbeteg-műtői környezetben ugyanehhez egy teljes hétre van szükség, így a betegforgalmunk igen nagy. Az egyes műtőkben a betegek közötti átállási idő mindössze körülbelül nyolc-kilenc perc, ami a képzésünknek és a kialakított folyamatainknak köszönhető. Magas a betegelégedettség miközben a szövődmények aránya alacsony.”

Mely beavatkozások és szakterületek mozdulnak el az egynapos sebészet irányába?



Jaana Perttunen

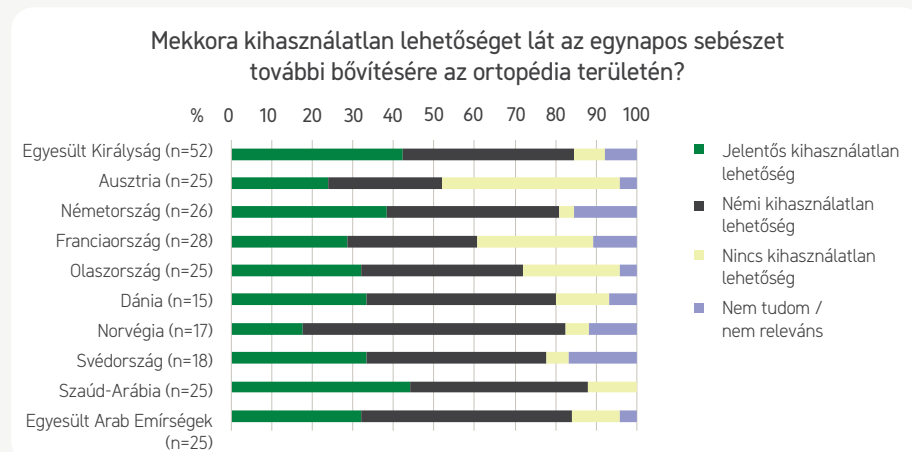
elnök,
European Operating Room Nurses
Association (EORNA), Finnország¹⁵

“Finnországban az egynapos sebészet aránya folyamatosan növekszik, egyes szakterületeken már eléri a 90%-ot is. Számos mobilalkalmazást használunk annak elősegítésére, hogy a betegek kapcsolatot tudjanak tartani a kórházzal. Szinte minden elektív beteg a műtét reggelén érkezik, kivéve, ha hosszú utat kell megtennie. A műtétet követően a betegek olyan időpontban bocsáthatók haza, amely klinikailag biztonságos és számukra kényelmes. Számos alkalmazást fejlesztünk annak érdekében, hogy az ápolók támogatni tudják a betegeket a sebészeti betegút egészén. A betegedukáció és az ápolószemélyzet megfelelő szakmai felkészültsége kulcsfontosságú a betegek támogatása szempontjából.”

Történetileg az egynapos sebészet elsősorban a kisebb volumenű, nagy esetszámú és alacsony komplexitású beavatkozások esetében bizonyult megfelelő megoldásnak^{4,12}. Az egynapos sebészet alkalmazási köre azonban a sebészeti technikák², a beavatkozások és a lábadozást támogató módszerek fejlődésének köszönhetően folyamatosan bővül a kisebb beavatkozások mellett ma már egyes nagyobb komplexitású műtétekre is kiterjed^{2,19,25-27}. Ez magában foglalja a robotsebészetet²⁸, az aneszteziológiai technikákat, valamint a fokozott felépülést támogató megközelítéseket, illetve a szabványosított perioperatív protokollok elterjedését^{25,29}.

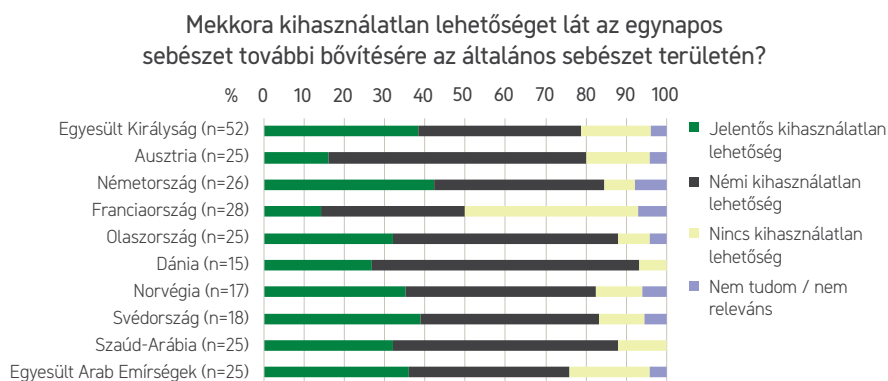
Az egynapos műtétekre való átállás egyre több szakterületet érint, ugyanakkor ennek üteme világszerte jelentős eltéréseket mutat^{2,4}. Ezt a tendenciát a felmérés eredményei is megerősítették¹⁴, mivel a megkérdezettek valamennyi vizsgált szakterületen kihasználatlan lehetőségeket azonosítottak az egynapos sebészet terén, ami arra utal, hogy számos egészségügyi rendszer szerint az átállás még viszonylag korai szakaszban van.

1a. ábra

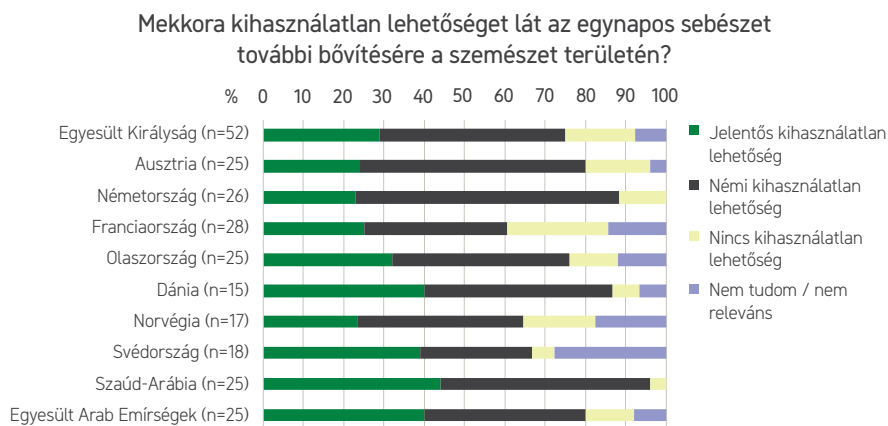


Mely beavatkozások és szakterületek mozdulnak el az egynapos sebészet irányába?

1b. ábra



1c. ábra



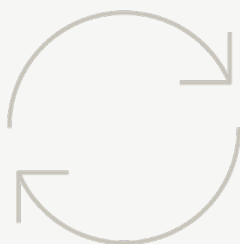
Forrás: Mölnlycke egynapos sebészeti felmérés, Censuswide, 2026. április 2–22.
Bázis: valamennyi megkérdezett (n=256).

A pozitív megítélés országoként eltérő volt. Az Egyesült Királyságban és Dániában dolgozó megkérdezettek tartoztak azok közé, akik a legoptimistábban vélekedtek az egynapos sebészet további bővítéséről, különösen az ortopédia, a szemészet és az általános sebészet területén mutatkozott erős bizalom a további fejlődési lehetőségek iránt. Németországban szintén jelentős további lehetőségeket azonosítottak az általános sebészet területén, míg a szaúd-arábiai megkérdezettek különösen kedvezően ítélték meg az ortopédia és a szemészet további fejlesztési lehetőségeit. Ezzel szemben Franciaországban és Ausztriában a megkérdezettek bizonyos, már régóta működő szakterületek esetében jóval visszafogottabbak voltak, ami arra enged következtetni, hogy a további fejlődési lehetőségekről alkotott kép összefügg az adott országban az egynapos sebészeti betegutak fejlettségével és a jelenlegi elterjedtséggel.

Az egynapos sebészet arányának további növelése szempontjából továbbra is a nagy esetszámú beavatkozások bírnak a legnagyobb jelentőséggel. Ezek a beavatkozások jelentik a legegyszerűbb és legkönnyebben megvalósítható kiindulópontot azon egészségügyi rendszerek számára, amelyek egynapos sebészeti betegutakat kívánnak kialakítani és fejleszteni, továbbá, ezek a beavatkozások a leginkább alkalmasak arra, hogy egynapos műtétként végezzék el őket.

Számos gyakori elektív beavatkozás jól jelzi, hogy egy adott egészségügyi rendszer milyen mértékben és milyen sikerrel alkalmazza az egynapos sebészetet. Ezek közé tartoznak:

- + laparoskopos epehólyag-eltávolítás²⁴
- + lágysérvműtétek¹²
- + szemészeti műtétek^{30,31}



Mely beavatkozások és szakterületek mozdulnak el az egynapos sebészet irányába?

Ugyanakkor a technológiai fejlődés folyamatosan átalakítja azt, hogy mely beavatkozások végezhetőek megvalósítható módon egynapos műtétként, és egyre több új terület nyílik meg az egynapos sebészet számára. Az urológia területén például a minimálisan invazív lézeres sebészeti technikák révén a jóindulatú prosztata-megnagyobbodás miatti műtétek egyre nagyobb arányban végezhetőek el egynapos műtétként.

A teljes ízületi protézis-beültetés szintén az egynapos sebészet egyik új, ígéretes alkalmazási területének tekinthető. Az Egyesült Királyságban 17 vizsgálatot összegző metaanalízis kimutatta, hogy az egynapos sebészeti ellátás keretében végzett teljes ízületi arthroplastika esetében az újrafelvételi arány 1,9% volt, szemben a fekvőbeteg-ellátásban végzett beavatkozások 2,0%-os arányával, ami azt jelenti, hogy a két ellátási forma megbízhatósági profilja nagyon hasonló volt³². Ezeknek a magasabb komplexitású beavatkozásoknak az egynapos sebészeti ellátás keretében történő elvégzése a betegek körében is magas elfogadottságot mutatott: egy vizsgálatban a betegek 80–96%-a nyilatkozott úgy, hogy szükség esetén ismét az ambuláns arthroplastikát választaná³³.

Ez összhangban áll a felmérés eredményeivel is¹⁴, amelyek szerint az ortopédia területén a megkérdezettek 77%-a jelentős kihasználatlan lehetőségeket azonosított, ami arra utal, hogy a klinikusok egyre inkább reális lehetőségeként tekintenek a nagyszűrt beavatkozások aznapi ellátás keretében történő elvégzésére, amennyiben ehhez megfelelő betegutak állnak rendelkezésre.

2. ábra

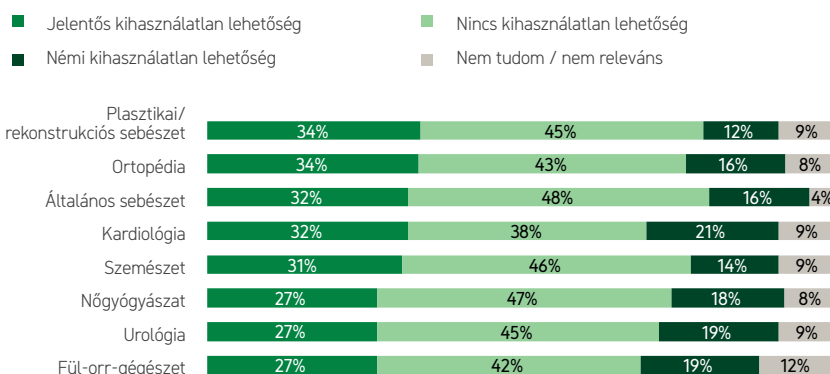
A megkérdezettek akár

80%-a

is lát még kihasználatlan lehetőségeket az egynapos sebészetben.

Mekkora kihasználatlan lehetőséget lát az egynapos sebészet további bővítésére az alábbi szakterületeken?

Valamennyi megkérdezett (n=256)



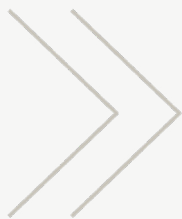
Forrás: Mölnlycke egynapos sebészeti felmérés, Censuwide, 2026. április 2–22.

Bázis: valamennyi megkérdezett (n=256).

Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy bár a technológiai fejlődés számos szakterületen támogatta az egynapos sebészet arányának növekedését, **ennek a fejlődésnek együtt kell járnia** a betegutak újratervezésével annak érdekében, hogy a potenciálisan egynapos ellátásra alkalmas esetek a mindennapi gyakorlatban is olyan beavatkozásokká váljanak, amelyeket alapértelmezett esetben egynapos ellátásként végeznek el.

Miközben a kevésbé fejlett rendszerek az egynapos műtétek arányának növelésére törekednek, háromlépcsős stratégiát érdemes követniük²². Először mintaként szolgáló egynapos sebészeti betegutakat kell kialakítaniuk a nagy esetszámú, alacsony komplexitású beavatkozások esetében, amelyek különösen alkalmasak egynapos műtétként történő elvégzésre. Másodsor csökkentiük kell az indokolatlan eltéréseket, és el kell érniük azon beavatkozások egységes alkalmazását, amelyek esetében az egynapos sebészet biztonságos alkalmazása megfelelően igazolt, de amelyeket az ellátók egy része továbbra sem alkalmazza rutinszerűen egynapos ellátásként.

Mely beavatkozások és szakterületek mozdulnak el az egynapos sebészet irányába?



Végül pedig az egészségügyi rendszereknek tovább kell bővíteniük a lehetséges egynapos műtétek körét azért, hogy azonosítsák azokat az „új” beavatkozásokat és betegcsoportokat, amelyek a technikai fejlődés eredményeként ma már orvosi szempontból alkalmassá váltak az aznapi hazabocsátással történő ellátásra.

A gyakorlatban ez a következőket jelenti²²:

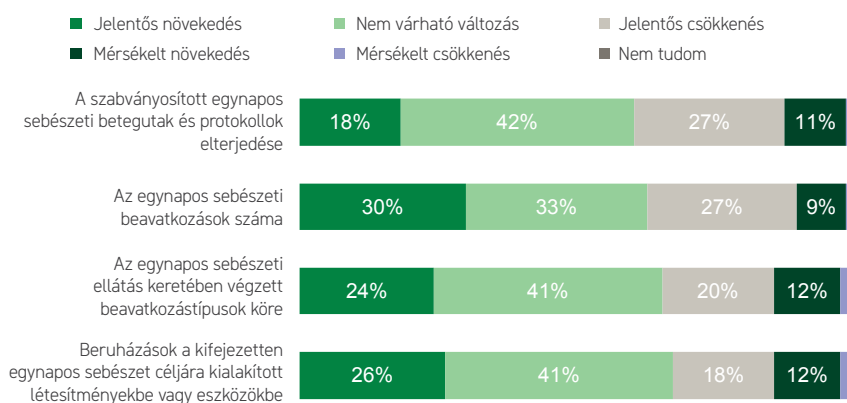
- 1. A nagy esetszámú beavatkozások előtérbe helyezését annak érdekében, hogy kiforrott egynapos sebészeti betegutak alakuljanak ki, és gyors kapacitásnyereség legyen elérhető.**
- 2. A betegutak újratervezésének, a szabványosított protolloknak és a megvalósítást támogató eszközöknek az alkalmazását annak érdekében, hogy a potenciális egynapos esetekből tényleges egynapos esetek váljanak.**
- 3. Az új alkalmazási területeket jelentő beavatkozásokhoz szükséges szakmai és szervezeti képességek célzott fejlesztését annak biztosítása érdekében, hogy ezek a beavatkozások minden olyan esetben egynapos sebészeti ellátásként valósuljanak meg, amikor ez klinikailag megfelelő**

Az egynapos sebészet bővítésének lehetősége már nem korlátozódik a „kisebb” műtétekre; egyre inkább a magasabb komplexitású esetek és a szélesebb betegpopulációk is az alkalmazási körbe tartoznak. A felmérés során megkérdezettek jelentős fennmaradó lehetőségeket azonosítottak (bizonyos mértékű vagy jelentős kihasználatlan lehetőség, illetve jelentős kihasználatlan lehetőség) nemcsak a hagyományosan nagy esetszámú szakterületeken, hanem az ortopédia (77%, 34%), a kardiológia (70%, 32%), az urológia (72%, 27%) és a plasztikai és rekonstrukciós sebészet (79%, 34%) területén is, ami jól mutatja, hogy az egynapos sebészet bővítésének következő szakasza milyen széles körű lehet. Ez arra utal, hogy jelentős lehetőség áll rendelkezésre az egynapos sebészet által ígért kórházi kapacitásnövekedés megvalósítására.

3. ábra

Várakozásai szerint hogyan változnak az alábbi területek az Ön szervezetében a következő 2-3 év során?

Valamennyi megkérdezett (n=256)



Forrás: Mölnlycke egynapos sebészeti felmérés, Censuwide, 2026. április 2-22.
Bázis: valamennyi megkérdezett (n=256).

Minőségi, megbízhatósági és méltányossági szempontok

Betegbiztonság

A megbízhatóságnak központi szerepet kell játszania az egynapos sebészet arányának növelésére irányuló valamennyi törekvésben. A hagyományos fekvőbeteg-ellátás keretében végzett műtétekkel szemben az egynapos sebészet esetében a betegek felépülésének nagyobb része az otthoni környezetben, az egészségügyi szakemberek közvetlen felügyeletén kívül zajlik^{9,34}. Ezért különös jelentősége van annak, hogy mely beavatkozások alkalmasak egynapos sebészeti ellátásra, valamint annak is, hogy mely betegek tekinthetők alkalmasnak egy ilyen ellátási forma szempontjából^{35,36}.

A jelenlegi gyakorlat alapján az egynapos műtétek biztonságossága egységesen legalább olyan kedvezőnek bizonyult, mint a fekvőbeteg-ellátás keretében végzett műtéteké^{16,32,37}. Az Egyesült Államokban végzett összehasonlító vizsgálatok során a vizsgált 14 beavatkozás közül 13 esetben az ambuláns ellátás keretében végzett műtétekhez alacsonyabb szövődmény- és újrafelvételi arány társult¹⁶. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy ezt a kedvező megbízhatósági profilt megfelelő betegkiválasztás, valamint olyan robusztus és tudatosan kialakított betegutak révén sikerült elérni, amelyek maximalizálták a biztonságos, szövődménymentes beavatkozás és felépülés feltételeit¹⁶.

Érdekes megbízhatósági tanulságok vonhatók le azokból a tanulmányokból is, amelyek az egyes beavatkozáscsoportokon belüli eredményeket vizsgálták. Angliában például az egynapos arthroplasztika eredményei eltérően alakultak az egyes ízületek esetében: az egyrészes térdprotézis-beültetés biztonságosnak bizonyult egynapos műtétként történő elvégzés esetén. A teljes csípőprotézis-beültetés általánosságban biztonságosnak bizonyult, ugyanakkor a módszer alkalmazása tanulási folyamatot igényelt, és a vizsgálatban részt vevő intézmények által elvégzett első hat egynapos eset során magasabb volt az újrafelvétel kockázata. Ezzel szemben a teljes térdprotézis-beültetés esetében magasabb volt az ismételt műtéti kockázat, különösen a műtetet követően kialakuló ízületi merevség miatt szükségessé váló, altatásban végzett mobilizációs beavatkozások esetében¹³.

Mindez rávilágít arra, hogy mennyire fontos elkerülni a túlzott általánosítást az egyes sebészeti beavatkozáscsoportokon belül, és minden egyes beavatkozás esetében külön szükséges vizsgálni annak megbízhatósági profilját.



Betegbiztonság a teljes betegút során

A betegbiztonságot a teljes betegút során figyelembe kell venni, a betegkiválasztástól és a preoperatív értékeléstől kezdve egészen a hazabocsátásig és az otthoni lábadozásig.

2. táblázat

A betegút szakasza	A betegbiztonságot elősegítő gyakorlatok	Lehetséges hibaforrások
Betegkiválasztás és preoperatív értékelés	A betegkockázat, a beavatkozás komplexitásának, az anesztéziás tervnek, az intézmény képességeinek és az otthoni támogatás rendelkezésre állásának értékelése ^{35,36,38,39}	Sikertelen aznapi hazabocsátás, nem tervezett kórházi felvétel ⁴⁰⁻⁴²
Perioperatív ellátás	Az Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protokollok alkalmazása, gyors hatású anesztézia, opioidkímélő fájdalomcsillapítás, a műtét utáni hányinger és hányás (Postoperative Nausea and Vomiting - PONV) hatékony megelőzése, minimálisan invazív sebészeti technikák alkalmazása, korai mobilizáció ^{34,43-45}	Fájdalom, PONV, elhúzódó mobilizáció, hosszabb lábadozás, egyéjszakás kórházi tartózkodás ⁴⁰⁻⁴²
Hazabocsátás	Fiziológiai (nem időalapú) hazabocsátási kritériumok alkalmazása: stabil életfunkciók, éberség, mobilitás, megfelelően kontrollált fájdalom és hányinger, elfogadható mértékű vérzés. Írásos tájékoztatás biztosítása, kísérő személy, hazaszállítás és támogatás az első éjszaka során ^{29,34,47,48}	Késedelmes hazabocsátás, nem biztonságos hazabocsátás, megelőzhető újrafelvételek ^{40,49}
Otthoni lábadozás	Egyértelmű eszkalációs útvonalak, proaktív másnapi utánkövetés, távmonitorozás, gyógyszerfelülvizsgálat, tünetkövetés ^{34,50-52}	A beteg állapotromlása észlelésének elmulasztása, nem megfelelően kezelt tünetek, gyógyszerelési hibák, sürgősségi ellátás igénybevétele ^{40,51}
Irányítás	A nem tervezett kórházi felvételek, kórházi visszatérések, szövődmények, sikertelen hazabocsátások, a betegek által jelentett lábadozási eredmények és az egyes gyakorlatok közötti eltérések rendszeres mérése ^{6,7,16,53}	Elkerülhető eltérések az egyes gyakorlatok és környezetek között, elszalasztott fejlesztési lehetőségek ^{16,40}



Dr. Francesco Venneri

igazgató, Klinikai Kockázatkezelési és
Betegbiztonsági Központ,
Toszkána régió, Olaszország¹⁵

Az obstruktív alvási apnoében szenvedő betegek metaanalízise azt mutatta, hogy az egynapos sebészet támogatását elősegítheti az aktív szűrés, az algoritmus-alapú perioperatív ellátás következetes alkalmazása, valamint a beavatkozást követő fokozott megfigyelés

“

Betegkiválasztás és preoperatív értékelés

Fennállhat annak a veszélye, hogy alábecsülik a beteg állapotának összetettségét. Így előfordulhat, hogy a beteget ambuláns környezetben történő ellátásra alkalmasnak ítélik, miközben valójában olyan kockázati tényezők húzódnak meg a háttérben, amelyeket nem ismernek fel teljeskörűen.”

Az egynapos műtétek megbízhatósága a betegek alkalmasságának értékelésével kezdődik. Számos egészségügyi rendszerben a gyakorlat már eltávolodott a merev betegkiválasztási kategóriáktól és egy olyan modell felé mozdult el, amely dinamikusan, az adott beteg jellemzői alapján határozza meg az alkalmasságot, figyelembe véve a társbetegségeket, a beavatkozás invazivitását, az anesztéziás technikát, a sebészeti ellátás környezetét, valamint a szociális támogatottságot és az otthoni környezetet. Annak eldöntése során, hogy egy beteg alkalmas-e egynapos műtetre, nemcsak azt kell értékelni, hogy a beteg fiziológiai szempontból képes-e a beavatkozást elviselni, hanem azokat a környezeti és társadalmi tényezőket, amelyek befolyásolhatják a felépülési terv biztonságos követésének képességét. Ide tartozik például a közösségi támogatáshoz való hozzáférés, a lakókörnyezet, a kórháztól való távolság vagy az egészségügyi ismeretek szintje is^{36,38}.

A szakirodalom alapján számos olyan fiziológiai kockázati tényező ismert, amelyek gyakran együtt járnak a fekvőbeteg-felvétel vagy a hazabocsátást követő ismételt egészségügyi ellátás igénybevételeének magasabb kockázatával. Ezek közé tartozik az idősebb életkor, az elhízás, a légzőszervi betegségek, a szívbetegségek, a cukorbetegség, az obstruktív alvási apnoe, az elesettség, valamint a magasabb társbetegség-terhelés^{37,40-42,54}. Ezek a kockázati tényezők önmagukban nem zárják ki a betegeket az egynapos műtétekből^{37,55}, azonban fokozott figyelmet és adott esetben magasabb szintű ellátást tehetnek szükségessé.

A beteg fizikai alkalmasságán túl a szakirodalom számos olyan szociális felkészültségi tényezőt azonosít, amelyek meghatározzák, hogy egy adott beteg megfelelő jelöltnek tekinthető-e egynapos műtetre. Ezek közé tartozik az egészségügyi ellátás közelsége, a közlekedési lehetőségekhez való hozzáférés és az otthoni támogatás rendelkezésre állása^{29,34,35,48}. Az angliai Getting It Right First Time program például azt javasolja, hogy a beteg legfeljebb egyórányi autótúra lakjon attól a kórháztól, amely egy esetleges szövődmény esetén képes lenne ellátást biztosítani számára: ellenkező esetben indokolt lehet, hogy a beteg az első éjszakát egy helyi szállodában töltsen, mielőtt hazautazna. Ezek a megbízhatóság szempontjából alapvető jelentőségű biztosítékok, amelyeknek azonos súllyal kell szerepelniük a döntéshozatal során, mint a beteg fizikai alkalmasságának.

Perioperatív betegút kialakítása

Miután a megfelelő betegek kiválasztása megtörtént, a megbízhatóság következő fontos pontját a perioperatív betegút jelenti. Az áttekintett szakirodalomban az Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protokollokat rendszeresen olyan kulcsfontosságú stratégiaként említették, amely elősegíti a megbízhatóságot^{34,43,44}. Az ERAS alapvető elemei közé tartozik a preoperatív betegedukáció, a tápláltsági állapot optimalizálása (beleértve a korlátozott koplalást), a megfelelő hidratáltság biztosítása, a gyors felépülést támogató anesztéziás technikák alkalmazása, az opioid-takarékos fájdalomcsillapítás, a PONV -profilaxis megelőzése, a folyadékháztartás egyensúlyának fenntartása, a minimálisan invazív technikák alkalmazása, ahol ez megvalósítható, valamint a korai mobilizáció^{34,43,44}. Az egyik vizsgálat kimutatta, hogy a személyzet folyamatos képzése és a rendszeres visszajelzés javította a protokollok megfelelő alkalmazását, és ennek következtében kedvezően befolyásolta a beteg ellátási eredményeit is⁴⁵.

Hazabocsátás

A szakirodalom egységesen a fiziológiai paramétereken alapuló, nem pedig az előre meghatározott időtartamhoz kötött hazabocsátási protokollok alkalmazását javasolja^{34,47}. A betegek hazabocsátására ezért nem egy előre rögzített idő elteltével, hanem egy ellenőrzőlista alapján végzett értékelést követően kell sort keríteni. Ennek az értékelésnek olyan fiziológiai szempontokat kell magában foglalnia, mint a stabil életjelek, az éberségi állapot, a járásképeség, valamint a megfelelően kontrollált fájdalom és hányinger. Ezek annak jelzői, hogy a beteg biztonságosan képes a további felépülésére az otthoni környezetben. Ezek a funkcionális kórházi hazabocsátási kritériumok szakterületenként eltérhetnek^{29,48} figyelembe véve az egyes műtéti beavatkozások sajátosságait.

Otthoni lábadozás és elbocsátást követő támogatás



Bjarne Skjødt Hjaltalin

főorvos, Egynapos Sebészeti Osztály,
Amager and Hvidovre Hospital, Dánia⁵⁶

“

Biztosítanunk kell, hogy a betegek számára rendelkezésre álljon valamilyen eszkalációs lehetőség a műtétet követően.

Ha biztonságban érzik magukat, és úgy érzik, hogy lehetőségük van kapcsolatba lépni valakivel a műtét után... valójában erre van a leginkább szükségük.”

Az otthoni felépülés hangsúlyosabb szerepe az egynapos műtétek egyik meghatározó jellemzője^{34,35}. Ez jóval nagyobb szerepet ad a betegeknek saját felépülésük irányításában, és nagyobb felelősséget ruház a betegek és családjaikra a tünetek kezelése, az önellátás, valamint annak megítélése tekintetében, hogy mikor szükséges segítséget kérniük^{9,57,58}.

Számos megbízhatósági kockázat megelőzhető megfelelő betegkiválasztással^{36,38,59}, azonban az egynapos műtétek betegútjai még mindig gyakrabban vallanak kudarcot a hazabocsátást követően, mint a műtőben⁴⁰. Egy amerikai vizsgálatban az ambuláns műtétekhez 4,8%-os visszavételi arány társult, amelynek kockázatát az idősebb életkor, a társbetegségek megléte, valamint bizonyos beavatkozástípusok tovább növeltek⁴⁰.

Egy amerikai vizsgálat megállapította, hogy számos olyan ambuláns beavatkozás, amelyet nem invazívnak tekintettek, nem szerepelt a műtéti sebfertőzéseket rutinszerű monitorozó rendszerekben, ugyanakkor ezekhez a beavatkozásokhoz is jelentős fertőzési teher társult⁶¹.

A műtét utáni fájdalom és vérzés az egyik leggyakoribb oka annak, hogy a betegek az egynapos műtétet követően ismét ellátást vesznek igénybe⁴¹, ami jól mutatja annak a jelentőségét, hogy ezek a tünetek már a hazabocsátás előtt megfelelően kontrolláltak legyenek^{43,44}. További fontos szempontot jelentenek a műtéti területen kialakuló fertőzések, amelyek szinte minden esetben ismételt kórházi felvételt tesznek szükségessé: a műtéti területen jelentkező sebfertőzések 93%-a fekvőbeteg-ellátást igényel⁶⁰.

Egyre több bizonyíték áll rendelkezésre az otthon lábadozó betegek elektronikus tünetjelentési rendszereinek hatékonyságáról. Egy ambuláns daganatsebészeti betegek körében végzett vizsgálat szerint az elektronikus tünetjelentés és az ápolói válaszadás csökkentette a potenciálisan elkerülhető sürgősségi ellátások számát⁵². Egy másik, virtuális ellátást és automatizált távmonitorozást vizsgáló tanulmány pedig javulást mutatott a gyógyszerelési hibák felismerése, valamint a fájdalommal kapcsolatos kimenetek területén⁵¹.

Méltányosság



Dr. Shaan Chhabra

transzformációs és betegáramlás-fejlesztési
vezető,
Newham Hospital,
Barts Health NHS Trust, Egyesült Királyság

“

A méltányosság nem csupán a hozzáférésről szól, hanem a kizáródásról is. A betegek számos okból és számos körülmény miatt szorulhatnak ki az ellátásból. Vannak, akik nehezen igazodnak el az egészségügyi rendszerben, nyelvi akadályokkal szembesülnek, vagy nem rendelkeznek megfelelő közlekedési lehetőségekkel. Előfordulhat az is, hogy az emberek nem képesek megbirkózni az otthoni felépüléssel, és ezt fel kell ismernünk.”

Az egészségügyi egyenlőtlenségek az egészségügyi ellátás valamennyi területén jelen vannak, és ez alól az egynapos műtétek sem jelentenek kivételt. Ezek az egyenlőtlenségek különösen a műtét utáni hazabocsátás során válnak jelentőssé, mivel az alacsonyabb szintű egészségügyi ismeretek, a közlekedési lehetőségekhez való korlátozott hozzáférés, valamint a kedvezőtlenebb otthoni környezet egyaránt potenciális akadályt jelenthet?



A szakirodalom az egészségügyi egyenlőtlenségek hatásának több területét azonosította:

3. táblázat

Az egyenlőtlenség területe	A szakirodalomból származó bizonyítékok	A következmények elemzése
Földrajzi elhelyezkedés és hátrányos helyzet	Az Egyesült Államokban nagyobb valószínűséggel nyitottak új ambuláns sebészeti központokat jobb erőforrásokkal rendelkező és kevésbé hátrányos helyzetű megyékben ¹⁸ .	Beavatkozás hiányában a kapacitás inkább ott bővíülhet, ahol a legjobb a megtérülés, nem pedig ott, ahol a kielégítetlen szükséglet a legnagyobb.
Faji és etnikai hovatartozás	A Medicare fekvőbetegként kizárólagosan finanszírozható beavatkozásokat tartalmazó listájáról történő kivezetést követően az ambuláns csípőprotézis-beültetések számának növekedése elsősorban a fehér bőrű betegek körében volt megfigyelhető ⁶² .	Az egynapos sebészet növekedése fokozhatja az igénybevételben meglévő egyenlőtlenségeket, amennyiben a hozzáférési akadályokat nem kezelik megfelelően.
Jövedelem	Egy, a világjárványt követően az ambuláns ellátásra történő átállást vizsgáló amerikai tanulmány azt találta, hogy az ambuláns csípőprotézis-beültetések számának növekedése az alacsonyabb jövedelmű térségekben kevésbé volt kifejezett.	Az egynapos sebészet bővítéséből és a rendszer helyreállításából származó előnyök megoszlása egyenletlen lehet
Biztosítás és szektor	Spanyolországban az állami egészségbiztosítással rendelkező betegeken jóval nagyobb valószínűséggel végeztek járóbeteg sérvműtétet, mint a magánbiztosítással rendelkező vagy önköltséges betegek körében ¹² .	A szolgáltatói ösztönzők és üzleti modellek befolyásolják az aznapi hazabocsátással járó betegutakhoz való hozzáférést.
Családi és otthoni támogatás	Azok a betegek, akik nem rendelkeznek megfelelő otthoni támogatással, nagyobb nehézségekbe ütközhetnek az egynapos műtétet követő felépülés során ⁹ .	A szociális tényezők kiemelt jelentőségűek: a klinikai alkalmasság önmagában nem elegendő megfelelő otthoni felépülési környezet nélkül.
Digitális hozzáférés	A digitális megoldások alkalmazása társadalmi mintázatot követ, és amennyiben ezek válnak a támogatás alapértelmezett formájává, tovább mélyíthetik az egyenlőtlenségeket ⁶⁴ .	A magas színvonalú, nem digitális betegutakat a digitális innovációk mellett is fenn kell tartani.



Dr. Francesco Venneri

igazgató, Klinikai Kockázatkezelési és
Betegbiztonsági Központ,
Toszkána régió, Olaszország

Otthoni lábadozás

“

Ki fog gondoskodni a betegről a hazabocsátást követően, különösen azokban az esetekben, amikor a betegnek nincs családja, idősotthonban él vagy valamilyen közösségi elhelyezésben részesül? Ezek mind olyan szempontok, amelyeket figyelembe kell vennünk, mert az a környezet, amelybe a beteg a műtétet követően visszatér, jelentős hatással lehet a felépülés kimenetelére.”

Az egészségügyi egyenlőtlenségek nemcsak az ellátáshoz való hozzáférést, hanem a műtétet követő kimenetelüket is befolyásolják^{62,65}, és az otthoni felépülés az ambuláns műtétek esetében az egyenlőtlenségek egyik legfontosabb mozgatórugója^{9,57,58}.

Mivel a járóbeteg műtétek a műtét utáni ellátás jelentős részét a betegek otthonába helyezik át^{9,57}, a betegeknek olyan feladatokat kell átvenniük, mint a tünetek monitorozása, a fájdalom és a mobilitás kezelése, valamint annak megítélése, hogy mikor szükséges segítséget kérniük. Azok a betegek, akik nem rendelkeznek megfelelő támogató háttérrel – ami számos társadalmi csoportban előforduló probléma –, különösen nehéz helyzetben vannak e követelmények teljesítése során. Fennáll annak a veszélye is, hogy a betegek egynapos műtétekkel kapcsolatos elképzelései, valamint az, ahogyan az egészségügyi szakemberek ezt az ellátási formát bemutatják számukra, tovább súlyosbíthatják ezt a problémát. A betegek gyakran úgy érkeznek az egynapos műtetre, hogy kevésbé megterhelő felépülésre számítanak, majd egy, a vártnál fájdalmasabb és megterhelőbb felépülési folyamattal találják szemben magukat⁵⁷.

Egy ortopédiai betegekkel készült interjú vizsgálat számos negatív érzelmet írt le, amelyeket a betegek a műtétet követően átélhetnek. A betegek arról számoltak be, hogy magányosnak érezték magukat, bizonytalanok voltak abban, hogy lábadozásuk megfelelő ütemben halad-e, és hozzátartozóiktól függtek a higiénés szükségletek és más mindennapi tevékenységek tekintetében⁵⁸. Sok beteg igényelte volna az ápolók megerősítését és támogatását, ugyanakkor attól tartott, hogy terhére lenne az ellátó intézménynek, ezért vonakodott kapcsolatba lépni a kezelő intézménnyel. Ez a rutinszerű telefonos utánkövetést fontos eszközzé teszi annak biztosítására, hogy a támogatásra szoruló betegek is alacsony küszöb mellett tehessék fel azokat a kérdéseiket, amelyeket egyébként magukban tartottak volna⁶⁶.

Ebben az összefüggésben azok a betegek vannak a leginkább kitéve a műtét utáni időszakban jelentkező nehézségeknek, akik egyedül élnek, és nem rendelkeznek megbízható családi háttérrel vagy támogatással^{9,57}.





Egészségügyi kommunikáció és egészségügyi egyenlőtlenségek



Dr. Francesco Venneri

igazgató, Klinikai Kockázatkezelési és Betegbiztonsági Központ, Toszkána régió, Olaszország

“

Nyelvi akadályokkal nemcsak az idegen nyelvek esetében találkozunk, hanem a nyelvjárások és az eltérő iskolázottsági szintek miatt is. Előfordulhat, hogy a beteg nem érti teljes mértékben az általunk használt szakmai nyelvezetet, és ez befolyásolhatja azt a képességét, hogy kövesse az utasításokat vagy aktívan részt vegyen a saját ellátásában. Ezért alapvető fontosságú, hogy az információkat egyszerűen, a szakzsargon túlzott használata nélkül adjuk át.”

Az egészségügyi kommunikáció megértésének és feldolgozásának képessége szintén az egészségügyi egyenlőtlenségek egyik fontos dimenziója az egynapos műtétekkel összefüggésében is. Az egynapos műtétek során a kommunikáció gyakran tömörített formában, szűk időkeretek között történik, közvetlenül a műtét előtt vagy után, amikor a betegek sietnek, szoronganak vagy még éppen a szedáció hatásai alatt állnak^{9,67,68}.

Az angol nyelvű szakirodalomban a korlátozott angol nyelvi kompetencia rendszeresen kedvezőtlenebb ellátási eredményekkel társul, különösen az ellátási folyamat olyan elemei tekintetében, mint a beleegyező nyilatkozatok és a hazabocsátási tájékoztatók megértése^{67,68,69}. Ennek kézzelfogható következményei is lehetnek: azoknál a betegeknél, akik korlátozott angol nyelvi kompetenciával rendelkeznek, és a hazabocsátás során nem áll rendelkezésre tolmács, rosszabb fájdalomkontroll figyelhető meg.

Az egészségügyi ismeretek szintje egy másik olyan terület, ahol egyenlőtlenségek jelentkezhetnek. A megfelelő egészségügyi ismeretek megléte egyik jelentős mértékben előre jelzi az ambuláns műtétek utáni felépülés minőségét, ugyanakkor a műtéti egészségügyi ismeretek fejlesztését célzó beavatkozások ritkák, heterogének és a szakirodalomban kevésbé mérték vagy értékelték⁷¹. Ez jól mutatja a betegek szükségletei és a jelenlegi gyakorlat közötti eltérést.

Az ápolók kulcsszerepet töltenek be a betegekkal folytatott kommunikációban mind a perioperatív, mind a posztoperatív időszakban; a betegekkal való közvetlen kapcsolatuk miatt a betegek számára nélkülözhetetlen támogatási és iránymutatási forrást jelentenek.

Amennyiben a kommunikáció nem megfelelő, a betegek a hazabocsátás időpontjában klinikailag stabilnak tűnhetnek, ugyanakkor kevésbé érthetik, hogyan tudnak biztonságosan felépülni az otthoni környezetben⁶⁹.



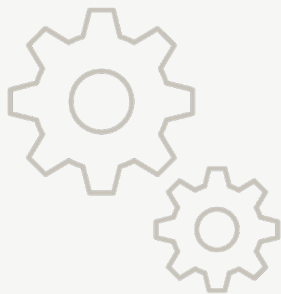
Daniela Matos

főápoló,
Unidade Local de Saúde de Santo António,
Portugália¹⁵

“ Portugáliában az egynapos műtétek jelentős növekedést mutatott azóta, hogy 2008-ban bevezetésre került. Rendkívül alapos preoperatív értékelést végzünk, telefonon vagy egyre gyakrabban digitális eszközök segítségével. A beteggel való kommunikáció a betegút minden egyes pontján jelen van, ahol a beteg vagy információt ad át, vagy információt kap.

A preoperatív értékelést követően a sebész a beteggel közösen dönti el, hogy a műtét alkalmas-e egynapos sebészet keretében történő elvégzésre. Ezt követően a beteg felkeresi az aneszteziológust és az ápolót, mielőtt döntenének a műtét időpontjáról. Mire a beteg távozik az egynapos sebészeti konzultációról, már rendelkezik a műtét kitűzött időpontjával. Ezt követően a beteg telefonhívást kap, valamint további online konzultációkra kerül sor az ápolói csapattal annak előzetes felmérése érdekében, hogy minden rendben van-e.

Mire a beteg megérkezik az ambuláns sebészeti központba, közvetlenül a preoperatív ágyhoz vagy székhez irányítják. Biztosítjuk, hogy a kritériumok szigorúan teljesüljenek, beleértve az egészségügyi ismeretekre és a felelős kísérő személyre vonatkozó kötelező kérdéseket is. A betegek számára minden esetben rendelkezésre áll egy telefonszám és egy alkalmazás, hogy a teljes folyamat során lehetőségük legyen kapcsolattartásra, kérdések feltevésére és aktív részvételre az ellátásban.



Az egynapos sebészet bővítésének akadályai

Az egynapos műtétek általános gyakorlattá válását akadályozó tényezők összetettek, és azok eltérőek lehetnek országonként, szakterületenként, valamint az egyes betegutak között is.

A felmérés eredményei ezt egyértelműen megerősítik: a megkérdezettek szerint klinikai, működési, munkaerővel kapcsolatos és betegoldali tényezők egyaránt szerepet játszanak abban, hogy a határesetnek számító vagy egyébként alkalmas esetek végül nem egynapos műtétként valósulnak meg¹⁴. Egyetlen akadály sem emelkedett ki egyértelműen a többi közül, ami arra utal, hogy az egynapos műtétek szélesebb körű bővítéséhez rendszerszintű megoldásokra van szükség, nem pedig elszigetelt beavatkozásokra¹⁴.

4. ábra



Forrás: Mölnlycke egynapos sebészeti felmérés, Censuswide, 2026. április 2–22.
Bázis: klinikai megkérdezettek és műtővezetők, n=180

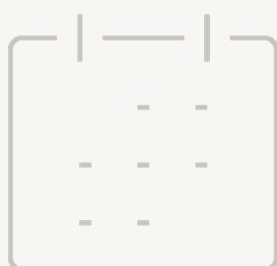




Működési és szervezeti akadályok

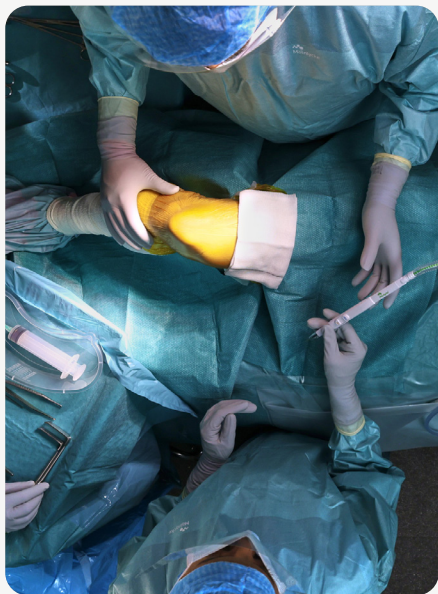
Speciális infrastruktúra és védett elektív kapacitás

Az interjúk során gyűjtött bizonyítékok és az érintettek tapasztalatai egységesen rámutatnak a tervezett elektív és egynapos műtétek, valamint a sürgősségi ellátás közötti „versenyre” a műtőidő, a kórházi ágyak, a felépülési kapacitás és a személyzet figyelmének elnyeréséért folytatott küzdelemben. A felmérésben a megkérdezettek 28%-a nyilatkozott úgy, hogy azok a beavatkozások, amelyek biztonságosan elvégezhetők lennének egynapos műtétként, gyakran vagy mindig fekvőbeteg-ellátás keretében valósulnak meg. Ez különösen azokban az intézményekben jelent jelentős gyakorlati akadályt, ahol a műtői kapacitás kihasználtsága rendkívül magas. Amennyiben az egynapos műtétek ugyanazt a fizikai infrastruktúrát, ugyanazokat a személyzeti erőforrásokat és ugyanazokat az eskalációs útvonalakat használják, mint a fekvőbeteg- és sürgősségi ellátás, az elektív egynapos műtétek háttérbe szorulhatnak, elhalaszthatók vagy törölhetők lesznek, illetve előfordulhat, hogy végül éjszakai bennfekvést igénylő ellátássá alakulnak át. Ez aláássa a betegút megbízhatóságát és a klinikusok egynapos műtétekbe vetett bizalmát.



A jól teljesítő rendszerek ezért lehetőség szerint elkülönített ambuláns vagy egynapos műtéti központok létrehozásával védik az egynapos műtétek kapacitását, vagy – ahol a teljes fizikai elkülönítés nem megvalósítható – úgynevezett „virtuális elkülönítést” alkalmaznak, például elkülönített műtéti listák, dedikált posztoperatív megfigyelő és hazabocsátási kapacitás, valamint egyértelmű eskalációs útvonalak kialakításával. Ez a felmérés eredményeiben is tükröződött: a megkérdezettek 33%-a szerint a határesetnek minősülő eseteket azért nem egynapos műtétként végzik el, mert nem áll rendelkezésre megfelelő egynapos műtéti létesítmény vagy műtéti kapacitás. Ez az arány a skandináv országokban még magasabb volt (42%), ami arra utal, hogy még a viszonylag fejlett rendszerek is szembesülhetnek kapacitáskorlátokkal a gyakorlatban.

Az Egyesült Királyságban a lehetőségekhez mérten kialakított, elkülönített, nagy esetszámú és alacsony komplexitású elektív sebészeti központok, valamint a különálló „forró” és „hideg” sebészeti telephelyek kialakítása kulcsszerepet játszott abban, hogy az ország világszinten is kiemelkedő egynapos műtéti arányokat érjen el. Az Egyesült Államokban és Kanadában szintén működnek kifejezetten ambuláns beavatkozások számára létrehozott ambuláns sebészeti központok, amelyek kizárólagos infrastruktúrát biztosítanak az ilyen ellátások számára. Az Egyesült Királyság megkérdezetti az átlagnál lényegesen gyakrabban jelölték meg a hazabocsátást követő támogatással kapcsolatos aggályokat annak okaként, hogy egyes esetek nem kerülnek át egynapos műtéti ellátásba (49% szemben az összesített 32%-kal). Ez arra utal, hogy az infrastruktúra önmagában nem elegendő, ha azt nem egészítik ki a kórházi ellátáson túlmutató, megfelelően kialakított felépülési betegutak.



Ez az áttekintés arra a következtetésre jutott, hogy az ellátási profil, a beavatkozások volumene és az infrastruktúra egyaránt hozzájárultak a járóbeteg műtéti arányok közötti különbségekhez, ami arra utal, hogy a kórházi szervezet és működés a járóbeteg műtéti arányok egyik meghatározó tényezője¹¹.

Vezetői prioritások és a változások végrehajtására való képesség

Az interjúk során az egynapos műtéti arányok növelésének egyik legfontosabb akadályaként merült fel a szervezeti szintű szakpolitikai fókusz hiánya, valamint az, hogy nem állnak rendelkezésre olyan szabványosított betegutak, amelyeket kifejezetten az egynapos műtétek megvalósítására terveztek.

Interjúink alapján azok az ellátók, amelyek következetesen magas arányban alkalmazzák az egynapos műtéteket, egyértelmű vezetői prioritásként kezelik azt. Ez világos felelősségi köröket, meghatározott megvalósítási mérföldköveket, valamint összehangolt működést jelent az időpont-egyeztetés, a preoperatív állapotfelmérés, a műtők, a fekvőbeteg-osztályok és a lábadozás, a hazabocsátási folyamatok, a beszerzés és az adatkezeléssel foglalkozó csapatok között. Működési nyomás alatt az egynapos műtétek elektív kapacitásának bővítése könnyen megtorpanhat, ha a vezetői figyelem és az erőforrások más területekre összpontosulnak, vagy azért, mert a vezetők tartanak attól, hogy beavatkozásukat a „klinikai területre” való beavatkozásként értékelik.

A tanácsadó testületünk megbeszélésen elhangzottak szerint a sikeres programok ezt közös klinikai és működési irányítási struktúrák kialakításával kezelik, amelyek egyértelmű döntési jogosultságokat, erős projekt- és változásmenedzsment-képességeket, valamint a műtéti listák és a betegutak szintjén egyaránt megvalósuló rendszeres mérési, visszacsatolási és problémamegoldási mechanizmusokat foglalnak magukban. A felmérés eredményei arra is rámutattak, hogy a működési fegyver továbbra sem egységes. A megkérdezettek gyakran említették az elkerülhető folyamatszintű akadályokat, például a klinikusok preferenciáit, a műtéti kapacitáshoz való hozzáférés nehézségeit és az eskalációs betegutakkal kapcsolatos aggályokat, az infrastruktúra hiányosságai mellett¹⁴.

Európában Németország az egynapos műtétek viszonylag lassú bevezetői közé tartozott (bár a közelmúlt reformjai következtében az egynapos műtétek aránya Németországban is növekedésnek indult), különösen más, hasonlóan nagy teljesítményű egészségügyi rendszerekkel összehasonlítva. A szakirodalom a korábban alacsonyabb egynapos műtéti arányokat részben annak tulajdonította, hogy a német finanszírozási ösztönzők hagyományosan inkább a fekvőbeteg-ellátást részesítették előnyben⁴. Ugyanakkor egy vegyes módszertanú bizonyíték-összegzés azt találta, hogy még az azonos finanszírozási keretek között működő kórházak között is jelentős eltérések mutatkoztak a járóbeteg műtétek elterjedtségében¹¹.

Különösen jelentős kihívást jelent, amikor az egynapos műtétek és a fekvőbeteg-ellátási beavatkozások ugyanazon infrastruktúrán osztoznak. Amennyiben e két betegút ugyanazokért a személyzeti, infrastrukturális és egyéb erőforrásokért versenyez, a kórházak nehezen tudják fenntartani az egynapos műtéteket alapértelmezett ellátási modellként. Számos jól teljesítő ország — köztük az Egyesült Államok — ezért olyan ambuláns sebészeti központokat működtet, amelyek kizárólag ambuláns beavatkozásokat végeznek, és ezáltal elkerülhetők a fenti problémák.

Alapvetően, ha a műtői betegáramlás, az ápolási protokoll, a betegszállítás és a szervezeti kultúra egyaránt a fekvőbeteg-ellátási modell köré épül, nem várható az egynapos műtétek arányának növekedése.

Nem megfelelően összehangolt pénzügyi ösztönzők

A nem megfelelően összehangolt pénzügyi ösztönzők nehezen leküzdhető akadályt jelenthetnek az egynapos sebészeti arányok növelése előtt azokban az országokban, ahol azok jelen vannak⁴.

Az OECD 13 országának egynapos sebészeti arányait összehasonlító vizsgálat megállapította, hogy a vizsgálat időpontjában mindhárom alacsony teljesítményű országban (Ausztria, Németország és Svájc) jelen voltak a nem megfelelően összehangolt pénzügyi ösztönzők.

Ausztriában a járóbeteg műtétek és a fekvőbeteg műtétek finanszírozási rendszerei és finanszírozói egyaránt eltértek egymástól, ami jelentős akadályt jelentett az ellátás járóbeteg környezetbe történő áthelyezésében⁴.

Németországban az ambuláns, rendelői ellátás és a kórházi fekvőbeteg-szakellátás közötti mélyen gyökerező intézményi elkülönülés azt eredményezte, hogy az egynapos sebészetet végző kórházak olyan költségtérítésben részesültek, amelyet eredetileg magánpraxisok számára alakítottak ki, és amely nem fedezte magasabb állandó költségeiket. Svájcban a Diagnosis Related Group (DRG) alapú finanszírozás mellett az egynapos műteti felvétel csökkenthette a kórházi költségtérítést ahelyett, hogy megtakarítást eredményezett volna, így az egynapos sebészet számára torz pénzügyi ellenőrző alakult ki⁴.

Még azokban az országokban is, ahol a pénzügyi ösztönzők megfelelően összehangoltak, az egynapos sebészet számára elkülönített finanszírozás és kapacitás hiánya azt eredményezheti, hogy az erőforrások a fekvőbeteg-szakellátás, mint meghonosított ellátási modell irányába áramlanak¹¹.

Az egynapos sebészet működési kialakításával és infrastruktúrájával kapcsolatos kihívások mellett a nem megfelelően összehangolt pénzügyi ösztönzők jelentős strukturális akadályt jelenthetnek az ellátás fekvőbeteg környezetből történő kivezetése előtt, miközben torz módon egy kevésbé hatékony sebészeti ellátási modellt ösztönöznek⁴.



Klinikai és kulturális eltérések a csapatok között



Prof. Jaideep Pandit

tanszékvezető, az aneszteziológia
professzora,
University of Oxford, Egyesült Királyság¹⁵

“ A sebészeti képzés önmagában is akadályt jelenthet. A sebészeket gyakran arra tanítják, hogy bizonyos műtéteket fekvőbeteg-szakellátásként kezeljenek, jó és kevésbé jó okokból egyaránt. Előfordulhat, hogy vonakodnak áttérni a fekvőbeteg-szakellátásról az egynapos sebészetre – nevezhetjük ezt pszichológiai tényezőnek, megszokásnak, tehetetlenségnek vagy egy korábbi rossz tapasztalat következményének.”

Számos tanulmány rámutat arra, hogy a helyi gyakorlatok közötti eltérések az egészségügyi rendszereken belül is jelentős kihívást jelenthetnek. Írországból például 2019-ben a laparoszkópos epehólyag-eltávolítás egynapos sebészeti aránya kórházanként 0%-tól több mint 90%-ig terjedt, és e különbségek jelentős részét az egyes sebészeti csapatok közötti eltérések magyarázták. Hasonlóképpen az Egyesült Államokban is fennmaradtak intézmények közötti, megmagyarázatlan eltérések még a betegjellemzők figyelembevételét követően is. Ez különösen az emlősebészeti, endokrin sebészeti és sérvműtétek esetében volt jellemző¹⁶.

A felmérésünk emellett azt mutatta, hogy bár a megkérdezettek 44%-a az egynapos sebészetet „jutalmazó és magas színvonalú” munkaterületnek tekinti, 31%-uk továbbra is úgy véli, hogy az egynapos sebészet „alacsonyabb státuszú”, mint a fekvőbeteg-szakellátás¹⁴.

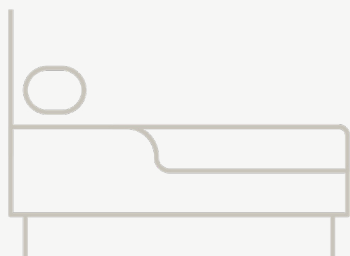
Összességében ez a jelentés amellett érvel, hogy jelentős feszültség áll fenn a felülről lefelé irányuló szakpolitikai megközelítés és az alulról építkező, vezető szakorvosok által meghatározott szakmai kultúra között, amelyet fel kell oldani annak érdekében, hogy az egynapos sebészet előnyeit a lehető legteljesebb mértékben ki lehessen használni. A közös klinikai normák kialakításának együtt kell haladnia az egynapos sebészet bővítését célzó szakpolitikai törekvésekkel. Emellett fontos felkutatni és széles körben alkalmazni a rendszeren belül már létező klinikai legjobb gyakorlatokat, mivel a korai innovációt gyakran egyéni klinikusok és sebészeti csapatok vezetik.



Prof. Tim Briggs CBE

a GIRFT program vezetője és az NHS
England klinikai fejlesztésért, elektív ellátás
helyreállításáért, valamint a sürgősségi és
akut ellátásért felelős országos igazgatója,
Egyesült Királyság⁷⁵

“ Ha meg akarjuk oldani ezt a problémát, akkor a változásnak klinikai vezetés alatt kell állnia, elismert klinikusok irányításával, megfelelő adatokra támaszkodva, és ezt követően kell működési oldalról támogatni a megvalósítást — nem pedig fordítva.



Beteg oldaláról felmerülő akadályok

Bár számos országban a betegek körében magas az egynapos sebészet elfogadottsága, és a betegek sok esetben előnyben részesítik az otthoni lábadozást a kórházi bentfekvéssel szemben, továbbra is kiemelt figyelmet kell fordítani a betegélményre, különösen azért, mert az egynapos sebészet a lábadozás jelentős részét a kórházi környezetből az otthonba helyezi át. Még a kisebb műtétek is járhatnak fájdalommal, hányingerrel és fáradtsággal, ezért az egészségügyi rendszereknek megbízható mechanizmusokra van szükségük a betegek elvárásainak megfelelő alakítására, a fokozott lábadozást támogató protokollok alkalmazására és az otthoni monitorozás biztosítására. Az egynapos sebészet alkalmazási körének bővülésével párhuzamosan különösen fontos, hogy a betegélmény továbbra is kiemelt prioritás maradjon.

Ez volt a felmérés egyik legeggyértelműbb üzenete. Az egynapos sebészeti ellátás elmaradásának leggyakrabban megjelölt oka a betegek általános állapota, a társbetegségek jelenléte vagy a beavatkozás komplexitása volt (43%). Ezt követték a betegek otthoni körülményeihez kapcsolódó tényezők, mint például az egyedül élés, a kórháztól való nagy távolság vagy a gondozói támogatás hiánya (38%). A megkérdezettek 32%-a a hazabocsátást követő támogatással vagy a szövődmények esetén szükséges eszkaláció lehetőségével kapcsolatos aggályokat is fontos akadályként jelölte meg¹⁴.

Ezen túlmenően az egynapos sebészet elfogadottsága országonként is eltérő lehet. Egyes országokban, például Japánban, a hosszabb kórházi tartózkodás kulturális elvárásnak számít, ami azt eredményezheti, hogy ezen országokban az egynapos sebészet kevésbé felel meg a betegek elvárásainak.

A felmérés eredményei arra is utalnak, hogy az egészségügyi rendszerek között kulturális különbségek, valamint az egynapos sebészeti betegutak fejlettségében mutatkozó eltérések is fennállnak. Az Egyesült Királyságból megkérdezettek különösen nagy hangsúlyt helyeztek a biztonságos hazabocsátásra és az otthoni lábadozás támogatására, míg a skandináv országokból megkérdezettek gyakrabban említették a műtéti lista- és infrastrukturális korlátokat, ami arra utal, hogy az akadályok jellege az egészségügyi rendszerek fejlődésével párhuzamosan változik.

A kevésbé fejlett rendszereknek első lépésként elsősorban a szükséges kapacitások kiépítésére lehet szükségük, míg a fejlettebb rendszerek egyre inkább a betegek bizalmára, a hazabocsátás minőségére és a betegutak megbízhatóságára helyezhetik a hangsúlyt¹⁴.



Az egynapos sebészet bővítését segítő tényezők

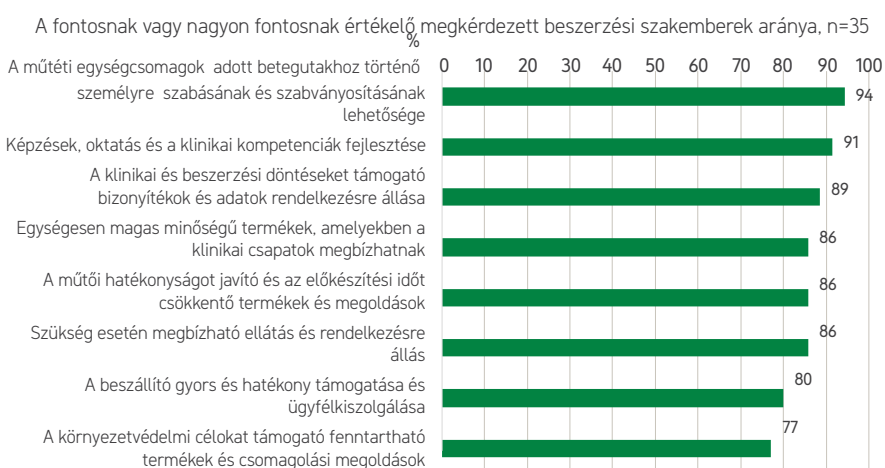
A nagy teljesítményű országokban a magas egynapos sebészeti arányok a napos esetek számának növelésére irányuló egyértelmű szakpolitikai fókusz, az összehangolt pénzügyi ösztönzők, valamint a helyi klinikai legjobb gyakorlatokra való reagálóképesség eredményeként alakultak ki.

Mindez nagymértékben szabványosított betegutakban, védett kapacitásokban, valamint abban az elvárásban jelenik meg, hogy a megfelelő beavatkozásokat alapértelmezés szerint egynapos műtétként kell elvégezni. Ezek az országok jellemzően ambiciózus célokat tűznek ki az egynapos sebészeti arányok növelésére, és folyamatosan törekednek az egynapos sebészet által lefedett beavatkozások és betegcsoportok körének bővítésére.

A felmérés eredményei erőteljesen alátámasztják ezt az értelmezést. A megkérdezettek a betegutakkal kapcsolatos, infrastrukturális, technológiai és betegbevonást célzó beavatkozások kombinációját azonosították az egynapos sebészet növekedésének leghatékonyabb gyorsító tényezőiként, ami megerősíti, hogy önmagában egyetlen szakpolitikai eszköz sem elegendő. Összességében a megbízhatóság és a szabványosítás jelenti a siker kulcsát¹⁴.

5. ábra

Az egynapos műtétekhez kapcsolódó termékek és szolgáltatások beszállítójának vagy megoldásszállító partnerének kiválasztása során az alábbi szempontok mennyire fontosak az Ön számára?



Forrás: Mölnlycke egynapos műtési felmérés, Censuwide, 2026. április 2–22.
Bázis: megkérdezett beszerzési szakemberek, n=35.



Betegút tervezése

Az egynapos műtétek irányába történő elmozdulás során az egészségügyi rendszerek a kórházi ágyakra és a fekvőbeteg-ellátásra épülő sebészeti modellről — ahol az eseteknek csupán kisebb része valósul meg egynapos műtétként — olyan betegútalapú sebészeti rendszerek felé mozdulnak el, amelyekben a műtét előtti (kockázatfelmérés, digitális triázs) és a műtét utáni tevékenységek (korai mobilizáció és távkövetés) alapvető jelentőségűek e rendszerek működőképességének biztosításához¹⁵. Tanácsadó testületünk tagjai hangsúlyozták, hogy a teljes betegút hatékony menedzsmentjének együtt kell járnia azzal a sebészi döntéshozatallal, amely meghatározza, hogy mely új beavatkozások végezhetők egynapos műtétként¹⁵.

Az aznapi hazabocsátás elérésére kifejezetten kialakított, világosan meghatározott betegutak előfeltételei annak, hogy sikeresen növeljük az egynapos műtétek arányát. A felmérés során megkérdezettek ezt tovább árnyalták: 27%-uk a standardizált klinikai betegutakat és hazabocsátási protokollokat jelölte meg az egynapos műtétek bővítésének egyik legfontosabb gyakorlati feltételeként, míg további 26% a célzott személyzeti képzési programokat emelte ki¹⁴.

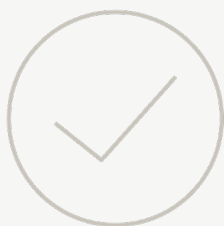
Fontos, hogy az egynapos műtéti betegutak önálló betegáramlást alkossanak, a fekvőbeteg-ellátási folyamatoktól elkülönülve (és ideális esetben a fekvőbeteg-ellátási környezettől is). A védett ambuláns kapacitás talán a legerősebb intézményi jelzés arra, hogy az adott intézményben az egynapos műtétek váljanak az alapértelmezett ellátási formává. Azokban a helyzetekben, ahol külön ambuláns sebészeti épület vagy részleg kialakítása nem lehetséges, a védett egynapos műtéti kapacitás megvalósulhat elkülönített műtőidő biztosításával, védett lábadozási helyiség biztosításával, speciális preoperatív állapotfelmérési és hazabocsátási kapacitással, valamint a sürgősségi ellátástól való szervezeti elkülönítéssel^{3,24}. Ez volt a felmérés egyik legerősebben támogatott intézkedése: a megkérdezettek 32%-a a kifejezetten erre a célra kialakított egynapos műtéti létesítményeket vagy sebészeti központokat jelölte meg a további bővülés egyik legfontosabb segítő tényezőjeként. Különösen a közép-európai megkérdezettek támogatták ezt a megközelítést (42%), ami arra utal, hogy egyes országokban az infrastruktúra továbbra is különösen jelentős korlátozó tényezőt jelent¹⁴.



A felmérésben a beszerzési területen dolgozó megkérdezettek

94%-a

nyilatkozott úgy, hogy a beszállító vagy megoldási partner kiválasztásakor fontos szempontnak tartja az egyes betegutakhoz igazítható, személyre szabható és szabványosítható műtéti egységcsomagok rendelkezésre állását¹⁴.



A berendezések és fogyóeszközök személyre szabása szintén fontosnak tűnik az egynapos sebészet hatékony bővítése szempontjából. Ez volt az adott alcsoportban a legmagasabbra értékelt lehetőség, ami arra utal, hogy a megkérdezettek az egynapos sebészeti beavatkozásokhoz kialakított személyre szabható műtéti egységcsomagokat olyan betegút-támogató eszköznek tekintik, amely javíthatja a műtői betegáramlást, csökkentheti a halasztások számát és hozzájárulhat a nagyobb átbocsátóképességű egynapos sebészeti műtéti listák megbízhatóbb működéskéhez.

Az egynapos sebészet emellett jellemzően magasabb fokú szabványosítást és protokollizálást igényel, mint a fekvőbeteg betegutak, mivel a rendszerben kisebb mozgástér áll rendelkezésre az eskalációra, és kevesebb lehetőség van a nap későbbi szakaszában a halasztások ledolgozására.

Ezért az egynapos sebészet bővítésének a kórházi vezetés egyik prioritásává kell válnia. A protokollok kialakítását követően, a kórházi vezetőknek azok betartására is összpontosítaniuk kell, például képzések, ellenőrzőlisták, auditok, visszajelzése, gyűjtése és a problémák gyors megoldása révén. Ez segít biztosítani, hogy a betegút a különböző csapatok között is egységes maradjon.

Az egynapos sebészeti betegutaknak az alábbi jellemzőkkel kell rendelkezniük:
3,9,11,20,29,55

- + szabványosított, előre meghatározott protokollok;
- + a megfelelő beavatkozások meghatározott listája;
- + egyértelmű beválasztási és kizárási kritériumok a betegek számára;
- + ütemezett, „éppen időben” történő felvételek;
- + betegfelkészítés és átfogó preoperatív értékelés;
- + korai mobilizáció és funkcionális kórházi hazabocsátási kritériumok alkalmazása (szemben az időalapú hazabocsátási kritériumokkal);
- + ápoló által irányított hazabocsátás;
- + az alkalmas betegek műtéteinek a nap korábbi szakaszára történő ütemezése;
- + elbocsátást követő támogatás;
- + betegmonitorozás és eskalációs kritériumok, beleértve az elbocsátást követő támogatáshoz vezető megbízható hozzáférési útvonalat;
- + folyamatos személyzeti képzés és implementációs támogatás.

Otthoni lábadozás

Az, ami a kórházban történik – a hatékony preoperatív értékelés, a műtét és a hazabocsátás –, az egynapos sebészet sikerének alapvető része, ugyanakkor ugyanilyen fontos a sikeres otthoni lábadozás támogatása is²⁰.

Az egynapos műtétet követő otthoni lábadozás során az ellátásért való felelősség a kórházi klinikai csapatról a betegre vagy a gondozóra helyeződik át, ami egyértelmű felelősségátadást tesz szükségessé. A lábadozásnak még a beteg kórházból történő távozása előtt meg kell kezdődnie átfogó betegegyredukáció segítségével. A betegek számára biztosítani kell mind az írásbeli, mind a szóbeli tájékoztatást, mivel vizsgálatok szerint a betegek a szóban elhangzott információk akár 80%-át is elfelejthetik²⁴. Ez volt a felmérés során a leggyakrabban kiválasztott gyakorlati beavatkozás: a megkérdezettek 34%-a a betegegyredukációt jelölte meg olyan eszközként, amely képes alakítani a betegek elvárásait az egynapos sebészettel és az otthoni lábadozással kapcsolatban. Ez rávilágít arra, hogy a betegek bizalma és felkészültsége hasonló jelentőséggel bír, mint a kórházon belüli hatékonyság.



Prof. Karine Nouette-Gaulain

Osztályvezető főorvos
Aneszteziológiai, Intenzív Terápiás és
Perioperatív Medicina Osztály
Gyermekekórház és Aliénor d'Aquitaine
Szülészeti Klinika
Bordeaux University Hospital (CHU de
Bordeaux)

“Az ambuláns ellátás problémája az, hogy a betegek félnek hazamenni. A betegek félnek, és gyakran meg kell nyugtatnunk őket: ha valami nem alakul megfelelően, a kórházban maradhatnak éjszakára. Miután a beavatkozás megtörtént, már készen állnak arra, hogy hazamenjenek.”

Mivel az egynapos sebészet a lábadozást az otthoni környezetbe helyezi át, a fertőzésmegelőzés és a sebkezelés még fontosabbá válik. A műtét utáni fertőzések a közösségi környezetben nehezebben ismerhetők fel időben, és gyakran már azt követően jelentkeznek, hogy a beteg kikerült a sebészeti csapat közvetlen felügyelete alól⁷⁹. Ezért a betegutaknak egyértelmű sebkezelési útmutatásokat kell tartalmazniuk, bővítve a betegek ismereteit a várható tünetek és a szövődmények közötti különbségekre vonatkozóan, valamint ösztönözve a megfelelő kötszerek és fertőzésmegelőzési gyakorlatok egységes alkalmazását^{79,80}. Ezt megfelelő klinikai tanácsadási útvonalakkal kell kiegészíteni. Ez különösen fontos az aznapi hazabocsátással járó műtétek magasabb komplexitású beavatkozásokra vagy nagyobb kockázatú betegcsoportokra történő kiterjesztése esetén. Lehetőség van továbbá arra is, hogy a betegek tanácsot kapjanak az optimális preoperatív felkészüléssel kapcsolatban a fertőzés kockázatának csökkentése érdekében, például a műtét előtti tisztálkodás révén⁸¹.



David Bunting

felső gasztrointesztinális és hasfali
rekonstrukciós sebész,
North Devon District Hospital vezetőségi
tisztviselő, az International Association
of Ambulatory Surgery korábbi elnöke,
British Association of Day Surgery, Egyesült
Királyság

“Valahányszor beteg által jelentett eredményeket vizsgáltunk, megállapítottuk, hogy általánosságban a betegek több mint 95%-a az egynapos sebészetet részesíti előnyben. A betegek általában szívesebben lábadoznak saját otthonuk kényelmében.”



A betegeknek tisztában kell lenniük azzal is, hogy mi a különbség a normális posztoperatív kellemetlenségek és a súlyos szövődmények között. Emellett rendelkezniük kell egy megbízható lehetőséggel arra, hogy súlyos szövődmények esetén további segítséget kérhessenek. A fájdalommal kapcsolatos tünetek kezelése során proaktív, nem pedig reaktív megközelítésre van szükség. A posztoperatív hányinger és hányás (PONV) a nem tervezett kórházi újrafelvételek egyik vezető oka⁸². A hatékony betegutaknak ezért tartalmazniuk kell otthoni alkalmazásra szolgáló, szükség esetén alkalmazható hányáscsillapítókat is⁸³.

A betegeknek reális képet kell kapniuk a felépülés várható időtartamáról is, beleértve azt, hogy mikor térhetnek vissza a mindennapi tevékenységekhez, például a gépjárművezetéshez, a fizikai aktivitáshoz vagy a munkavégzéshez, annak érdekében, hogy ne veszélyeztessék a felépülési folyamat sikerét⁸⁴.

A betegek otthoni környezetben történő folyamatos monitorozása és a velük való folyamatos kommunikáció alapvető jelentőségű⁹. A Perioperatív Ellátási Központ ajánlása szerint egy ápoló által végzett, a műtétet követő 24 órán belüli telefonos utánkövetés segíthet a kisebb problémák felismerésében, még mielőtt azok súlyosbodnának⁸⁵. Az utánkövető telefonhívások mellett a betegek elégedettségének és biztonságérzetének javulásával is összefüggésben állnak⁶⁶.



Munkaerő

Az egynapos sebészet akkor működik a leghatékonyabban, ha speciális munkaerő áll rendelkezésre az egynapos esetek ellátására. Az egynapos sebészet által lehetővé tett magas átbocsátóképesség eléréséhez szükséges, hogy a kórházi dolgozók egyértelmű szerepkörökkel rendelkezzenek az egynapos sebészeti betegúton belül, valamint megfelelő szakértelemmel bírjanak az egynapos esetek ellátása területén^{9,29}.

Egy jól működő egynapos sebészeti betegútnak minden esetet jól elkülöníthető szakaszokra kell bontania, miközben az egyes feladatokért felelős személyek felelősségi körei egyértelműen meghatározottak^{3,9,28}.

4. táblázat

Funkció a betegúton belül	A szerepkör feladata	Miért fontos
Preoperatív értékelés és betegkiválasztás	A klinikai alkalmasság, a társas támogatás és az otthoni lábadozás megvalósíthatóságának vizsgálata	Megelőzi a sikertelen aznapi hazabocsátást és a nem megfelelő betegkiválasztást ^{9,29}
Műtési lista koordinációja	Az alkalmas betegek kellően korai időpontra történő ütemezése a műtési listán	Biztosítja a megfelelő időt a mobilizációra, a tünetek kontrolljára és a hazabocsátásra ²⁹
Lábadozás és hazabocsátás	A funkcionális kórházi hazabocsátási kritériumok alkalmazása a fájdalom, a hányinger, a mobilitás és a vérzés tekintetében	Egységesebbé teszi a hazabocsátási döntéseket, és csökkenti azok szubjektív megítéléstől vagy időalapú kritériumoktól való függését ²⁹
Betegedukáció	Annak ismertetése, hogy az otthoni lábadozás valójában mivel jár, valamint mikor szükséges segítséget kérni	Segíti a műtét utáni tapasztalatokkal kapcsolatos elvárások megfelelő kialakítását ⁹
Elbocsátást követő támogatás	Telefonos kapcsolattartás, proaktív utánkövetés vagy szükség esetén közösségi támogatás biztosítása	Növeli a betegek biztonságérzetét és lehetővé teszi a problémák korai felismerését ⁹
Adat- és koordinációs támogatás	A betegáramlás, az eredmények és a szövődmények nyomon követése különböző intézményekben vagy egységekben	Elősegíti a szabványosítást és a folyamatos fejlesztést ^{3,29}

Ezek a feladatkörök nem illeszkednek teljes mértékben a hagyományos fekvőbeteg-szakellátási modellekhez, ezért azokat a járóbeteg műtétek számára egyedi módon kell kialakítani, megfelelő képzést és fejlesztést biztosítva az egynapos sebészetre átkerülő munkatársak számára. Ez közvetlen összhangban áll a felmérés eredményeivel, amelyben a megkérdezettek 26%-a a műtői, osztályos és lábadozási személyzet számára kialakított célzott képzési programokat jelölte meg prioritást élvező beavatkozásként, míg egy másik kérdésben a megkérdezettek 88%-a fontosnak ítélte a beszállítók és partnerek által nyújtott képzést, oktatást és klinikai képességfejlesztést¹⁴.

Az egynapos sebészeti munkaerő tervezése során különös figyelmet kell fordítani az ápolókra. Ők azok az egészségügyi szakemberek, akik a legtöbb időt töltik a betegekkel, és kulcsszerepet játszanak abban, hogy a betegeket biztonságosan vezessék végig az egynapos sebészet teljes folyamatán¹⁵. A műtét időszaka a betegek számára rendkívül sérülékeny időszak, és az ápolók ebben az időszakban egyaránt képesek gyakorlati és érzelmi támogatást nyújtani számukra, biztosítva, hogy szükségleteik meghallgatásra és megfelelő kezelésre kerüljenek¹⁵.



Jaana Perttunen

elnök,
European Operating Room Nurses
Association (EORNA), Finnország

“ A betegek végigkísérése az egynapos sebészet teljes folyamatán rendkívül fontos feladat az ápolók számára.”



Technológia

Megfelelő betegutak és összehangolt ösztönzők mellett a technológia kulcsfontosságú segítő tényezője az egynapos sebészet határainak további kitolásának.

A robotsebészet például egyre inkább összeegyeztethető az ambuláns sebészettel, mivel elősegíti a minimálisan invazív sebészet alkalmazását, amely rövidebb lábadozási időt igényel²⁸. Az Egyesült Államokban a robot-asszisztált radikális prosztatektómiák több mint 50%-át ma már aznapi hazabocsátással végzik, ami a fekvőbeteg felvétellel összehasonlítva 20%-kal alacsonyabb költségeket eredményez⁸⁶.



David Bunting

felső gasztrointesztinális és hasfali rekonstrukciós sebész, North Devon District Hospital vezetőségi tisztviselő, az International Association of Ambulatory Surgery korábbi elnöke, British Association of Day Surgery, Egyesült Királyság

“A robotikai platformok lehetővé teszik számunkra, hogy számos olyan hasfali sérvműtétet végezzünk el, amelyek korábban többnapos, akár négy-öt éjszakás kórházi tartózkodást igényeltek volna drének alkalmazásával, és ezeket ma már drének alkalmazása nélkül egynapos műtétté alakítsuk.”

Az otthoni lábadozás oldaláról megközelítve a digitális egészségügyi és távmonitorozási eszközök hozzájárulnak a korábbi és biztonságosabb hazabocsátáshoz. A sebészeti betegek esetében alkalmazott telemedicinális utánkövetés során a betegek 80,6%-a „nagyon jónak” értékelte az ellátást, miközben öt éves időszak alatt több mint egymillió dollár költségmegtakarítás volt kimutatható. Ausztráliában egy akut, egynapos epehólyag-eltávolítás távmonitorozással kombinálva betegenként 1,7 kórházi nap és esetenként 1416 ausztrál dollár megtakarítást jelentett a hagyományos fekvőbeteg-szakellátáshoz képest⁸⁷.

“Azt látjuk, hogy az otthoni távmonitorozás egyre szélesebb körben terjed. A virtuális osztályplatformokat kezdetben az aznapi sürgősségi ellátásban alkalmazták a belgyógyászati területén. Most már azt látjuk, hogy ezeket a műtét utáni környezetben is használják, így azon betegek esetében, akik távmonitorozással térnek haza, ez jelentős biztonságérzetet nyújt mind a klinikusok, mind a betegek számára bizonyos beavatkozások esetében.”

Szakpolitikai és pénzügyi eszközök

6. ábra

A megkérdezettek

32%-a

szerint a digitális eszközök és az adminisztratív terhek csökkentése hozná a legnagyobb előrelépést az egynapos sebészet bővítése szempontjából.



Forrás: Mölnlycke egynapos sebészeti felmérés, Censuswide, 2026. április 2–22.
Bázis: valamennyi megkérdezett

Tekintettel arra, hogy az egynapos sebészet egyértelmű előnyökkel jár a költségmegtakarítás⁴, a kapacitásfelszabadítás^{19,23}, a hatékonyság és a betegek elégedettsége⁹ szempontjából, erős indok szól amellett, hogy az egynapos sebészet váljon az alapértelmezett ellátási formává. Az egynapos sebészet bővítésének akadályai és segítő tényezői összetettek, ezért a szakpolitikai intézkedéseket körültekintően kell kialakítani, figyelembe véve az esetleges egészségügyi egyenlőtlenségeket és a megbízhatósági szempontokat is.



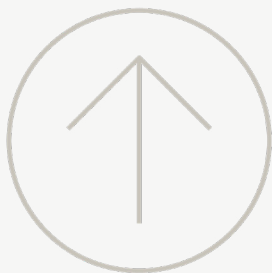
Prof. Tim Briggs CBE

a GIRFT program vezetője és az NHS England klinikai fejlesztésért, elektív ellátás helyreállításáért, valamint a sürgősségi és akut ellátásért felelős országos igazgatója, Egyesült Királyság⁷⁵

“

A Brit Egynapos Sebészeti Társaság munkacsoportjával bizonyítottuk, hogy az egynapos sebészeti arányok növelése mellett az újrafelvételek és a szövődmények aránya nem magasabb. Ugyanakkor a betegek elégedettsége valóban rendkívül fontos – a betegek örülnek annak, hogy megkapják a szükséges műtéti ellátást.”

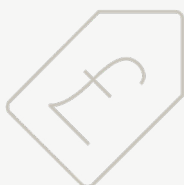
A felmérés eredményei erőteljesen alátámasztják a prioritásként¹⁴ történő kezelés szükségességét. A megkérdezettek a klinikai innováció, a betegek igényei, a hatékonysági nyomás, a megbízhatósági megfontolások és a kifejezett szakpolitikai célkitűzések együttesét jelölték meg az egynapos sebészet felé történő elmozdulás fő mozgatórugóiként, ami arra utal, hogy a fejlődést egyszerre több tényező mozgatja, nem pedig egyetlen szakpolitikai eszköz¹⁴.



Az egynapos sebészet elterjedésének ösztönzésére szolgáló egyik erőteljes rendszerszintű eszköz a nemzetközi összehasonlítások és a teljesítményértékelés alkalmazása. A 13 OECD-országot vizsgáló elemzés kimutatta, hogy valamennyi ország stratégiai prioritásként kezelte az egynapos sebészetre való áttérést, ugyanakkor eltérő mértékben támogatták ezt a prioritást szabályozási eszközökkel, finanszírozási reformokkal és elszámoltathatósági mechanizmusokkal. Az összehasonlító jelentések képesek megmutatni, hogy az alacsony egynapos sebészeti arányok nem elkerülhetetlenek, és hogy előrelépés lehetséges. Emellett más szakpolitikai eszközök alkalmazását is indokoltá teszik azáltal, hogy rámutatnak a relatív alulteljesítésre. A teljesítményértékelés alkalmazása azért is hasznos, mert az egynapos sebészetet mérhető teljesítménymutatóvá teszi, ösztönözve a helyi rendszereket a célértékek elérésére és a megfelelőség igazolására.

A pénzügyi ösztönzők fontos jelzéseket küldhetnek a rendszer számára arról, hogy mely területeken szükséges beruházásokat végrehajtani és prioritásokat kijelölni. Erre jó példa Magyarország, ahol a döntéshozók először a kihasználatlan fekvőbeteg kapacitásokat csoportosították át az egynapos sebészet irányába („egynapos sebészet” a magyar rendszer terminológiájában). Magyarországon kezdetben volumenkorlátok vonatkoztak az egynapos sebészetre, amelyeket 2015-ben megszüntettek. Az egynapos sebészet további ösztönzése érdekében 2017-ben az ország 10%-os finanszírozási többletet vezetett be ezekre a beavatkozásokra, ezáltal jobban összehangolva a pénzügyi ösztönzőket a kívánt egészségpolitikai célokkal¹⁹. 2010 és 2019 között Magyarországon az érintett beavatkozások esetében az egynapos sebészeti arány 42%-ról 80%-ra emelkedett, miközben a fekvőbeteg ápolási napok száma ugyanebben az időszakban 17%-kal csökkent. Általános elvként az egészségügyi rendszereknek legalább azt biztosítaniuk kell, hogy ne álljanak fenn pénzügyi ellenősztönzők az egynapos sebészettel szemben⁴.

A megkérdezettek 27%-a a költség- vagy költségvetési nyomást jelölte meg az egynapos sebészet bővítésének egyik legfontosabb mozgatórugójaként.



A szabályozás és a szakpolitika pénzügyi ösztönzők hiányában is lehet sikeres. Svájc például sikeresen alkalmazott kötelező helyettesítési szabályokat annak érdekében, hogy egyes beavatkozásokat a járóbeteg ellátás irányába tereljen, még azt követően is, hogy 2017-ben megszüntette a kedvezőbb költségtérítést⁵. Ez megfizethetőbbé tette az egynapos sebészetet a svájci egészségügyi rendszer számára, növelve annak vonzerejét a nemzeti költségvetési döntéshozók szemében, miközben megőrizte a korábban pénzügyi ösztönzőkkel elért eredményeket¹⁴. A felmérés eredményei arra utalnak, hogy a szakpolitikai intézkedések akkor lehetnek igazán hatékonyak, ha klinikai megvalósíthatósággal párosulnak¹⁴. Az egynapos sebészet növekedésének leggyakrabban megjelölt mozgatórugója ugyanis a sebészeti technikák és a lábadozási protokollok fejlődése volt (36%), megelőzve a tisztán pénzügyi vagy szabályozási ösztönzőket. Ez arra utal, hogy a kötelező előírások akkor a leghitelesebbek, ha megfelelő klinikai kapacitások és gyakorlati megvalósíthatóság támasztja alá azokat¹⁴.

Ugyanakkor a pénzügyi ösztönzők alkalmazása során körültekintően kell eljárni, mivel ezek könnyen túlzottan leegyszerűsítő eszközökké válhatnak. Az angliai Best Practice Tariff rendszer tapasztalatai azt mutatták, hogy bár egyes célzott beavatkozások esetében valóban növekedést eredményezett, ezek a pozitív hatások idővel mérséklődtek. Emellett a finanszírozási ösztönzők az erőforrások és beruházások átcsoportosításához vezettek az elektív ellátási portfólió más, nem célzott beavatkozásaitól, ami azt jelentette, hogy bizonyos eredményeket más területek rovására értek el⁸⁸. A felmérés eredményei ezt az óvatosságot támasztják alá. A megkérdezettek nem tekintették önmagában elegendőnek a pénzügyi nyomást, ehelyett a betegeledukációt, a célzottan kialakított létesítményeket, a digitális eszközöket és a betegutak újratervezését sorolták a további növekedést leginkább támogató gyakorlati beavatkozások közé¹⁴.

Az ír tapasztalatok szintén azt mutatják, hogy a pénzügyi ösztönzőket működési változtatásokkal, az ellátás újratervezésével és védett kapacitások kialakításával együtt kell bevezetni. Írország esetében sem a tevékenység alapú finanszírozás, sem a laparoszkópos epehólyag-eltávolítások egynapos sebészeti ellátására vonatkozó célzott árösztönző nem eredményezett mérhető változást sem az egynapos sebészeti arányokban, sem az átlagos ápolási idő hosszában⁸⁹. Az ír példa jól mutatja, hogy a pénzügyi reformok sikertelenek lehetnek, ha az általuk biztosított ösztönző túl gyenge ahhoz a működési erőfeszítéshez képest, amely az igénybevételükhöz szükséges. A kórházak ilyenkor egyszerűen tudomásul veszik a pénzügyi jelzést anélkül, hogy ténylegesen újraterveznék az ellátást.

A szakpolitikai jelzések csak akkor működnek, ha arra ösztönzik az intézményeket, hogy az egynapos sebészetet vezetői prioritásként kezeljék. A szakpolitika számára egy másik erős lehetőség a speciális, védett vagy elkülönített egynapos sebészeti kapacitások célzott kialakítása. Az áttekintett bizonyítékok ismételten rámutattak arra, hogy az ugyanazon a helyszínen működő szolgáltatások elmoshatják a határokat a fekvőbeteg és a járóbeteg ellátás között, ami növeli annak kockázatát, hogy a sebészeti beavatkozások alapértelmezés szerint fekvőbeteg-szakellátási környezetben történjenek. Az egynapos sebészet védelmének arany standardja az erre a célra létrehozott speciális létesítmények kialakítása, ugyanakkor a döntéshozók és a kórházi vezetők más módszereket is mérlegelhetnek az egynapos sebészeti kapacitások és erőforrások védelmére.



David Bunting

felső gasztrointesztinális és hasfali rekonstrukciós sebész, North Devon District Hospital vezetőségi tisztviselő, az International Association of Ambulatory Surgery korábbi elnöke, British Association of Day Surgery, Egyesült Királyság

“Az egyik legfontosabb tényező az egynapos sebészeti betegek számára elkülönített ágykapacitás biztosítása, amelyet nem használnak fel nem tervezett belgyógyászati és sebészeti felvételek céljára.”

Az egynapos sebészeti arányok javítását célzó szakpolitikai törekvéseknek ezt követően holisztikus megközelítést kell alkalmazniuk, azonosítva az adott rendszerben jelen lévő kontextuális akadályokat és segítő tényezőket, valamint törekedniük kell egy önálló és szabványosított egynapos sebészeti betegút kialakítására. Ennek elérésére számos eszköz áll rendelkezésre, a szabályozástól kezdve a pénzügyi ösztönzőkön át egészen az elszámoltathatósági mechanizmusokig, azonban valamennyi intézkedést úgy kell kialakítani, hogy elkerülhetők legyenek a torz ösztönzők és a nem szándékolt torzító hatások. A felmérés eredményei alátámasztják ezt a kiegyensúlyozott következtetést. A megkérdezettek szerint az egynapos sebészet felé történő elmozdulást egyszerre hajtja az innováció, a betegek elvárásai, a költségvetési realitások, a várólisták okozta nyomás és a kifejezett célkitűzések¹⁴. Ezért a legsikeresebb szakpolitikai modellek várhatóan azok lesznek, amelyek ezeket a mozgatórugókat összehangolják, nem pedig egyetlen intézkedésre támaszkodnak elszigetelten.



Prof. Tim Briggs

a GIRFT program vezetője és az NHS England klinikai fejlesztésért, elektív ellátás helyreállításáért, valamint a sürgősségi és akut ellátásért felelős országos igazgatója, Egyesült Királyság⁷⁵

“Alapvető fontosságú továbbá a klinikai legjobb gyakorlatok megfelelő figyelembevétele, az egyéni innovátorok azonosítása, valamint eredményeik szélesebb körű alkalmazása és a tapasztalataikból való tanulás. Az egynapos sebészeti arányok növelése egyszerre szakpolitikai és kulturális kérdés – mindkét dimenziót figyelembe kell venni.

Minél inkább el tudjuk különíteni az elektív ellátást a sürgősségi és a sürgős ellátástól, annál jobb eredményeket érhetünk el.”

Szakpolitikai ajánlások



Dr. Shaan Chhabra

transzformációs és betegáramlás-fejlesztési vezető,
Newham Hospital,
Barts Health NHS Trust, Egyesült Királyság¹⁵

“

Az egynapos sebészet térnyerésével kapcsolatban két fő probléma figyelhető meg az Egyesült Királyságban: az eltérés és a tervezés. Egyes műtéttípusok esetében az integrált ellátórendszerek akár a beavatkozások 95%-át is egynapos műtétként végzik, míg mások – olykor ugyanazon régió belül – csupán 60%-ot érnek el. Az NHS-ben az egynapos sebészeti esetek mintegy 20%-át a preoperatív szakaszban vagy a műtétet megelőző 24 órán belül lemondják, ami megnehezíti a tervezést és a hatékony működést.

Egy új projekt, amelynek során a szövődmények arányának csökkentésén dolgoztam, különösen érdekes eredményeket hozott. Azt tapasztaltuk, hogy a csapatientitással és a közös célokkal kapcsolatos problémák, a betegek késedelmes érkezése a nem kellően áramvonalasított folyamatok miatt, a kórházi infrastruktúrához való túlzott kötődésből fakadó ágykapacitásért folytatott verseny, valamint az adatok korlátozott megosztása egyaránt hozzájárultak ahhoz, hogy kevésbé volt világos, milyen irányú fejlesztésekre lenne szükség. Számomra ez azt bizonyította, hogy ha a csapatok lehetőséget kapnak arra, hogy tudatosan az egynapos sebészet köré szervezzék működésüket, akkor sikeresen tudnak teljesíteni.”

Ezeket az ajánlásokat az ambuláns sebészetitanácsadó testület ülésén megvitatták és tovább finomították, majd ezt követően egy további felülvizsgálati körnek is alávetették őket.



A betegbiztonság a legfontosabb

Az egynapos sebészet alapvető eszköz az elektív várólisták csökkentésében, a kórházi hatékonyság és átbocsátóképeség javításában, valamint az ágykapacitás védelmében. Ugyanakkor kizárólag akkor alkalmazható, ha az biztonságos a betegek számára. Minden olyan ösztönzőt, amely az egynapos sebészeti arányok növelésére irányul, meg kell vizsgálni abból a szempontból, hogy fennáll-e torz ösztönzők vagy nem kívánt következmények kialakulásának veszélye, amelyek ronthatják a betegbiztonságot, és szükség esetén ezeket megfelelően módosítani kell.

Az egynapos sebészetnek minden esetben hozzáadott értéket kell teremtenie a betegek számára. A betegbiztonságot az egynapos sebészeti betegút teljes egészében biztosítani kell, különös tekintettel a betegkiválasztásra, a preoperatív tervezésre és az otthoni lábadozás körülményeire. A betegek számára biztosítani kell egy megnevezett egészségügyi szakember elérhetőségét, akivel kapcsolatba léphetnek műtét utáni szövődmények esetén, és egyértelműen érteniük kell, hogy mi tekinthető a normális lábadozás részének. Egyértelmű eszközalációs útvonalakat kell kialakítani.

Az egészségügyi szakembereknek kiemelt figyelmet kell fordítaniuk az újrafelvételek legfontosabb kiváltó okaira, különös tekintettel a fájdalomkezelésre, a műtét utáni hányingerre és hányásra, valamint a műtéti területi fertőzésekre (beleértve a minimálisan invazív beavatkozásokat is).



Bjarne Skjødt Hjaltalin

főorvos, Egynapos Sebészeti Osztály,
Amager and Hvidovre Hospital, Dánia⁵⁶



Az egynapos sebészet legyen az alapértelmezett megoldás, ahol az klinikailag megfelelő

“

Az egynapos sebészetnek kellene lennie a fő ellátási formának, és az orvosoknak kellene megindokolniuk, ha ettől eltérő megoldást kívánnak alkalmazni.”

Az egészségügyi rendszereknek arra kell törekedniük, hogy az egynapos sebészeti betegutak váljanak alapértelmezetté azoknál a beavatkozásoknál, amelyek esetében erős bizonyítékok támasztják alá a biztonságot és amelyek klinikailag megfelelőek, valamint azon betegek esetében, akik fizikai és szociális szempontból alkalmasak arra, hogy a beavatkozást egynapos műtétként végezzék el. Ez többféle eszközzel érhető el, többek között védett, elkülönített kapacitások kialakításával, speciális létesítmények létrehozásával, működési elvárások meghatározásával, elszámoltathatósági mechanizmusokkal és pénzügyi ösztönzőkkel. A beteg választási szabadságát fenn kell tartani, és a betegek elégedettségét, illetve az egynapos sebészet elfogadottságát a siker egyik fontos mutatójaként nyomon kell követni.

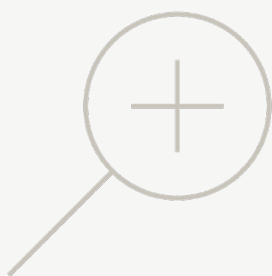
Háromlépcsős megközelítés az egynapos sebészet fejlesztésére

1. A nagy esetszámú, alacsony komplexitású beavatkozásokat – amennyiben az a beteg számára klinikailag megfelelő – alapértelmezés szerint egynapos műtétként kell elvégezni.
2. Csökkenti kell az olyan beavatkozásokkal kapcsolatos eltéréseket, amelyek biztonságossága és megvalósíthatósága megfelelően igazolt, de helyi szinten eltérő módon kerülnek bevezetésre.
3. Ki kell terjeszteni az egynapos sebészet határait új, potenciálisan alkalmas beavatkozások és betegcsoportok azonosításával.

A szakpolitikai figyelem középpontjában a megbízható betegutak kialakítása álljon

Az egynapos sebészetnek a fekvőbeteg-szakellátástól elkülönülő betegutakkal kell rendelkeznie, amelyeket az egynapos sebészet sajátos jellemzőinek figyelembevételével, az alapoktól kezdve kell megtervezni. A betegbiztonság szempontjából különös figyelmet kell fordítani a betegkiválasztásra, valamint a preoperatív tervezésre és kommunikációra. Bár a szabványosítás fontos, az egynapos sebészet új területeinek saját betegutakat kell kialakítaniuk, amelyek figyelembe veszik az adott beavatkozások sajátos jellemzőit.

Az egészségügyi rendszereknek figyelembe kell venniük a sebészeti központok, valamint a közösségi és szociális szolgáltatások közötti kapcsolódási pontokat is, és az egynapos sebészeti betegutat olyan folyamatként kell értelmezniük, amely túlmutat a kórház vagy a rendelő falain.



A betegutak szabványosítása a rugalmasság megőrzése mellett

A betegutakon belül alkalmazni kell az alkalmazkodó szabványosítás elvét, biztosítva, hogy a folyamatok szabványosítása elősegíti az egyértelmű felelősségi körök kialakítását, az ismételhető feladatvégzést, a hatékonyságot és a személyzet számára az ismerős munkafolyamatokat, miközben megőrzi azt a rugalmasságot, amely szükséges az egyes beavatkozások és környezetek közötti különbségek kezeléséhez. Az olyan innovációk, mint a személyre szabott műtéti egységcsomagok, hozzájárulhatnak az ilyen típusú alkalmazkodó szabványosítás megvalósításához a különböző beavatkozástípusok esetében.

Az elektív kapacitás védelme az egynapos sebészeti kapacitás és erőforrások elkülönítésével, valamint a speciális létesítmények kialakításával

El kell kerülni, hogy a beavatkozások automatikusan fekvőbeteg-szakellátássá váljanak azáltal, hogy az egynapos sebészeti kapacitásokat elkülönítik vagy más módon védik, miközben minden esetben biztosítani kell a magasabb szintű ellátáshoz vezető utat azon betegek számára, akiknek arra valóban szükségük van.

A méltányosság beépítése a rendszertervezésbe

Az egészségügyi rendszereknek törekedniük kell a helyi szempontból releváns egészségügyi egyenlőtlenségek felismerésére és monitorozására. Az egészségügyi egyenlőtlenségek önmagukban nem vezethetnek ahhoz, hogy a betegek ne részesülhessenek egynapos sebészeti ellátásban. Ehelyett az egészségügyi rendszereknek olyan intézkedéseket kell kialakítaniuk, amelyek biztosítják a hátrányos helyzetű betegek számára az egynapos sebészethez való biztonságos hozzáférést. Kiemelt figyelmet kell fordítani a betegek otthoni lábadozási környezetére, és szükség esetén megfelelő közösségi szolgáltatásokat kell bevonni annak érdekében, hogy támogassák a betegek közösségi környezetben történő lábadozását, amennyiben nem áll rendelkezésükre megfelelő családi támogatás.

A betegeket holisztikus szemlélettel kell kezelni, amelyben társadalmi körülményeik ugyanolyan súlytal esnek latba, mint klinikai jellemzőik.

Egyszerű és érthető kommunikáció a betegekkel

Az egészségügyi rendszereknek biztosítaniuk kell, hogy a betegekkel való kommunikáció a betegút tervezésének kiemelt eleme legyen. A betegek számára a lehető legegyszerűbb formában kell átadni az információkat, kerülve az orvosi szakzsargont, és szükség esetén tolmács bevonásával biztosítani a megfelelő kommunikációt. A fontos információkat olyan időpontban kell átadni, amikor a betegek a legnagyobb valószínűséggel képesek azokat megjegyezni, valamint elegendő időt kell biztosítani számukra kérdéseik feltevésére. A betegeknek minden lényeges információt írásban és szóban egyaránt meg kell kapniuk. A műtétet követően rutinszerű utánkövetést kell végezni annak érdekében, hogy a betegek lehetőséget kapjanak aggályaik kifejezésére.

Az egészségügyi szakembereknek törekedniük kell arra, hogy elegendő időt szánjanak a betegekre, és empatikus, figyelmes hozzáállással hallgassák meg őket, felismerve, hogy a műtét a betegeket rendkívül kiszolgáltatott helyzetbe hozza. A betegeknek egyértelműen érteniük kell, hogy mit jelent az egynapos sebészet, milyen következményekkel jár az otthoni lábadozás szempontjából, és lehetőséget kell biztosítani számukra a megfelelő tájékozott beleegyezés megadására.

Mivel az ápolók töltik a legtöbb személyes időt a betegekkel a perioperatív időszakban, lehetővé kell tenni számukra, hogy elegendő idő álljon rendelkezésükre a betegekkel való kommunikációra és interakcióra.

Következtetés

Az egynapos sebészet komoly lehetőséget kínál arra, hogy javítsa a betegek tapasztalatait az egészségügyi rendszerekben, miközben csökkenti a költségeket és felszabadítja az elektív kapacitást azon fekvőbeteg esetek számára, amelyek valóban egyéjszakás kórházi tartózkodást igényelnek. Ugyanakkor világszerte továbbra is jelentős eltérések figyelhetők meg az egynapos sebészeti arányok tekintetében, és vannak olyan példák is, amikor az elterjedés lassú marad még akkor is, ha az egynapos sebészetet rendszerszintű prioritásként kezelik. Ez a jelentés egy átfogó megközelítés mellett érvel az egynapos sebészeti arányok növelése érdekében, amely elsőként a nagy esetszámú, alacsony komplexitású beavatkozásokra összpontosít, majd szabványosított protokollok és betegutak kialakításával fokozatosan kitolja az egynapos sebészet határait. Mindezt különböző szakpolitikai eszközök alkalmazásával szükséges támogatni annak érdekében, hogy ösztönözhető legyen az egynapos esetek irányába történő elmozdulás.

Hivatkozások

1. Siciliani L. Waiting times for health services, health, and labour market outcomes. Eur J Public Health [Internet]. 2026 Mar 1;36(Supplement_2). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41329126/>
2. Turney BW, Cornu JN, Schatteman P, et al. Evolution of the Endoscopic Surgical Approach for Benign Prostatic Obstruction in European Countries. Eur Urol Focus [Internet]. 2025 Apr;11(5). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40189998/>
3. Rieder L, Schoder J. Strategies for Successful Hospital-Based Outpatient Care: Insights from Switzerland and Germany. Hospitals (Lond) [Internet]. 2025 Jun;2(2). Letölthető: <https://www.mdpi.com/2813-4524/2/2/13>
4. Kreutzberg A, Eckhardt H, Milstein R, et al. International Strategies, Experiences, and Payment Models to Incentivise Day Surgery. Health Policy (New York). 2023 Dec;140:104968.
5. Baumann A, Wyss K. The Shift from Inpatient Care to Outpatient Care in Switzerland Since 2017: Policy Processes and the Role of Evidence. Health Policy (New York) [Internet]. 2021 Jan;125(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33579560/>
6. Glowka L, Tanella A, Hyman J. Quality Indicators and Outcomes in Ambulatory Surgery. Curr Opin Anaesthesiol [Internet]. 2023 Aug;36:624–9. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37871296/>
7. Rodriguez L, Bloomstone J. Benchmarking Outcomes for Day Surgery. Best Pract Res Clin Anaesthesiol [Internet]. 2023 Mar;37 3:331–42. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938080/>
8. Brüngger B, Bähler C, Schwenkglenks M, et al. Surgical Procedures in Inpatient Versus Outpatient Settings and Its Potential Impact on Follow-up Costs. Health Policy (New York) [Internet]. 2021 Jul;125(10). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34348846/>
9. Sig JR, Nielsen C, Bille Camilla and Thomsen JB, et al. Patients' Experiences of Day Surgery: A Qualitative Systematic Review. J Adv Nurs [Internet]. 2025 Mar;82(1):247–71. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40159718/>
10. Brick A, Walsh B, Kakoulidou T, et al. Variation in Day Surgery Rates Across Irish Public Hospitals. Health Policy (New York) [Internet]. 2024 Nov;152:105215. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39837055/>
11. Messerle R, Hoogestraat F, Wild EM. Which Factors Influence the Decision of Hospitals to Provide Procedures on an Outpatient Basis? -Mixedmethods Evidence from Germany. Health Policy (New York) [Internet]. 2024 Oct;150:105193. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39488029/>
12. Guillaumes S, Hidalgo N, Bachero I, et al. Outpatient Inguinal Hernia Repair in Spain: A Population-Based Study of 1,163,039 Patients—Clinical and Socioeconomic Factors Associated with the Choice of Day Surgery. Updates Surg [Internet]. 2022 Oct;75(1):65–75. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36287386/>
13. French J, Deere K, Sayers A, et al. Day case hip and knee replacement in England: a population-based cohort study using linked National Joint Registry and Hospital Episode Statistics data. BMC Med [Internet]. 2025;23(1). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088192/>
14. Censuswide. Survey of clinicians and hospital managers involved in day surgery (n=256). Field work was carried out between 2-22 April 2026. 2026.
15. Mölnlycke Healthcare. Outpatient surgery advisory board 7 May 2026. Belső adatok alapján. 2026.
16. Zhang C, Shariq O, Bews K, et al. Outpatient Surgery Benchmarks and Practice Variation Patterns: Case Controlled Study. Int J Surg [Internet]. 2024 Mar;110(10):6297–305. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38526509/>
17. Morales-García D, García MZ, Lanza JCC, et al. DUCMA 2.0 Project: Update on the Current Situation of the Outpatient Surgery Units in Spain. Cir Esp [Internet]. 2024 Jan;102(3). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38224773/>
18. Berlin NL, Brownlee S, Yu E, et al. Growth of Ambulatory Surgery Centers More Likely in Higher-Resourced Counties with Lower Deprivation, 2014–2021. Health Affairs Scholar [Internet]. 2025 Oct;3(11). Letölthető: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12596691/>
19. Pónusz R, Endrei D, Kovács D, et al. The Development of One-Day Surgical Care in Hungary Between 2010 and 2019. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022 Jun;22. Letölthető: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9210767/>
20. International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Handbook [Internet]. 2014. Letölthető: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/day_surgery_manualiaas.pdf
21. Hirsi AA, Danielsen O, Varnum C, et al. Day-case hip and knee arthroplasty does not increase healthcare system contacts: a prospective multicenter study in a public healthcare setting. Acta Orthop [Internet]. 2025;96:265–71. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099463/>
22. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr David Bunting. 1 April 2026. Belső adatok alapján.
23. Royal College of Surgeons in Ireland. Model of Care for Elective Surgery [Internet]. 2014. Letölthető: <https://www.rcsi.com/surgery/practice/publications-and-guidelines>
24. Ayyaz F, Joyner J, Cheetham M, et al. Association of Day-Case Rates with Post COVID-19 Recovery of Elective Laparoscopic Cholecystectomy Activity Across England. Ann R Coll Surg Engl [Internet]. 2024 Apr;107(1):54–60. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38563060/>
25. Wainwright T. The Current Status of Daycase Hip and Knee Arthroplasty Within the English National Health Service: A Retrospective Analysis of Hospital Episode Statistics Data. Ann R Coll Surg Engl [Internet]. 2021 Mar;103(5). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33739152/>

26. Danielsen O, Jensen CB, Varnum C, et al. Day-case success or why still in hospital after total hip, total knee, and medial unicompartmental knee arthroplasties? *Bone Jt Open* [Internet]. 2024;5(11):977–83. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39496281/>
27. French J, Deere K, Sayers A, et al. Trends in hip and knee replacement length of stay and patient demographics in England: a populationbased study of 1,455,842 primary procedures. *BMC Med* [Internet]. 2025;23(1). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088116/>
28. Ricciardi R, Seshadri-Kreaden U, Yankovsky A, et al. The COMPARE Study: Comparing Perioperative Outcomes of Oncologic Minimally Invasive Laparoscopic, da Vinci Robotic, and Open Procedures: A Systematic Review and Meta-analysis of the Evidence. *Ann Surg* [Internet]. 2025 May 1;281(5):748–63. Letölthető: https://journals.lww.com/annalsurgery/fulltext/2025/05000/the_compare_study_comparing_perioperative.8.aspx
29. Danielsen O, Varnum C, Jensen CB, et al. Implementation of Outpatient Hip and Knee Arthroplasty in a Multicenter Public Healthcare Setting. *Acta Orthop* [Internet]. 2024 May;95:219–24. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38715473/>
30. Wada S, Miyake M, Hata M, et al. Annual Trends of Ophthalmic Surgeries in Japan's Super-Aged Society, 2014–2020: A National Claims Database Study. *Sci Rep* [Internet]. 2023 Dec;13(1). Letölthető: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-49705-x>
31. Kabata Y. Trends in Ophthalmic Surgery Among Older Patients in Japan (Fiscal Years 2018 to 2022): A National Claims Database Study on Surgical Shifts and the COVID-19 Pandemic's Impact. *Cureus* [Internet]. 2025 Jun;17(6). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40656271/>
32. Dey S, Gadde R, Sobti A, et al. The safety and efficacy of day-case total joint arthroplasty. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2021;103(9). Letölthető: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335200/>
33. Hoffmann JD, Kusnezov NA, Dunn JC, et al. The Shift to Same-Day Outpatient Joint Arthroplasty: A Systematic Review. *J Arthroplasty* [Internet]. 2018 Apr 1;33(4):1265–74. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29224990/>
34. Rohi A, Olofsson M, Jakobsson J. Ambulatory Anesthesia and Discharge: An Update Around Guidelines and Trends. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2022 Oct;35(6):691–7. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194149/>
35. Rajan N, Rosero E, Joshi G. Patient Selection for Adult Ambulatory Surgery: A Narrative Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1415–30. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784328/>
36. Young SM, Osman B, Shapiro F. Safety considerations with the current ambulatory trends: more complicated procedures and more complicated patients. *Korean J Anesthesiol* [Internet]. 2023;76(5):400–12. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36912006/>
37. Courtney PM, Boniello AJ, Berger RA. Complications Following Outpatient Total Joint Arthroplasty: An Analysis of a National Database. *J Arthroplasty* [Internet]. 2017 May 1;32(5):1426–30. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28034481/>
38. Filipovic MG, Schwenter A, Luedi M, et al. Modern preoperative evaluation in ambulatory surgery – who, where and how? *Curr Opin anaesthesiol* [Internet]. 2022;35:661–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36194141/>
39. Hodgson JAB, Cyr KL, Sweitzer B. Patient Selection in Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Jan;37(3):357–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938082/>
40. Bongiovanni T, Parzynski C, Ranasinghe I, et al. Unplanned hospital visits after ambulatory surgical care. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34283840/>
41. Alharthi AA, Mohammed A, Jamil M, et al. Evaluation of Risk Factors for Unanticipated Hospital Admission Following Ambulatory Surgery – An Observational Study. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2022 Sep;16(4):419–22. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36337418/>
42. Ceban F, Yan E, Pivetta B, et al. Perioperative Adverse Events in Adult Patients with Obstructive Sleep Apnea Undergoing Ambulatory Surgery: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Anesth* [Internet]. 2024 May;96:111464. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38718686/>
43. Joshi G. Enhanced Recovery Pathways for Ambulatory Surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020 Sep;33(6):711–7. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002957/>
44. Cukierman D, Cata J, Gan TJ. Enhanced Recovery Protocols for Ambulatory Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* [Internet]. 2023 Apr;37(3):285–303. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37938077/>
45. Afonso A, McCormick P, Assel M, et al. Enhanced Recovery Programs in an Ambulatory Surgical Oncology Center. *Anesth Analg* [Internet]. 2021 Nov;133(6):1391–401. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34784326/>
46. Emery SL, Jeannot E, Dallenbach P, et al. Minimally Invasive Outpatient Hysterectomy for a Benign Indication: A Systematic Review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2024 May;53(8):102804. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38797369/>
47. Fang L, Wang Q, Xu Y. Postoperative Discharge Scoring Criteria After Outpatient Anesthesia: A Review of the Literature. *J Perianesth Nurs* [Internet]. 2023 Jan;38(4). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36670045/>
48. Philteos J, Baran E, Noel CW, et al. Feasibility and Safety of Outpatient Thyroidectomy: A Narrative Scoping Review. *Front Endocrinol (Lausanne)* [Internet]. 2021;12. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34394008/>
49. Shah S, Qureshi F, Stanley S, et al. Unplanned Hospital Admissions Within 24 h After 53,185 Surgical Procedures at a U.S. Ambulatory Surgery Center. *Perioperative Medicine* [Internet]. 2024 Aug;13(1). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39138487/>
50. Sun W, Wu F, Du Y, et al. Construction of the whole-process nursing service system for day surgery patient based on the Kano model: A pilot cluster randomized controlled trial. *Digit Health* [Internet]. 2024;10. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39372810/>

51. McGillion M, Parlow J, Borges F, et al. Post-Discharge After Surgery Virtual Care with Remote Automated Monitoring-1 (PVC-RAM-1) Technology Versus Standard Care: Randomised Controlled Trial. *The BMJ* [Internet]. 2021 Sep;374(30). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34593374/>
52. Simon B, Assel M, Tin A, et al. Association Between Electronic Patient Symptom Reporting With Alerts and Potentially Avoidable Urgent Care Visits After Ambulatory Cancer Surgery. *JAMA Surg* [Internet]. 2021 Jun;156(8). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34076691/>
53. Pinto J, Matias A, Sá L, et al. Quality Indicators in Ambulatory Care Surgery: A Scoping Review. *Nurs Econ* [Internet]. 2022;40(5). Letölthető: <https://www.proquest.com/openview/8bef025f13ceadedcd7278991ba3a6a6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30765>
54. Alder CC, Bronsert MR, Meguid R, and Stuart CM, et al. Preoperative Risk Factors and Postoperative Complications Associated with Mortality After Outpatient Surgery in a Broad Surgical Population: An Analysis of 2.8 Million ACS-NSQIP Patients. *Surgery* [Internet]. 2023 Jun;174(3). Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37290998/>
55. GIRFT. Day Case First: National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2024. Letölthető: <https://www.gettingitrightfirsttime.co.uk/wpcontent/uploads/2024/09/National-Day-Surgery-Delivery-Pack-V2.0-September-2024.pdf>
56. Mölnlycke Healthcare. Interview with Mr Bjarne Skjødt Hjaltalin. 30 April 2026. Belső adatok alapján.
57. Thoen CW, Sæle M, Strandberg RB, et al. Patients' experiences of day surgery and recovery: A meta-ethnography. *Nurs Open* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):e2055. Letölthető: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.2055>
58. Larsson F, Strömbäck U, Rysst Gustafsson S, et al. Postoperative Recovery: Experiences of Patients Who Have Undergone Orthopedic Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing* [Internet]. 2022 Aug 1;37(4):515–20. Letölthető: <https://www.jopan.org/action/showFullText?pii=S1089947221003610>
59. Rajan N. The high-risk patient for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2020;33(6):724–31. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093300/>
60. Owens PL, Barrett ML, Raetzman S, et al. Surgical Site Infections Following Ambulatory Surgery Procedures. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 19;311(7):709–16. Letölthető: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1829988>
61. Linsenmeyer K, Branch-Elliman W, Kalver E, et al. Surgical Site Infections in Outpatient Surgeries: Less Invasive Procedures Contribute Substantially to the Overall Burden. *Infect Control Hosp Epidemiol* [Internet]. 2019 Oct 1;40(10):1191. Letölthető: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7328464/>
62. Tsai TC, Brownlee S, Dai D, et al. Disparities in Access to Outpatient Surgery Related to Removal of Procedures From Medicare's Inpatientonly List. *Ann Surg* [Internet]. 2024 Apr;281(5):779–86. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38660795/>
63. Chen AT, Saynisch PA, Song H, et al. Inpatient to Outpatient Shifts in Surgical Care: Persistence of COVID-19 Era Changes and Socioeconomic Variations. *Medical Care Research and Review* [Internet]. 2025 Dec;83(2):156–64. Letölthető: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10775587251396718>
64. Theiss LM, Wood L, Shao C, et al. Disparities in Perioperative Use of Patient Engagement Technologies - Not All Use is Equal. *Ann Surg* [Internet]. 2023 Jan 1;277(1):E218–25. Letölthető: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/fulltext/2023/01000/disparities_in_perioperative_use_of_patient.57.aspx
65. Janeway MG, Sanchez SE, Chen Q, et al. Association of Race, Health Insurance Status, and Household Income With Location and Outcomes of Ambulatory Surgery Among Adult Patients in 2 US States. *JAMA Surg* [Internet]. 2020 Dec 1;155(12):1123–31. Letölthető: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2770165>
66. Rajala M, Kääriäinen M, Tanhua A, et al. Patients' Perspectives on Postoperative FollowUp Calls in Day Surgery: A Qualitative Study. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2025 Sep 1;39(3):e70077. Letölthető: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12209737/>
67. Joo H, Fernández A, Wick EC, et al. Association of Language Barriers With Perioperative and Surgical Outcomes: A Systematic Review. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2023 Jul 3;6(7):e2322743–e2322743. Letölthető: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2807136>
68. Luan-Erfe BM, Erfe JM, Decaria B, et al. Limited English Proficiency and Perioperative Patient-Centered Outcomes: A Systematic Review. *Anesth Analg* [Internet]. 2023 Jun 1;136(6):1096–106. Letölthető: https://journals.lww.com/anesthesia-analgia/fulltext/2023/06000/limited_english_proficiency_and_perioperative.13.aspx
69. Dai X, Ryan MA, Clements AC, et al. The Effect of Language Barriers at Discharge on Pediatric Adenotonsillectomy Outcomes and Healthcare Contact. *Annals of Otolaryngology & Rhinology* [Internet]. 2021 Jul 1;130(7):833–9. Letölthető: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0003489420980176>
70. Wu C, Lin K, Fan Q, et al. The effect of health literacy on early postoperative recovery of patients undergoing outpatient surgery. *Technology and Health Care* [Internet]. 2024 Mar 14;32(2):1091–7. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38073342/>
71. Maria J, Wångdahl J, Karuna D. Health literacy friendly organizations – A scoping review about promoting health literacy in a surgical setting. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2024 Aug 1;125:108291. Letölthető: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399124001587>
72. Clarke G. Surgical hubs: key to tackling hospital waiting lists? [Internet]. 2024. Letölthető: <https://www.health.org.uk/features-andopinion/blogs/surgical-hubs-key-to-tackling-hospital-waiting-lists>
73. Jain S, Rosenbaum PR, Reiter JG, et al. Assessing the Ambulatory Surgery Center Volume-Outcome Association. *JAMA Surg* [Internet]. 2024 Apr 1;159(4):397–403. Letölthető: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2814240>

74. Pace D, Hounsell C, Boone D. Ambulatory surgery centres: a potential solution to a chronic problem. Canadian Journal of Surgery [Internet]. 2023 Mar 17;66(2):E111. Letölthető: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9998099/>
75. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Tim Briggs. 23 April 2026. Belső adatok alapján.
76. Muramatsu N, Liang J. Hospital length of stay in the United States and Japan: a case study of myocardial infarction patients. Int J Health erv [Internet]. 1999;29(1):189–209. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10079404/>
77. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med [Internet]. 2003 May 1;96(5):219. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC539473/>
78. Mölnlycke Healthcare. Interview with Professor Karine Nouette-Gaulain. 10 April 2026. Belső adatok alapján.
79. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infections: prevention and treatment. NICE Guidance [Internet]. 2019; Letölthető: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>
80. WHO. Global guidelines for the prevention of surgical site infection [Internet]. 2018. Letölthető: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550475>
81. Berriós-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784–91. Letölthető: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
82. Brown EG, Burgess D, Li CS, et al. Hospital readmissions: necessary evil or preventable target for quality improvement. Ann Surg [Internet]. 2014;260(4):583–91. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203874/>
83. Gan TJ, Belani KG, Bergese S, et al. Fourth Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. Anesth Analg [Internet]. 2020 Aug 1;131(2):411–48. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467512/>
84. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology [Internet]. 2013 Feb;118(2):291–307. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364567/>
85. Centre for Perioperative Care & GIRFT. National Day Surgery Delivery Pack [Internet]. 2020. Letölthető: https://www.cpoc.org.uk/sites/cpoc/files/documents/2020-09/National%20Day%20Surgery%20Delivery%20Pack_Sept2020_final.pdf
86. Kumar N, Miocinovic R, Beris TD, et al. Comparison of same-day discharge robotic-assisted radical prostatectomy in an ambulatory surgery center versus hospital setting. J Robot Surg [Internet]. 2026 Dec 1;20(1):48–. Letölthető: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-025-03014-9>
87. Kuwornu JP, Brain D, Ng KS, et al. Cost-Effectiveness of Day Surgery With Remote Patient Monitoring for Acute Cholecystitis: Economic Modeling Study. JMIR Perioper Med 2025;8:e76807 <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807> [Internet]. 2025 Oct 20;8(1):e76807. Letölthető: <https://periop.jmir.org/2025/1/e76807>
88. Britteon P, Kristensen S, Lau YS, et al. Spillover Effects of Financial Incentives for Providers onto Non-Targeted Patients: Daycase Surgery in English Hospitals. Health Econ Policy Law [Internet]. 2023 May;18(3):1–16. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37190849/>
89. Valentelyte G, Keegan C, Sørensen J. Hospital Response to Activity-Based Funding and Price Incentives: Evidence from Ireland. Health Policy (New York) [Internet]. 2023 Sep;137:104915. Letölthető: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37741112/>

Melléklet

Kérdőívkérdések

K1

A mindennapi munkája során milyen gyakran fordul elő – ha egyáltalán előfordul – az alábbi helyzetek valamelyike?

	Mindig	Gyakran	Néha	Alkalman- ként	Soha	Nem tudom / nem alkal- mazható	Nem kíván válaszolni
Olyan beavatkozások, amelyek biztonságosan elvégezhetők lennének egynapos műtétként, ehelyett fekvőbeteg-szakellátás keretében történnek	7%	22%	30%	32%	8%	1%	1%
Az egynapos sebészeti volumen növelésére irányuló nyomás negatívan befolyásolja a betegkiválasztási döntéseket	7%	22%	30%	28%	12%	1%	0%
A betegeket úgy bocsátják haza az egynapos sebészeti ellátásból, hogy nem vagyok meggyőződve arról, hogy készen állnak a hazabocsátásra	9%	16%	24%	32%	18%	1%	0%
A betegeket megfelelő otthoni lábadozási támogatás nélkül bocsátják haza az egynapos sebészeti ellátásból	4%	19%	28%	27%	22%	0%	0%
Az egynapos sebészetre alkalmas betegek ellátása a műtőkapacitás hiánya miatt késedelmet szenved	7%	25%	33%	24%	10%	1%	0%

Minta: sebészek, aneszteziológusok, műtősnők és műtős szakápolók (n = 148)

	Mindig	Gyakran	Néha	Alkalman- ként	Soha	Nem tudom / nem alkal- mazható	Nem kíván válaszolni
Az egynapos sebészet tervezett bővítését a létesítmények vagy a beruházások hiánya késlelteti	9%	19%	34%	26%	11%	0%	1%
A finanszírozók, szabályozó hatóságok vagy nemzeti célkitűzések irányából nyomás nehezedik az egynapos sebészeti arányok növelésére	9%	20%	34%	32%	3%	0%	1%

Minta: műtővezetők, beszerzési szakemberek vagy kórházi felsővezetők (n = 108)

	Mindig	Gyakran	Néha	Alkalman- ként	Soha	Nem tudom / nem alkal- mazható	Nem kíván válaszolni
Nehézségek az egynapos sebészeti feladatkörök betöltésére szolgáló munkatársak toborzásában vagy megtartásában	10%	27%	33%	23%	5%	0%	1%

Minta: műtővezetők vagy kórházi felsővezetők (n = 73)

	Mindig	Gyakran	Néha	Alkalman- ként	Soha	Nem tudom / nem alkal- mazható	Nem kíván válaszolni
Az egynapos sebészethez szükséges berendezések és fogyóeszközök beszerzésével vagy rendelkezésre állásával kapcsolatos késedelmek	9%	14%	20%	43%	14%	0%	0%

Minta: beszerzési szakemberek (n = 35)

	Mindig	Gyakran	Néha	Alkalman- ként	Soha	Nem tudom / nem alkal- mazható	Nem kíván válaszolni
Az egynapos sebészeti műtéti listák működési korlátok miatt törlésre kerülnek vagy lerövidülnek	8%	21%	39%	27%	5%	0%	0%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K2

Hogyan értékelné az alábbiakat az Ön jelenlegi munkakörnyezetében?

	Nagyon rossz	Inkább rossz	Sem nem rossz, sem nem jó	Inkább jó	Nagyon jó	Nem tudom / nem alkal- mazható
A személyzet képzettsége és felkészültsége az egynapos műtétek ellátására	2%	12%	17%	36%	31%	1%
Az egynapos sebészeti betegutak és protokollok szabványosítottasága	3%	9%	18%	44%	27%	0%
Az egynapos sebészet preoperatív értékelési és beteg kiválasztási folyamatai	5%	11%	22%	36%	27%	0%
Az egynapos sebészet számára rendelkezésre álló fizikai infrastruktúra és eszközök	2%	11%	17%	41%	29%	1%
A személyzet jólléte és munkakörülményei az egynapos sebészetben a fekvőbeteg-szakellátáshoz viszonyítva	5%	8%	22%	38%	28%	0%
A műtét utáni lábadozási és hazabocsátási kapacitás rendelkezésre állása	4%	10%	24%	38%	24%	0%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K3

A megfelelő betegek és beavatkozások tekintetében, saját tapasztalata vagy ismeretei alapján Ön szerint az alábbi területeken melyik ellátási forma ér el jobb eredményeket, ha egyáltalán van különbség?

	Jelentősen jobb az egynapos sebészetben	Valamivel jobb az egynapos sebészetben	Nagyjából azonos	Valamivel jobb a fekvőbeteg-szakellátásban	Jelentősen jobb a fekvőbeteg-szakellátásban	Nem tudom
Sebészeti szövődmények és műtét utáni fertőzések aránya	11%	30%	30%	19%	9%	1%
Nem tervezett újrafelvételek vagy ismételt kórházi megjelenések aránya	11%	29%	30%	21%	7%	2%
A betegek által jelzett fájdalom és lábadozási tapasztalatok	12%	26%	30%	20%	10%	1%
Az egészségügyi rendszer teljes költségei a kórházak és finanszírozók szempontjából	22%	28%	24%	15%	9%	2%
Az anesztéziával összefüggő mellékhatások csökkenése	11%	32%	29%	18%	9%	0%
Nagyobb átbocsátóképesség és működési hatékonyság a sebészeti csapatok számára	11%	35%	25%	18%	10%	1%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K4

Mekkora kihasználatlan lehetőséget lát az egynapos sebészet területén az alábbi szakterületeken – vagyis hol lenne reálisan lehetőség több beavatkozás egynapos műtétként történő elvégzésére, amelyek jelenleg még nem ilyen formában valósulnak meg?

Szakterület	Nincs kihasználatlan lehetőség	Van némi kihasználatlan lehetőség	Jelentős kihasználatlan lehetőség	Nem tudom / nem releváns a munkaköröm szempontjából
Ortopédia	16%	43%	34%	8%
Általános sebészet	16%	48%	32%	4%
Szemészet	14%	46%	31%	9%
Nőgyógyászat	18%	47%	27%	8%
Urológia	19%	45%	27%	9%
Fül-orr-gégészet	19%	42%	27%	12%
Plasztikai és rekonstrukciós sebészet	12%	45%	34%	9%
Kardiológia (pl. katéteres beavatkozások)	21%	38%	32%	9%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K5

Az Ön intézményében mely tényezők ösztönzik leginkább az egynapos sebészet felé történő elmozdulást? (Legfeljebb három válasz jelölhető meg.)

Tényező	Összes megkérdezett
A sebészeti technikák és a lábadozási protokollok fejlődése	36%
A betegek preferenciája az aznapi hazabocsátás és az otthoni lábadozás iránt	30%
A kórházi eredetű fertőzések kockázatának csökkentése és a betegbiztonság javítása	27%
Költség- vagy költségvetési nyomás	27%
Nemzeti vagy regionális egészségügyi rendszerszintű célkitűzések az egynapos sebészeti arányok növelésére	26%
Kapacitásnyomás, amely magasabb átbocsátóképeségi célokat tesz szükségessé	25%
Az elektív várólisták vagy elmaradások csökkentése	25%
Speciális egynapos sebészeti központok vagy sebészeti központok létrehozása	24%
A műtői hatékonyság javítására irányuló nyomás	22%
Szakpolitikai, szabályozási vagy költségtérítési változások	21%
Nem tudom	0%
Egyéb, kérjük részletezze	0%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K6

Az alábbi állítaspárok esetében Ön hol helyezné el saját álláspontját a két állítás között?

Bal oldali állítás	Teljes mértékben egyet-értek a bal oldali állítással	Inkább egyet-értek a bal oldali állítással	Egyikkel sem / mindkettővel azonos mértékben értek egyet	Inkább egyetértek a jobb oldali állítással	Teljes mértékben egyet-értek a jobb oldali állítással	Jobb oldali állítás
Az egynapos sebészetet a szakemberek vonzó, magas színvonalú munkaterületnek tekintik	15%	29%	25%	22%	9%	Az egynapos sebészetet a szakemberek alacsonyabb presztízsűnek vagy kevésbé összetettnek tekintik, mint a fekvőbeteg-szakellátást
Az egynapos sebészet hatékonyabb jobb csapatmunkát és szerepkörök közötti együttműködést tesz lehetővé	13%	29%	23%	23%	11%	Az egynapos sebészet megnehezíti a hatékony csapatmunkát
A klinikai személyzetnek érdemi beleszólása van az egynapos sebészeti betegutak kialakításába	14%	26%	23%	27%	10%	Az egynapos sebészeti betegutakat nagyrészt anélkül alakítják ki, hogy megfelelően bevonják azokat a munkatársakat, akik a gyakorlatban működtetik őket
Az egynapos sebészet akkor működik a legjobban, ha külön egységben, saját csapattal működik	16%	29%	21%	24%	10%	Az egynapos sebészet általános kórházi műtői környezetben is jól működik
Az egynapos sebészetre alkalmas esetek kiválasztásáról a klinikai és vezetői csapatok együttműködésben döntenek	13%	25%	27%	24%	12%	Az egynapos sebészetre alkalmas esetek kiválasztásáról egyetlen csoport dönt, a többi érintett megfelelő bevonása nélkül
Az egynapos sebészet munkaterhelése és munkatempója kezelhető és hosszú távon fenntartható	12%	24%	27%	25%	13%	Az egynapos sebészet munkaterhelése és munkatempója túlzott nyomás alá helyezi a személyzetet

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K7

Mi hozná az Ön intézményében a legnagyobb gyakorlati előrelépést az egynapos sebészet bővítésében?
(Legfeljebb három válasz jelölhető meg.)

Intézkedés	Megkérdezettek aránya
Betegedukáció a betegek elvárásainak alakítása érdekében az egynapos sebészettel és az otthoni lábadozással kapcsolatban	34%
Célzottan kialakított egynapos sebészeti létesítmények vagy sebészeti központok	32%
Az adminisztratív terheket csökkentő, valamint a személyzet számára a szükséges információkhoz gyorsabb hozzáférést biztosító digitális eszközök	32%
Jobb aneszteziológiai protokollok a gyorsabb lábadozás érdekében (pl. regionális anesztézia, rövidebb hatású szerek)	30%
Szabványosított klinikai betegutak és beavatkozás-specifikus protokollok	27%
Célzott képzési programok az egynapos sebészeti csapatok számára	27%
Jobb adatgyűjtés és teljesítményértékelés az egynapos sebészet eredményeiről	26%
Egyértelműbb pénzügyi ösztönzők a betegek egynapos esetként történő ellátására	25%
Jobban tervezett műszerek és eszközök az egynapos sebészeti beavatkozásokhoz	23%
Nem tudom	1%
Egyéb, kérjük részletezze	0%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K8

Tapasztalata szerint mi a legfőbb oka annak, hogy egy határesetnek tekinthető beteg vagy beavatkozás végül nem egynapos műtétként valósul meg? (Legfeljebb három válasz jelölhető meg.)

Ok	Megkérdezettek aránya
A beteg általános állapota, társbetegségei vagy a beavatkozás komplexitása	43%
A beteg otthoni körülményei (egyedül él, nagy távolságra lakik a kórháztól, nincs megfelelő gondozói támogatás)	38%
Megfelelő egynapos sebészeti létesítmény vagy rendelkezésre álló műtéti lista hiánya	33%
Aggályok az elbocsátást követő támogatással vagy a szövődmények esetén szükséges eszkalációval kapcsolatban	32%
A sebész vagy az aneszteziológus inkább bent tartaná a beteget	32%
A megfelelő egynapos sebészeti személyzet hiánya	26%
A beteg inkább egyéjszakás kórházi tartózkodást preferál	24%
Az adott beavatkozásra még nem alakítottak ki egynapos sebészeti betegutakat	23%
Egyéb, kérjük részletezze	0%
Nem tudom	0%

Minta: sebészek, aneszteziológusok, műtőápolók vagy műtővezetők (180)

K8a
Mi növelné leginkább az Ön bizalmát az egynapos sebészet további bővítésével kapcsolatban az Ön szervezetében?
(Legfeljebb három válasz jelölhető meg.)

Tényező	Megkérdezettek aránya
Szabványosított műtéti egységcsomagok amelyek csökkentik az előkészítési időt és az esetek közötti eltéréseket	42%
Jobb műtét utáni sebkezelési protokollok az otthon lábadozó betegek számára	38%
A nagy átbocsátóképességű egynapos sebészeti környezetek számára kialakított fertőzésmegelőzési megoldások	36%
Képzési és oktatási programok az egynapos sebészeti kompetenciák fejlesztésére a csapatok között	36%
Bizonyítékok és teljesítményértékelési adatok az egynapos sebészeti eredményekről beavatkozástípusonként	30%
Betegút-újratervezési támogatás a hozzáadott értéket nem teremtő tevékenységek csökkentése és a műtői hatékonyság javítása érdekében	30%
Digitális eszközök, amelyek egyszerűsítik az anyagmozgatást, a műtéti napi munkafolyamatokat és a tevékenységi adatok elemzését	21%
Fenntartható megoldások, amelyek csökkentik a hulladékképződést a biztonság veszélyeztetése nélkül	21%
Nem tudom	1%
Egyéb, kérjük részletezze	0%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K9
Az egynapos sebészethez kapcsolódó termékek és szolgáltatások beszállítójának vagy megoldási partnerének kiválasztásakor mennyire fontosak Ön számára az alábbi szempontok?

Szempont	Egyáltalán nem fontos	Nem fontos	Inkább fontos	Nagyon fontos	Nem tudom / nem releváns a munkaköröm szempontjából
Következetesen magas minőségű termékek, amelyekre a klinikai csapatok támaszkodhatnak	4%	8%	36%	51%	2%
Megbízható ellátás és szükség esetén rendelkezésre állás	3%	13%	34%	50%	1%
A beszállító gyors és támogató ügyfélszolgálat	2%	13%	44%	41%	0%
Olyan termékek és megoldások, amelyek javítják a műtői hatékonyságot és csökkentik az előkészítési időt	3%	10%	41%	45%	1%
Klinikai és beszerzési döntéseket támogató bizonyítékok és adatok	2%	11%	45%	41%	2%
Képzés, oktatás és klinikai képességfejlesztés	3%	8%	30%	57%	2%
A környezetvédelmi célkitűzéseket támogató fenntartható termékek és csomagolások	2%	14%	41%	41%	2%
Az egyes betegutakhoz igazítható, személyre szabható és szabványosítható műtéti egységcsomagok biztosításának képessége	2%	11%	43%	43%	1%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)

K10
Az elkövetkező 2–3 évben milyen változásokra számít az Ön intézményében az alábbi területeken?

Terület	Jelentős csökkenés	Enyhe csökkenés	Sem csökkenés, sem növekedés	Enyhe növekedés	Jelentős növekedés	Nem tudom
Az egynapos sebészeti beavatkozások volumene	2%	9%	27%	33%	30%	0%
Az egynapos műtétként végzett beavatkozástípusok köre	1%	11%	27%	42%	18%	1%
A speciális egynapos sebészeti létesítményekbe vagy eszközökbe történő beruházások	2%	12%	18%	41%	26%	1%
A szabványosított egynapos sebészeti betegutak és protokollok elterjedése	3%	12%	20%	41%	24%	0%
Az anesztéziával összefüggő mellékhatások csökkenése	11%	32%	29%	18%	9%	0%
A sebészeti csapatok átbocsátóképességének és működési hatékonyságának növekedése	11%	35%	25%	18%	10%	1%

Minta: valamennyi megkérdezett (n = 256)



David Bunting

felső gasztrointesztinális és hasfali
rekonstrukciós sebész,
North Devon District Hospital vezetőségi
tisztviselő, az International Association
of Ambulatory Surgery korábbi elnöke,
British Association of Day Surgery, Egyesült
Királyság

2026. április 1.

Interjúk

Kérdések:

- + Az Ön szemszögéből nézve, gyakorló sebészként és egyben országos egynapos sebészeti vezetőként melyek a legfontosabb okai annak, hogy az Egyesült Királyság egyes területei sikeresen tudták bővíteni az egynapos sebészetet, míg más területek továbbra is lemaradásban vannak?
- + Kifejezetten a felső gasztrointesztinális sebészet és a hasfali rekonstrukciós sebészet területén hol látja a legnagyobb, még ki nem használt lehetőséget arra, hogy az elkövetkező években még több ellátást lehessen biztonságosan ambuláns sebészeti vagy egynapos műtéti környezetbe áthelyezni?
- + Melyek azok a legfontosabb betegúttal vagy szolgáltatástervezéssel kapcsolatos elemek, amelyek eredményeként a gyakorlatban is jól működik az egynapos sebészet, különösen egy nyomás alatt működő NHS-környezetben?
- + Ahogy az egynapos sebészet egyre összetettebb beavatkozásokra és szélesebb betegcsoportokra terjed ki, hogyan kellene az ellátóknak a beteg kiválasztáshoz viszonyulniuk anélkül, hogy túlzottan kockázatkerülővé válnának?
- + Mennyire fontosak az innováció és a technológia – például a minimálisan invazív technikák, a robotsebészet, a fejlettebb fájdalomcsillapítás és a digitális utánkövetés – az ambuláns sebészet következő fejlődési szakaszának lehetővé tétele során az Egyesült Királyságban?
- + Az Egyesült Királyságon kívüli egészségügyi rendszerek számára, amelyek az ambuláns sebészet és az egynapos sebészet bővítésére törekednek, melyek azok a tapasztalatok az Egyesült Királyság gyakorlatából, amelyek a leginkább átültethetők más országokba, és mely elemek azok, amelyeket nem szabad változtatás nélkül átvenni?



Prof. Karine Nouette-Gaulain

Osztályvezető főorvos
Aneszteziológiai, Intenzív Terápiás és
Perioperatív Medicina Osztály
Gyermekekórház és Aliénor d'Aquitaine
Szülészeti Klinika
Bordeaux University Hospital (CHU de
Bordeaux)

2026. április 10.

Kérdések:

- + Az Ön tapasztalata szerint hogyan alakultak az ambuláns és az egynapos sebészeti modellek Franciaországban az elmúlt években, és mely változásokat látja ma a leginkább lemeghatározónak?
- + A francia egészségügyi rendszerben melyek azok a fő klinikai, szervezeti vagy rendszerszintű tényezők, amelyek az aznapi hazabocsátással járó sebészeti ellátási folyamatok felé való elmozdulás felgyorsulását magyarázzák?
- + Ön szerint az ambuláns sebészet fejlődése milyen mértékben teszi szükségessé, hogy kiemeltebb prioritást kapjanak a dedikált infrastruktúrák és kapacitások, elkerülve ezzel a tervezett műtétek és a sürgősségi ellátás közötti állandó versengést a műtőidőért és a klinikai erőforrásokért?
- + Az aneszteziológia és intenzív terápia szemszögéből melyek voltak azok a legmeghatározóbb előrelépések, amelyek biztonságosabbá és megbízhatóbbá tették az aznapi hazabocsátást egyre több beteg és beavatkozás esetében?



Prof. Tim Briggs

a GIRFT program vezetője és az NHS England klinikai fejlesztésért, elektív ellátás helyreállításáért, valamint a sürgősségi és akut ellátásért felelős országos igazgatója, Egyesült Királyság

2026. április 23.

Kérdések:

- + Országos egészségpolitikai szempontból mely eszközöket tartja a leghatékonyabbnak az egynapos sebészeti arányok növelésére az NHS egészében, különösen azoknál a beavatkozásoknál, ahol továbbra is jelentős eltérések tapasztalhatók az egyes intézmények között?
- + A GIRFT programban szerzett tapasztalatai alapján melyek azok a legfontosabb akadályok, amelyek meggátolják az intézményeket abban, hogy több, egynapos ellátásra alkalmas beavatkozást helyezzenek át egynapos műtéti környezetbe még akkor is, amikor a klinikai bizonyítékok ezt az ellátási formát támasztják alá?
- + Véleménye szerint az egynapos sebészeti arányok közötti eltérések csökkentése érdekében megtett előrelépés milyen mértékben függ az egyértelmű országos szakpolitikai iránymutatástól, és milyen mértékben az intézményi vagy rendszerszintű vezetéstől?
- + Milyen mértékben támogatják a jelenlegi finanszírozási szabályok, ösztönzők és teljesítményértékelési rendszerek azt, hogy az intézmények az elektív ellátás helyreállításának részeként prioritásként kezeljék az egynapos sebészetet és az ambuláns sebészeti betegutakat?
- + Ahogy egyre több ellátás kerül át az egynapos modellekbe, hogyan kellene a döntéshozóknak és a klinikai vezetőknek az otthoni lábadozás kérdésére tekinteniük, és milyen feltételeknek kell teljesülniük ahhoz, hogy a betegek a hazabocsátást követően biztonságos és következetes támogatásban részesüljenek?
- + A jövőben mely további szakpolitikai változtatások vagy országos prioritások gyakorolhatnák a legnagyobb hatást annak érdekében, hogy a magas színvonalú egynapos sebészet és az otthoni lábadozás az NHS egészében általános gyakorlattá váljon?
- + Az ortopédia területén szerzett tapasztalatai alapján hol látja a legnagyobb lehetőségeket az egynapos sebészet további bővítésére, és milyen tanulságokkal szolgálhat az ortopédia az egész egészségügyi rendszer számára?



Bjarne Skjødt Hjaltalin MD, MPG

főorvos, Egynapos Sebészeti Osztály,
Amager and Hvidovre Hospital, Dánia

30 April 2026

Kérdések:

- + Az aneszteziológia, az intenzív ellátás és a sürgősségi ellátás területén szerzett tapasztalatai alapján Ön szerint melyek azok a legfontosabb klinikai biztosítékok, amelyek az egynapos sebészet biztonságos bővítéséhez szükségesek?
- + Tapasztalatai alapján melyek voltak a legjelentősebb gyakorlati akadályok az egynapos sebészet bővítése során az Ön kórházában?
- + Tapasztalatai alapján melyek azok a legfontosabb tényezők, amelyek hozzájárultak az ambuláns és egynapos sebészet fejlődéséhez Dániában?
- + Kifejezetten Dánia vonatkozásában mely tendenciák fogják Ön szerint meghatározni az egynapos sebészet jövőjét a következő öt-tíz évben?
- + A skandináv országokban az ambuláns sebészeti stratégia területén betöltött szerepére tekintettel Ön szerint a dán tapasztalatokból mely tanulságok lehetnek a leghasznosabbak más európai egészségügyi rendszerek számára?

A Reimagining Day Surgery jelentést egy klinikai szakértőkből álló testület tekintette át és vitatta meg egy 120 perces tanácsadó testületi ülés keretében. testület ülése a Microsoft Teams platformon keresztül zajlott 2026. május 7-én, csütörtökön, brit nyári idő szerint 17:00 és 19:00 óra között.

Tanácsadó Testület

Résztvevők:



Chris Hopson, Elnök

az NHS England korábbi stratégiai igazgatója



Profe. Jaideep Pandit

tanszékvezető, az aneszteziológia professzora,
University of Oxford, Egyesült Királyság



Laurens Van Houte

a Sebészeti Osztály vezetője,
Medisch Spectrum Twente, Hollandia



Daniela Matos

főápoló,
Unidade Local de Saúde de Santo António, Portugália



Jaroslaw J. Fedorowski

elnök,
Polish Hospital Federation,
Lengyelország



Jaana Perttunen

elnök,
European Operating Room Nurses Association (EORNA), Finnország



Dr. Shaan Chhabra

transzformációs és betegáramlás-
fejlesztési vezető,
Newham Hospital,
Barts Health NHS Trust, Egyesült
Királyság



Dr. Francesco Venneri

igazgató, Klinikai Kockázatkezelési és
Betegbiztonsági Központ,
Toszkána régió, Olaszország

Megbeszélés napirendje

Napirendi pont	Leírás
Köszöntés és bemutatkozás	A megbeszélés céljainak és napirendjének ismertetése, valamint a tanácsadó testület tagjainak bemutatkozása.
1/A szekció: Az ambuláns és egynapos sebészet helyzete az én egészségügyi rendszeremben	A résztvevők háromperces áttekintést adnak az ambuláns sebészet jelenlegi helyzetéről saját országukban vagy egészségügyi rendszerükben. A cél annak gyors összehasonlítása, hogy az ambuláns sebészetet hogyan definiálják, hogyan nyújtják és milyen prioritást kap a különböző rendszerekben, valamint a legfontosabb hasonlóságok és különbségek azonosítása.
1/B szekció: Reflexiók az előadásokra	A közös témák, különbségek és azok jelentőségének megvitatása a jelentés szempontjából. A szekció célja a különböző rendszerekben megjelenő legfontosabb mintázatok azonosítása, valamint annak meghatározása, hogy mely kérdéseket szükséges hangsúlyosabban megjeleníteni a végleges jelentésben. Megvitatandó kérdések az 1/B szekcióban: 1. Melyek voltak a bemutatott egészségügyi rendszerek közötti legfontosabb hasonlóságok és különbségek, és ezek mit árulnak el az ambuláns sebészet akadályairól és segítő tényezőiről? 2. Mely témákat, példákat vagy tanulságokat kellene hangsúlyosabban megjeleníteni a jelentésben?
2. szekció: Reflexiók a jelentésre	Csoportos megbeszélés a jelentéstervezetről és arról, hogy az megfelelően mutatja-e be az ambuláns sebészet lehetőségeit a különböző egészségügyi rendszerekben. Megvitatandó kérdések a 2. szekcióban: 1. A jelentés egyértelműen bemutatja-e az ambuláns sebészet lehetőségeit és jelentőségét? 2. Megtalálja-e a jelentés a megfelelő egyensúlyt aközött, hogy az ambuláns sebészetet lehetőségként mutassa be, miközben elismeri a gyakorlati korlátokat is? 3. Megfelelően tükrözi-e a jelentés az alábbi kihívásokat? Kérjük, gondolja végig, hogy ezek mennyiben jelennek meg az Ön saját egészségügyi rendszerében, amennyiben azokat a jelentés nem tárgyalja kifejezetten. + ágykapacitás miatti nyomás, + munkaerőhiány, + a műtői folyamatok hatékonysága, + elektív várólisták és elmaradások, + pénzügyi korlátok, + egyéb, Ön szerint hiányzó tényezők.
3. szekció	Ez a szekció azt vizsgálja, hogy a jelentés megfelelő hangsúlyt helyez-e azokra a beavatkozásokra, szakterületekre és lehetőségekre, amelyek az ambuláns és egynapos sebészet további bővítését szolgálhatják. A cél annak tesztelése, hogy a javasolt prioritási keretrendszer mennyire tükrözi a valós gyakorlatot a különböző egészségügyi rendszerekben, valamint annak feltárása, hogy vannak-e olyan fontos szakterületek, beavatkozások vagy újonnan megjelenő trendek, amelyek jelenleg hiányoznak a jelentéstervezetből. A munkacsoportnak mérlegelnie kell, hogy hol kínálkoznak a legnagyobb lehetőségek a gyors kapacitásnövelésre, mely területeken maradt el a fejlődés a várakozásoktól, és mely területek alakíthatják leginkább az ambuláns és egynapos sebészet jövőbeli fejlődési irányait. Megvitatandó kérdések a 3. szekcióban: 1. Ésszerűnek tartja-e a javasolt prioritási megközelítést? + nagy esetszámú beavatkozások kiforrott, aznapi hazabocsátást biztosító betegutakkal, + olyan beavatkozások, amelyek esetében erős klinikai bizonyítékok állnak rendelkezésre, de az alkalmazásuk még alacsony, + olyan „határterületi” beavatkozások, amelyek a jövőben válhatnak alkalmassá egynapos ellátásra. 2. Az Ön egészségügyi rendszerében mely szakterületek vagy beavatkozások szerepeltetése a legfontosabb?

Napirendi pont	Leírás
4. szekció: Hatékonyságnövelés a műtőben	Ez a szekció azt vizsgálja, hogy a jelentéstervezet ajánlásai mennyire gyakorlatiak, relevánsak és megvalósíthatók a különböző egészségügyi rendszerekben. A megbeszélés középpontjában az áll, hogy a jelentés megfelelő intézkedéseket, prioritásokat és szakpolitikai eszközöket azonosít-e az ambuláns és egynapos sebészet szélesebb körű elterjedésének támogatására a különböző környezetekben. Kérjük, gondolják át, hogy a jelentés hogyan tudná a leghatékonyabban támogatni a klinikusokat, a kórházi vezetőket és a döntéshozókat. A szekció arra is kitér, hogy szükség van-e további útmutatásokra, példákra vagy módosításokra annak érdekében, hogy az ajánlások meggyőzőek és a gyakorlatban is alkalmazhatók legyenek. Megvitatandó kérdések: 1. A tervezetben szereplő ajánlások tükrözik-e azokat a legfontosabb intézkedéseket, amelyek szükségesek az ambuláns és egynapos sebészet gyorsabb terjedéséhez? 2. Az Ön egészségügyi rendszerében mely ajánlások lennének a legkönnyebben megvalósíthatók? 3. Mely ajánlások bizonyulhatnak a legnagyobb kihívásnak vagy válhatnak a leginkább vitatottá? 3. A jelentés elegendő útmutatást nyújt-e az alábbi területeken? + a munkaerő-struktúra átalakítása, + az elkülönített elektív kapacitás biztosítása, + pénzügyi ösztönzők és finanszírozási mechanizmusok, + betegbiztonsági és méltányossági szempontok, + digitális eszközök és távoli utánkövetés alkalmazása.
Következő lépések és utánkövetés	A következő lépések ismertetése, a jelentés elkészítésének ütemterve, valamint felhívás további visszajelzések megküldésére.

A Tanácsadó Testületi ülésének középpontjában az ambuláns és egynapos sebészetről szóló jelentéstervezet megállapításainak és ajánlásainak validálása állt, valamint a nemzetközi tapasztalatok összegyűjtése az aznapi ellátás további bővítésének akadályairól, segítő tényezőiről és jövőbeli lehetőségeiről.

A megvitatott témák összefoglalása

1. Az ambuláns sebészet jelenlegi helyzete a különböző egészségügyi rendszerekben

A testület tagjai ismertették saját országuk és egészségügyi rendszerük gyakorlatát arra vonatkozóan, hogy az ambuláns sebészetet miként definiálják, hogyan nyújtják, illetve milyen prioritást élvez az egészségügyi rendszerben. A megbeszélések során szó esett a szakpolitikai keretrendszerek, az elterjedtség szintje, a finanszírozási modellek, az infrastruktúra és a klinikai betegutak közötti különbségekről.

A legfontosabb megvitatott kérdések a következők voltak:

- + az ambuláns és egynapos sebészet nemzeti definíciói és mérési módszerei közötti különbségek
- + az ambuláns sebészet prioritása az egészségpolitikai döntéshozatalban és a kórházi stratégiákban;
- + a bővülést korlátozó leggyakoribb akadályok, ideértve a munkaerőhiányt, az infrastruktúra korlátait és a finanszírozási kihívásokat
- + olyan sikeres megközelítések bemutatása, amelyek felgyorsították az ambuláns sebészet elterjedését

2. Közös témák és rendszerek közötti tanulás

Az előadásokat követően a résztvevők áttekintették az egészségügyi rendszerek közötti hasonlóságokat és különbségeket, valamint ezek jelentőségét a jelentés szempontjából.

A megbeszélés különösen az alábbi területekre összpontosított:

- + az ambuláns sebészetet földrajzi elhelyezkedéstől függetlenül érintő közös kihívások
- + azok a rendszerszintű tényezők, amelyek az ambuláns sebészet magasabb elterjedtségi arányával állnak összefüggésben
- + az egészségügyi rendszerek között átültethető tapasztalatok és tanulságok
- + azok a területek, amelyek az előadások során ismétlődően felmerülő témák alapján nagyobb hangsúlyt érdemelnének a jelentésben

3. Reflexiók a Jelentéstervezetre

A testület áttekintette, hogy a jelentés megfelelően mutatja-e be az ambuláns sebészet által kínált lehetőségeket, valamint kellő pontossággal tükrözi-e az egészségügyi rendszerek előtt álló valós kihívásokat.

A legfontosabb megvitatott kérdések a következők voltak:

- + megfelelően hangsúlyozza-e a jelentés az ambuláns sebészet stratégiai jelentőségét
- + sikerül-e megfelelő egyensúlyt teremteni a lehetőségek bemutatása és a gyakorlati megvalósítás kihívásainak elismerése között
- + milyen mértékben tükrözi a jelentés az egészségügyi rendszerekre nehezedő jelentős nyomást, ideértve:
 - az ágykapacitás korlátait
 - a munkaerőhiányt
 - a műtői hatékonyság kérdését
 - az elektív ellátás várólistáit és elmaradásait
 - a pénzügyi nyomást
- + vannak-e további kihívások vagy helyi sajátosságok, amelyeket indokolt lenne beépíteni a jelentésbe

4. A beavatkozások priorizálása és a jövőbeni lehetőségek

A megbeszélés során azt vizsgálták, hogy a jelentés megfelelő hangsúlyt helyez-e a releváns beavatkozásokra, szakterületekre és növekedési lehetőségekre.

A főbb témák a következők voltak:

- + a javasolt prioritási keretrendszer megfelelősége
- + lehetőségek a már kialakult, aznapi hazabocsátást biztosító betegutak további bővítésére a nagy esetszámú beavatkozások esetében
- + olyan beavatkozások, amelyek esetében szilárd bizonyítékok támasztják alá az ambuláns ellátás alkalmazását, ugyanakkor annak elterjedtsége továbbra is alacsony
- + újonnan megjelenő és úgynevezett „határterületi” beavatkozások, amelyek a jövőben alkalmassá válhatnak ambuláns ellátás keretében történő elvégzésre
- + az egyes szakterületekhez kapcsolódó lehetőségek és az egészségügyi rendszerek közötti különbségek
- + azok a területek, ahol a fejlődés a várakozásokhoz képest lassabb volt, valamint ennek lehetséges okai

5. Műtői és rendszerszintű hatékonyságnövelés

A testület azt vizsgálta, hogy a jelentésben szereplő ajánlások mennyire gyakorlatiasak, megvalósíthatók és relevánsak a különböző egészségügyi környezetekben.

A megbeszélés az alábbi kérdésekre összpontosított:

- + mely intézkedések gyorsíthatják fel leginkább az ambuláns sebészet elterjedését;
- + mely ajánlások tekinthetők reálisnak és megvalósíthatónak a különböző egészségügyi rendszerekben;
- + mely területeken várhatók megvalósítási nehézségek vagy az érintettek részéről ellenállás;
- + milyen szerepet játszanak az alábbi tényezők:
 - a munkaerő-struktúra átalakítása és a kompetenciamegosztás változásai;
 - az elkülönített elektív kapacitás biztosítása;
 - a pénzügyi ösztönzők és finanszírozási mechanizmusok;
 - a betegbiztonsági és méltányossági szempontok;
 - a digitális technológiák és a távoli utánkövetési betegutak alkalmazása.

