



**A
FENNTARTHATÓSÁGÉRT**

**A
KÖRNYEZETTERHELÉS
CSÖKKENTÉSÉÉRT**

**A
KÖRNYEZETMINŐSÉG
NÖVELESÉÉRT**



**ELEKTRONIKUS
KIADVÁNY**

**XXIV. évfolyam 08-09. szám,
2015. augusztus-szeptember**

MAGYAR MINŐSÉG®

2015/08

**A minőségbiztosítási rendszerek jelentősége az
egészségügyi ellátásban és annak nemzetközi
vonatkozásai - Dr. Felszeghi Sára PhD**

**Fogyasztóorientált minőségtanúsítás az
egészségügyben - Dr. Kincses Gyula**

**Változtatásmenedzsment - a minőségügyi rendszerek
bevezetése és fejlesztése kapcsán - az egészségügyben
Prof. Dr. Polónyi István**

MAGYAR MINŐSÉG®

a Magyar Minőség Társaság havi folyóirata

Elektronikus kiadvány

Szerkesztőbizottság:

Elnök: Sződi Sándor

Tagok:

dr. Ányos Éva, dr. Helm László, Pákh Miklós,
Pongrácz Henriette, Rezsabek Nándor, Tóth Csaba László, Vass Sándor

Főszerkesztő: dr. Róth András

Szerkesztőbizottsági titkár: Tuross Tarjáné

Felelős kiadó: Reizinger Zoltán

Szerkesztőség:

Székhely: 1082 Budapest, Horváth Mihály tér 1.

Telefon és fax: (36-1) 215-6061

e-mail: ujsag@quality-mmt.hu, portál: www.quality-mmt.hu

A megjelenő publikációkban a szerzők saját szakmai álláspontjukat képviselik

A hirdetések és PR-cikkek tartalmáért a Kiadó felelősséget nem vállal

Megrendelés:

A kiadványt e-mailban megküldjük, vagy kérésre postázzuk CD-n

Az éves előfizetés nettó alapára: 8.200,- Ft + 27% ÁFA/év

A CD költsége: 5.500,- Ft + 27% ÁFA/év

INTRANET licence díj: egyedi megállapodás alapján

[Megrendelő \(pdf űrlap\)](#)

HU ISSN 1789-5510 (Online) ISSN 1789-5502 (CD-ROM)

TARTALOM	CONTENTS
SZAKMAI CIKKEK, ELŐADÁSOK	PROFESSIONAL ARTICLES, LECTURES
<u>Tisztelt Olvasó!</u>	<u>Dear Reader!</u>
<u>Az OBDK minőségügyben vállalt szerepe, feladatai – Dr. Safadi Heléna</u>	<u>The Role and Tasks of OBDK Concerning Quality - Dr. Safadi, Heléna</u>
<u>A minőségbiztosítási rendszerek jelentősége az egészségügyi ellátásban és annak nemzetközi vonatkozásai - Dr. Felszeghi Sára PhD</u>	<u>Importance and International Aspects of the Quality Insurance Systems in Health Services – Dr. Felszeghi, Sára PhD</u>
<u>Fogyasztóorientált minőségtanúsítás az egészségügyben - Dr. Kincses Gyula</u>	<u>Consumer Oriented Quality Certification in Health Care - Dr. Kincses, Gyula</u>
<u>Minőség indikátorok az egészségügyi intézmények minőségfejlesztésében - Dénes Rita</u>	<u>Quality Indicators to Improve the Health Care System – Dénes, Rita</u>
<u>Jól megvagyunk minőségdíjak nélkül? - Sződi Sándor</u>	<u>Are We Getting On Well without Quality Awards? - Sződi, Sándor</u>
<u>A betegbiztonság minőségét fejlesztő MSZ-EN 15224:2013 szabványról - Keszler Terézia Zsuzsanna</u>	<u>About Standard, MSZ-EN 15224:2013 Developing Quality of Patient's Security – Keszler, Terézia Zsuzsanna</u>
<u>EN 15224:2013 szabvány bevezetésének tapasztalatai a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház Rendelőintézetben - Kelemen Éva</u>	<u>Experiences Gained on the Implementation of Standard EN 15224:2013 at the Office of the Hetényi Géza Hospital (Jász-Nagykun-Szolnok County) - Kelemen, Éva</u>
<u>Klinikai kockázatelemzésre épülő minőségfejlesztés - Katonai Zsolt</u>	<u>Quality Improvement Based on Clinical Risk Assessment – Katonai, Zsolt</u>
<u>Változtatásmenedzsment - a minőségügyi rendszerek bevezetése és fejlesztése kapcsán - az egészségügyben - Prof. Dr. Polónyi István</u>	<u>Change Management in Health Care, Attached to Implementation and Development of Quality Systems - Prof. Dr. Polónyi, István</u>

<u>Végtelen történet - A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ minőségirányítási története 2007-től dióhéjban - Kulcsár Ildikó</u>	<u>Never Ending Story - Story of the Health Center of the Hungarian Army Since 2007 in a Nutshell – Kulcsár, Ildikó</u>
<u>Minősgbiztosítás a koraszülött mentésben – Dr. Széll András - Dr. Somogyvári Zsolt</u>	<u>Quality Assurance in the Neonatal Transport – Dr. Széll,- András - Dr. Somogyvári, Zsolt</u>
<u>Minősgbiztosítás a hospitális sürgősségi ellátásban – Dr. Kovács Csilla</u>	<u>Quality of Hospital Emergency Care – Dr. Kovács, Csilla</u>
<u>„Bella” standardok bevezetése a törökbálinti tüdőgyógyintézetben – Dr. Antal Gabriella - Zsombikné Zsirkai Rita</u>	<u>Implementation of BELLA Standards at the Törökbálint Lung Treatment Institute – Dr. Antal, Gabriella - Zsombikné Zsirkai, Rita</u>
<u>BELLA standardok bevezetésével kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok a Zala Megyei Kórházban, intézeti koordinátori szemmel - Bognárné Laposa Ilona</u>	<u>Hospital Coordinator's Practical Experience in Establishing BELLA Standards at the Zala County Hospital - Bognárné Laposa, Ilona</u>
<u>Asthma bronchiale sürgősségi ellátásának minőségi szempontjai – Dr. Korcsmáros Ferenc - Dr. Gődény Sándor</u>	<u>Qualitative Aspects of Emergency Treatment of Bronchial Asthma – Dr. Korcsmáros, Ferenc, - Dr. Gődény, Sándor</u>
<u>Jók a legjobbak közül. Beszélgetés Dr. Pápai Györggyel - Sződi Sándor</u>	<u>The Best among the Best Report with Dr. Pápai, György - Sződi, Sándor</u>
A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI	NEWS AND PROGRAMS OF THE SOCIETY
<u>A Magyar Minőség Társaság 2015. évre tervezett programjai</u>	<u>2015 Year's Planned Programs of the Hungarian Society for Quality</u>
HAZAI ÉS NEMZETKÖZI HÍREK, BESZÁMOLÓK	DOMESTIC AND INTERNATIONAL NEWS AND REPORTS
<u>XXII. Nemzeti Minőségügyi Konferencia Program és jelentkezési lap</u>	<u>XXII National Quality Conference Program and Application Form</u>

Tisztelt Olvasó!

Haladó hagyományunkká válik, hogy ismertetjük a DEMIN, Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok keretében tartott, a minőségügyhöz kapcsolódó egyes előadásokat. Ez annál is inkább időszerű, mert az ez évi, XV. konferencia (május 27-29.) mottója MINŐSÉG A VEZETÉSBEN, MINŐSÉG A GYAKORLATBAN volt.

A rendezvény néhány további előadásából készült, lapzártá után érkező cikket, folyamatosan fogjuk közölni.

Ez úton is megköszönöm a szerzőknek, hogy áldozatos munkával vállalták előadásuk átalakítását, szakcikké fejlesztését.

Főszerkesztő

Az OBDK minőségügyben vállalt szerepe, feladatai

Dr. Safadi Heléna 

Az OBDK-ról

Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (továbbiakban OBDK) 2012. év végén kezdte meg működését. Tevékenységei közt elsősorban a betegek, ellátottak és a gyermekek jogainak védelme, a jogok megismerésében és érvényesítésében való segítségnyújtás szerepel. Dokumentációkezelési feladatkörében gondoskodik az állami tulajdonban lévő, jogutód nélkül megszűnt egészségügyi intézmények valamint a jogvédelmi képviselők lezárt ügyei dokumentációjának megőrzéséről és archiválásáról, illetve a határon átnyúló egészségügyi ellátás nemzetközi kapcsolattartó pontjaként is működik, továbbá hatósági jellegű képzéseket szervez a jogvédelmi utánpótlás biztosítása érdekében és az a vonatkozó kormányrendelet alapján képzéseket szervez az egészségügyi intézményben dolgozó adatvédelmi felelősök részére is.

Az egészségügyi háttérintézmények idejének átalakítása kapcsán 2015. március 1-től az OBDK tevékenységi köre új

profillal, az egészségügyi szakmai **minőségértékeléssel** bővült, melynek keretében „feladata a betegellátás szabályokkal, érvényben levő szakmai irányelvekkel, eljárásrendekkel, ajánlásokkal, nemzetközi legjobb gyakorlattal való összevetése, értékelése és javaslattevés a minőségfejlesztés irányára” (1997. évi CLIV. tv. 123. § (3)).

Minőségügyi feladatok és szerepek

Az OBDK tényleges minőségügyi feladatait az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről szóló 33/2013. (V.10.) EMMI rendelet határozza meg. Ennek értelmében az OBDK módszertani támogatást nyújt a szakmai szabályok (irányelvek) kialakításához, minőségügyi célú illetve szakma-specifikus adatgyűjtést és –elemzést végez, kidolgozza a klinikai audit módszertanát és ennek megfelelő auditokat bonyolít le. Mindezen tevékenységek során az ellátási környezetről és feltetelekről véleményt alkot, illetve minőségfejlesztési céllal módszertani javaslatokat fogalmaz meg. Minőségügyi

feladatait az OBDK a minőségügyi szakfőorvosok, szakterületi vezetők közreműködésével látja el.

Lényeges, és sokszor az egészségügyben dolgozók számára sem világos tényező, hogy az OBDK által végzett minőségügyi tevékenység az ellátás *szakmai* tartalmára koncentrál. Minőségügy alatt ugyanis az ágazat szereplői általában az egészségügyi szolgáltatók minőségirányítási rendszereit értik, melyek néhány kivételtől eltekintve csupán a szolgáltatók működésre (szervezésre-vezetésre) vonatkozó folyamatait veszik alapul. Ezeket szabványok, standardok szabályozzák, és az intézetek maguk belső audit vagy felülvizsgálat formájában illetve külső minősítő, felülvizsgáló szervezetek által értékelik. A szakmai munka értékelésének alapja azonban a szakma szabályai, melyek jó esetben irányelvek formájában kerülnek megfogalmazásra nemzeti szinten, intézeti szinten pedig az ezek mentén elkészített szakmai protokollok tölthetik be ezt a tevékenységet. Az egészségügyi szolgáltatók a szakmai munka értékelését önmaguk belső klinikai audit formájában végezhetik, míg ennek **külső** értékelési megfelelőjét az OBDK illetve az általa megbízott minőségügyi szakfőorvosok és szakterületi vezetők hivatottak végezni.

További fontos tényező, hogy az OBDK által végzett minőségügyi tevékenység **fejlesztési céllal** valósul meg, nem szankcionál, ily módon megkülönböztetendő a hatósági célú ellenőrzésektől, melyek középpontjában a jogszabályi megfelelések értékelése áll. Bár a helyszíni minőségértékelések eredményeként megfogalmazott fejlesztési javaslatok intézeti szintű visszajelzéseket is magukban foglalnak, az OBDK minőségügyi tevékenysége elsősorban **ágazati** szinten értelmezhető, az általa kidolgozott javaslatok az egészségügyi ellátás rendszerszintű megközelítését adják. Ennek lehetőségét teremti meg az OBDK **ágazaton**

belül elfoglalt helye is, mely nemcsak az ágazaton belüli ismeretek rendelkezésre állását, hanem az abból származó adatok, információk hatékonyabb feldolgozását, szintetizálását is biztosítani képes, ezáltal a szakmai minőségértékelés termékei a jövőben az ágazati döntéshozatal szerves részévé válhatnak.

Elképzelések a közeljövőre vonatkozóan

1. A minőségügyi szakfőorvosi, szakterületi vezetői rendszer

Az OBDK a minőségügyi szakfőorvosi, szakterületi vezetői rendszer működtetését alapvetően a jogszabályi keretek mentén képzei megvalósítani, mely kellően konkrét behatárolását adja a rendszerrel szemben támasztott elvárásoknak. Az átlátható működés kialakítása érdekében a minőségügyi szakfőorvosok és szakterületi vezetők éves munkatervei közös, személyes egyeztetés útján kerülnek meghatározásra és elfogadásra, a megvalósítás előrehaladása pedig egy intenzívebb kapcsolattartás és figyelemmel kísérés révén követhető. Ezáltal biztosítható, hogy az OBDK módszertani, technikai háttérként minél hamarabb és minél pontosabban azonosítani tudja a minőségügyi vezetők azon lépéseit, ahol támogatásával a megkezdett munkájukat tovább tudja lendíteni vagy helyes irányba tudja terelni. Mindez azért is kiemelten fontos, mert bár az OBDK a minőségügyi szakfőorvosi, szakterületi vezetői rendszer által kidolgozott javaslatokat, koncepciókat a döntéshozók felé közvetíteni képes, ezt csak megfelelő módszertannal, kellően megalapozott felmérések esetén kívánja megtenni. Hasonlóan elvárás, hogy a szakterületek minőségügyi vezetői munkájukat az érintett szakmai kollégiummal egyetértésben, azonos alapelvek mentén végezzék.

2. Irányelvfejlesztés

Az egészségügyi szakma irányelveinek fejlesztése az Egészségügyi Szakmai Kollégium és az OBDK közös feladata, melyhez a szakmai alapot az érintett kollégiumi tagozatok, a módszertani támogatást illetve koordinációt az OBDK nyújtja. Módszertani támogatás alatt ez esetben elsősorban az irányelvek bizonyítékokon alapuló elkészültének biztosítását értjük, ily módon hozzájárulva a bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine, EBM) megalapozásához.

Egyértelmű elvárás az érvényben lévő irányelvek tárának bővítése, melyhez a megjelenéshez közeli irányelvek véglegesítése, a szűrő- illetve részletes módszertani értékelésre váróak mihamarabbi értékelése szükséges. A többi, fejlesztés alatt álló irányelv esetén az egyébként díjazás nélkül végzendő munka motiválása a cél. Ebben a jövőben a minőségügyi szakfőorvosok és szakterületi vezetők egyfajta katalizátor szerepet töltenének be a saját szakterületén futó irányelvek figyelemmel kísérése útján, a folyamatban esetlegesen felmerült akadályok, azok oksági hátterének Központ felé történő közvetlen visszajelzése által.

Tekintettel az ország adottságaira és az irányelvfejlesztés hazai feltételrendszerére, a legtöbb esetben az irányelvek de novo fejlesztésével szemben azok adaptációja részesítendő előnyben. Ennek folyamata bár egyszerűbb, mégsem nélkülözheti a bizonyítékokon alapuló eljárások sajátosságait, köztük kiemelten az adaptálandó irányelv kiválasztásának és a hazai környezet relevanciájának megfelelő megközelítését.

3. Klinikai audit

A klinikai audit módszertanának kidolgozása az OBDK jogszabály szerint meghatározott feladata. Egy korábbi,

klinikai auditról szóló irányelv alapján a cél egy minőségügyi szakfőorvosok, szakterületi vezetők által külső klinikai audit végzéséhez gyakorlati segítséget nyújtó, egyésegesen alkalmazható modell kialakítása, melynek alapjait elsősorban az érvényben lévő irányelvek képeznék. A módszertan fejlesztése különböző szakterületek minőségügyi szakfőorvosaiból és szakértőkből álló munkacsoport révén várhatóan még az idén megindulhat. Ez esetben az első, minőségügyi szakfőorvosok és szakterületi vezetők által lebonyolított klinikai auditokra már 2016 folyamán sor kerülhet. A szisztematikus tevékenység keretében végzett auditok szakterületenként egy-két témakörben, előzetesen és közösen kialakított klinikai audit terv alapján kerülnek lebonyolításra, melyek eredményei egyrészt intézeti szinten, másrészt összesített elemzés alapján az adott szakma szintjén kerülnének visszajelzésre lehetséges megoldási, fejlesztési javaslatokkal kiegészítve. Utóbbiak eredményessége megvalósulásuk esetén ismételt klinikai auditokkal válik követhetővé, mérhetővé.

4. Adatgyűjtés és elemzés

A szakmai minőségértékelés alapvető eleme a vonatkozó adatok gyűjtése és elemzése. Egyes szakmák esetén erre tényleges példák adódnak, ezek közül az OBDK közreműködésével három valósul meg: a humán reprodukciós eljárásokkal kapcsolatos adatgyűjtés, a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter és a Nemzeti Rákregiszter. A meglévő rendszerek áttanulmányozása mellett az egyes szakmák visszajelzései alapján új adatgyűjtések szükségessége is felmerült, ezek szakmai, módszertani és technikai oldalának közös kidolgozása egyaránt feltétele egy megalapozott információkat szolgáltató rendszer kiépítésének. A szisztematikus gyűjtött adatok hozzásegítenek a szakmai munka gyengeségei-

nek feltárásához, a lehetséges megoldási javaslatok kidolgozásához és a fejlesztések eredményességének megítéléséhez egyaránt. Ezzel párhuzamosan szolgálják az irányelvfejlesztés témaválasztási lehetőségeinek meghatározását, az irányelvek penetrációjának megítélését, a klinikai auditok fókuszpontjainak megválasztását és az eredmények követését egyaránt.

Összegzés

Az OBDK minőségügyi feladatainak célja, hogy valóságos és tárgyilagos képet nyújtson az egészségügy szakmai munkájáról, ez alapján feltárja a fejlesztendő területeket, s ezekhez megvalósítható fejlesztési javaslatokat társítson, így módon valós és értékes döntéstámogatási szerepet játsszon az ágazat szervezési-vezetési folyamataiban.

Felhívjuk tisztelt Olvasóink szíves figyelmét, hogy a Szerkesztőbizottság szeptemberi ülésén dönti el, hogy 2014-ben melyik volt az év legjobb cikke. Ehhez - a szabályzat értelmében – várjuk az Önök javaslatát is.



Magyarország Alaptörvénye alkotmányos joggá teszi a magyar lakosság egészséghez való jogát, mert kimondja, hogy „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.” [XX. cikk (1)], továbbá rendelkezik arról, hogy a „... jog érvényesülését Magyarország ... a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.” [XX. cikk (2)].

Alaptörvényünk nem rendelkezik azonban arról, hogy ezt milyen módon tegyünk meg, vagy milyen legyen az ellátás minősége, mert a törvény szellemisége magától értetendőnek tartja, hogy ezt a lehető legjobb minőségben végezzük.

De mit jelent a „legjobb” minőség? Donabedian szerint: „A minőség az egészségügyi ellátás olyan tulajdonsága, amely a betegek egészségének maximalizálására törekszik, miután mérlegelte a várható előnyöket és kockázatokat, amelyek az egészségügyi ellátás során várhatóak”

1988-ban, a Miskolci Egyetemen (akkor Nehézipari Műszaki Egyetem) felmértük a munkavállalók egészségi állapotát, valamint mindazon kockázatokat, melyek közvetve, vagy közvetlenül befolyásolhatták/befolyásolják az egyetem munkavállalóinak egészségét. Bár sem az országhoz, sem a megyeihez képest jelentős eltérést nem találtunk a morbiditási mutatók terén, a viszonylag emelkedett szív-és érrendszeri, mozgásszervi, emésztőszervi és ideggyógyászati megbetegedések azt mutatták,

hogy tenni kell valamit ennek az állapotnak megváltoztatására! Így született meg 1989-ben az az egészségügyi stratégia, melynek célja egy olyan komplex program megvalósítása volt, mely képes ezt a folyamatot megfordítani. Az egyetem vezetősége messzemenően egyetértett és támogatta ezt a stratégiát, vagyis megszületett az első minőségügyi politika az egyetem történetében. Ennek a programnak három fő pillére volt: egészségügyi ellátás hatékonyságának növelése, oktatás és egészségfejlesztő programok. Bár, az évek során jelentős javulást értünk el a morbiditási mutatók terén, mégis éreztük, hogy még többet lehet és kell tenni ezen a területen. Így 1995-ben ezt a komplex ellátási formát kiterjesztettük a hallgatókra is, tehát az egyetem összes polgárára. Az igazán nagy áttörés azonban 1999/2000-ben született meg. Az egyetemi komplexum Miskolc városán kívül helyezkedik el, az Egyetemváros területén. A szakrendelők, fekvőbeteg intézetek több kilométerre esnek, valamint a hosszú előjegyzési idők miatt is, valamint az egyetemi polgárok sajátos időbeosztása miatt, nehezen elérhetők. Abból kiindulva, hogy a hiba/hiányosság is érték, és ha kijavítom, holnap jobb lehetek, mint ma, alapvető változtatásról döntöttünk az infrastruktúra terén! Ezt a földrajzi sajátosságot próbáltuk meg előnyünkre változtatni, és kialakítani egy olyan komplex, speciálisan erre a célra kialakított multidiszciplináris egészségügyi komplexumot, amely a fenti hiányosságok kiküszöbölésére, valamint a komplex programunk megvalósítására alkalmas. Ezt pályázati pénzből tudtuk megvalósítani.



1. ábra Egyetemváros látképe, a kék nyíl az ESZMK helyét jelöli

Az egészségügyi ellátás folyamatának kritikus pontjait, vagyis az alapellátás - járóbeteg ellátás- fekvőbeteg ellátás közti átjárhatóságot is figyelembe véve, létrehoztuk az Egészségügyi Központot (az Egészségügyi Szakmai és Módszertani Központ elődje. Ez az alapellátás mellett (foglalkozás-egészségügyi alapellátás, háziorvosi és fogászati ellátás), szakrendeléseket (szemészet, fül-orr-gége, audiológia, laboratórium, nőgyógyászat, urológia, ultrahang, ideggyógyászat, fizioterápia, foglalkozás-egészségügyi szakellátóhely), valamint egy 25 ágyas fekvőbeteg részleget is tartalmaz. Itt rugalmas rendelési időben, előre egyeztetett időpontban, a beteg-utat és a várakozási időt jelentősen lerövidítve, magas szakmai színvonalon biztosítottunk ellátást az egyetem polgárai számára, akiknek a kockázatok ismeretében egyénre szá-

bott egészségfejlesztési programokat javasoltunk (1. és 2. ábra)



2. ábra Az ESZMK épülete és rendelő komplexuma

Nyilvánvaló volt, hogy az eddig alkalmazott irányítási módszerek már nem elég hatékonyak ennek a komplex ellátásnak a végzésére és kerestük a módját annak, ami az elvárásunknak megfelelne. Ekkor döntöttünk az MSZT ISO 9001/2001 minőségirányítási rendszer mellett, mely kiterjedt a központ alap- és szaktevékenységére, annak szakmai irányítására és az oktatási tevékenységre egyaránt. Ez segítette a minőségszemlélet kialakítását, lehetővé tette a fő szakmai folyamatok és az ahhoz kapcsolódó tevékenységek követelményeinek betartását. Ezen túl felülvizsgálati szempontokat ad, ami megkönnyíti, és lehetővé teszi az tárgyilagos értékelést, nem utolsósorban megváltoztatta a szemléletet, hiszen minden munkatárstól megköveteli a minőségi munkát, valamint a folyamatos minőségfejlesztést, ami a multidiszciplinaritás mellett jelentősen megnövelte a munka hatékonyságát.

A szakmai program alapját a **kockázatelemzés** képezi. A kockázatok eredhetnek a munkakörnyezetből, magából a munkavégzésből, illetve az egyén saját kockázataiból az az antropometriai, nem, életkor, esetleges krónikus betegségek, életmód okozta kockázatokból. Az oktatók és az adminisztratív személyzet főleg ülőmunkát végez, és a rendeletben meghatározott időn túl (a napi 8 órából maximum 6 órát tölthet a képernyő előtt, ami minden 50 perc után 10 perc, össze nem vonható szünetet beiktatását jelenti) jóval több képernyő előtti munkavégzést jelent, ami főleg az oktatók esetén akár a 10 órát is eléri. Ez a fokozott ergonómiai kockázaton túl, jelentősen emelkedett distresszt jelent, amit még növel az időkénszer alatt végzett munka, az alul-és túlterhelés, a monotonitás, telítődés, valamint a másokért érzett felelősség, hogy csak néhányat említsünk a munkavégzésből eredő kockázatokból.

A **munkaköri alkalmassági vizsgálat** lehetőséget biztosít a megterhelés-igénybevétel ismeretében a munkavállaló munkaköri alkalmasságának meghatározására, és az esetleges foglalkozási megbetegedések (burnout, Monday Morning sickness, szív és érrendszeri megbetegedések stb.), diagnosztizálására. Az életmódbeli kockázatok (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás stb.), valamint a fizikális és kiegészítő vizsgálatok mellett azoknak az egyéni kockázatoknak (pl. emelkedett vérnyomás, vércukor, koleszterin, stb.) kiszűrését is biztosítja, melyek különböző betegségek kiváltói lehetnek, valamint egyes betegségeknek (pl. cukorbetegség, szív-és érrendszeri megbetegedések, daganatos megbetegedések stb.) korai diagnosztizálásával jelentősen megnövelik a gyógyulás esélyét, csökkentve a népegészségügyi és nemzetgazdasági károkat (**3. ábra**).



3. ábra Néhány kezelés

A **munkahelyi egészségfejlesztés** szakmai alapját a kockázatok ismerete biztosítja. Ennek alapján kell kidolgozni azt az egészségpolitikát, mely minden munkahelyen a munkavállalók egészségfejlesztését, s ez által az aktív életkor meghosszabbítását jelenti. Ezek a programok egyrészt az életmódból adódó kockázatok csökkentésére/megszüntetésére irányulnak, mint pl. a dohányzásról való leszoktatás programja, a túlzott alkoholfogyasztást megszüntető programok, a stressz-oldó és stressz-csökkentő programok, melyeket egyéni vagy csoportos tréninget jelentenek. Az egészséges táplálkozással kapcsolatos tanácsadás, oktatási programok az egyetemi polgárok egyéni tanácsadásán túl, kiterjed az intézményi étkezdék, büfék, ital és étel automaták követésére is. A fizikai aktivitás a testsúly biztosítása mellett javítja az erőnlétet, a mozgáskoordinációt, izomerőt, szellemi tevékenységet és az epigenetikai öröklődésben is jelentős szerepet tölt be. Erre a mozgás bármely formája ajánlható, figyelembe véve az egyén életkorát, nemét, egyéni kockázatait (túlsúly, krónikus betegségek stb.), illetve a preferenciáját. Minden esetben előzőleg orvossal konzultálva, egyénre szabottan kell dönteni, legyen úszás, fitnesz, jóga, gyógytorna, torna, labdajátékok, de a mozgás más formái is, mint pl. a néptánc vagy szalontánc is ajánlhatók, melyek egyben betegségek megelőzését illetve a meglévő betegségek javulását eredményezhetik(4. ábra)



4. ábra Fizikai aktivitás

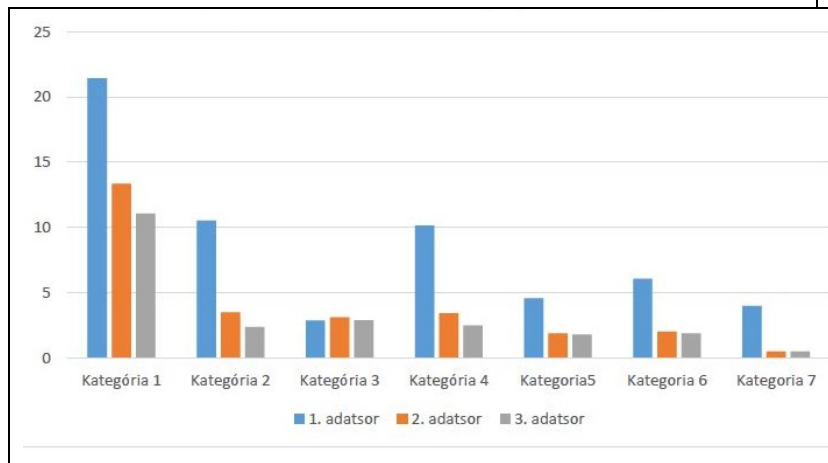
A fentiek mellett, ezekben a programokban fontos szerep jut a krónikus betegségben szenvedő munkavállalók **gondozásának**. Szakmai körökben is vita folyik arról, hogy ez párhuzamos ellátást jelent-e a háziorvosi tevékenységgel. Tekintettel azonban, arra, hogy a munkahelyi terhelés mellett, ún. „életre szabott” feltételek között követhető a munkavállalók egészségi állapota, esetleg a szükségnek megfelelően módosíthatók a kezelések, erről tájékoztatva a háziorvost is, a kettős ellátás nem párhuzamos, hanem szinergikus ellátást jelent, jelentősen javítva a gyógyulás vagy a remisszió esélyét.

Regenerációra is biztosítunk megfelelő lehetőséget. Figyelembe kell venni az oktatók óraterhelését, jól szolgálják ezt a célt a rugalmas munkaidő bevezetése, a szabadság tervezése, a különböző fizikai aktivitás megfelelő kiválasztása.

Ezeket a programokat évente felülvizsgáljuk, elemezzük és a hatékonyság és eredményesség érdekében végre-

hajtjuk a szükséges kiigazításokat. E mellett 3-5-7 évente átfogó morbiditási elemzéseket végzünk, melyek jól jelzik a program ilyen irányú hatékonyságát is.

Ennek, az egyénre szabott, komplex, multidiszciplináris programnak köszönhetően jelentősen javultak a morbiditási mutatók, melyeket az alábbi grafikon is jól szemléltet (5. ábra).



1. 2000
2. 2007
3. 2012

1. szív-és érrendszeri megbetegedés
2. mozgásszervi megbetegedés
3. anyagcsere megbetegedés
4. ideggyógyászati megbetegedés
5. légzőszervi megbetegedés
6. emésztőszervi megbetegedés
7. daganatos megbetegedések

5. ábra A ME morbiditási mutatóinak alakulása 2000-2007-2012- ben

Ez a szakmai eredmény, csak megfelelő összehangoltság mellett sikerülhetett, aminek egyik zálogát a minőségirányítási rendszer bevezetése jelentette.

A beteg szempontjából (client quality) bekövetkező változásokból kiemelhető

- a kényelmes hozzáférhetőség,
- a csökkent fizikai és lelki megterhelés (lerövidült várakozási idő,
- a jelentősen csökkent, közvetlen közelbe hozott ellátás-betegút,
- az összehangolt személyre szabott ellátás az alapjáróbeteg-fekvőbeteg rendszerben, stb.)
- a kielégítő komfort (erre a feladatra kialakított új rendelőkomplexumban történő ellátás),
- magasan szakképzett, elkötelezett, udvarias személyzet, akik szakmai feladataik mellett nagy

hangsúlyt fektetnek a beteggel való jó kapcsolat kialakítására, illetve a megfelelő tájékoztatásra. A beteg folyamatos, megfelelő tájékoztatáshoz jut a személyes kapcsolaton túl, az egyetem informatikai hálózatán, illetve médián (újság, TV) keresztül is

A rendszer eredményei jól lemérhetők abban a javulásban melyek, egyfelől a beteg saját egészségi állapotában következik be, másfelől az egyetemi polgárok morbiditási mutatói alapján.

Szakmai szempontból (professional quality) a munkatársak folyamatos szakmai képzése, a rendszerből adódó szigorú szakmai kritériumok és folyamatok betartása, az összehangolt munka (a beteg útjának közvetlen követése jelentősen növeli a munka hatékonyságát!), valamint az alkotó, egymás munkáját támogató pozitív hangulat, a munkában elért sikerek, pozitív visszajelzések növelik az elkötelezettséget. A

szakképzettség mellett, az a tárgyi, technikai felszereltség, ami messze túlmutat a minimumfeltételeken, lehetőséget biztosít a magas szakmai munkához, illetve a komplex, multidiszciplináris minőségi ellátáshoz.

A menedzsment szempontjából (management quality), lehetővé teszi az erőforrások optimális felhasználását (rugalmas, mindig az adott szükségletnek megfelelően felhasznált humán valamint tárgyi erőforrás) jelentősen növeli a szakmai munka hatékonyságát, megszünteti a párhuzamosságokat, ami idő és pénz megtakarítást jelent. Ilyen formán valóban, ahogy Donabedian fogalmaz, a minőség az egészségügyi ellátás tulajdonságává vált a ME Egészségügyi Szakmai és Módszertani Központjában, mert magába foglalja az egészségügyi ellátás minőségének kritériumait, mint az esélyegyenlőség, a hozzáférhetőség, a hatásosság, hatékonyság, az eredményesség, a betegek elégedettsége, megfelelőség, folyamatosság, megfelelő időben történés, stb., hogy csak néhányat említsünk az egészségügyi ellátás minőségének kritériumai közül.

Az Európai Unió is kiemelt helyen kezeli a minőség kérdését és egyre nagyobb figyelmet fordítanak a nemzeti szintű minőségügyi stratégiákra, azok hatásaira az egészségügyi ellátásra, noha ez továbbra is nemzeti szintű felelősség. Ennek szellemében fogalmazta meg az Európa Tanács miniszteri rendelete, amely javasolja, hogy a tagállamok kormányai teremtsék meg azokat a politikákat és rendszereket, amelyek támogatják a "minőségfejlesztési rendszerek" kidolgozását és megvalósítását. (noha ez még nem mindennapi gyakorlat a magyar egészségügyben, az erre való törekvés azonban több helyen is fellelhető).

Nyilvánvaló, hogy a szakmai tartalom túl, ez is elbírálásra került, amikor 2013.-ban az ENWHP az EU legjobb ellátásának minősítette és Brüsszelben kitüntette a Miskolci Egyetem Egészségügyi Szakmai és Módszertani Központjában folyó munkát. Csak emeli ennek jelentőségét, hogy 2014-ben Franciaországban lefordították és nemzeti programmá emelték ezt az ellátási formát, tekintve, hogy Európa második legjobb egészségügyi rendszere Franciaországban működik.

Természetesen, ez a díj kötelez! Mint minden munkában, itt is fellelhetők hibák, de, mint ahogy fentebb is írtam, a hibákat mi értéként kezeljük, kijavításukkal holnap jobbak lehetünk, mint ma. Ezek nem az egyes részfolyamatok javítását jelentik, hanem a beteg teljes ellátását biztosító rendszer egészére irányulnak, és folyamatos feladatot jelentenek.

Egy hindu közmondás szerint „**Nem az a nagy dolog, ha másoknál jobbak vagyunk, hanem az, ha önmagunknál.**” Ezt egyik minőségi kritériumnak is tekintve, újabb célok megfogalmazása mellett, a meglévők folyamatos követése és szükséges kiigazításával igyekszünk értékeinket (az emberi egészséget) megőrizni.

Hivatkozások

1. Avedis Donabedian: Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol.1. 1980. Health Administration Press, ISBN: 0914904485
2. Klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben, szerk.: Gődény Sándor Pro-Die Kiadó
3. COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS RECOMMENDATION No. R (97) 17 OF THE COMMITTEE OF MINISTERS TO MEMBER STATES ON THE DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF QUALITY IMPROVEMENT SYSTEMS (QIS) IN HEALTH CARE, [on-line]

<https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=567376&SecMode=1&DocId=578826&Usage=2>

A minőségbiztosítás hatékonysági - költségtakarékossági – kárenyhítési megfontolásokból az iparból indult: a selejt drága, de a reklamáció méginkább... Rájöttek, hogy a MEO csak a selejt kijutását (és az ezzel járó reklamációkat, presztízs- és piacvesztést) akadályozza meg, a selejt keletkezését nem. Ez a felismerés indította el a visszacsatoláson és folyamatszabályozáson alapuló minőségbiztosítást, amit ma inkább már TQM-nek, vagy minőségmenedzsmentnek hívunk. E lap olvasói ezt a folyamatot jobban ismerik jelen közlemény szerzőjénél, így itt ezt nem részletezem. Ami témánk szempontjából fontos: a minőségbiztosítás alapvetően vállalatirányítási (belső célú) eszköz, „kifele”, hitelesítési céllal a fogyasztók felé csupán a minőségbiztosítás tényét, annak akkreditálóját (azaz a komolyságát) szokás kommunikálni. **Magának a terméknek a tulajdonságait nem a minőségbiztosítási tanúsítás ismerteti a fogyasztóval**, a minőségbiztosítás szerepe maximum annyi, hogy a termékismertetőben, katalógusban levő információk egyenletes teljesülését hitelesíti a fogyasztó előtt.

Ez a gondolkodás alapvetően a termelés, illetve később a vállalatszerűen működő szervezetek világában terjedt el, a humánszolgáltatások (főleg a közszolgáltatások) tartósan ellenálltak. Különösen igaz volt ez az oktatás- és egészségügyre. Az egészségügy, az orvosi gondolkodás eredendően/tradicionálisan ellenáll: a gyógyítás művészet, az orvos a szabályok felett álló ember, akit egyetlen szabály köt: a beteg üdve. Hogy az mi, azt csak Ő tudja, Ő annak megfelelően cselekszik, ne tessenek ebbe beleszólni. A minőségbiztosítás terjedése kezdetén

a szakma ideológiát is talált ehhez: a minőségbiztosítás alapja, hogy standard inputból standard processzussal standard outputot állítunk elő. De hol van az egészségügyben a standard input? Minden beteg más, így ebből következően a folyamatok is egyediek, standardizálhatatlanok. Ez a szemlélet az elmúlt húsz év során érdemben változott. Először a sokmillió kártérítési perek kényszerítették ki az egészségügyben is a „selejt” (hiba, tévedés, halmozott baleset) elleni küzdelmet, de a múlt század végén az egyre fenyegetőbb finanszírozási nehézségek az egészségügyben is felértékeltek a protokollszerű működést, a folyamatok optimalizálását, szabályozását, a költséghatékonyságot. Így a 21. századra megtört az orvosi szabadság, az ad hoc döntések szerinti ideális gyógyítás mítosza, általános gyakorlattá/elvárássá vált az evidence-based medicine (EBM) szabályainak megfelelő működés. Ez szükségessé tette az ellátáson belül általában a folyamatszabályozást, így a minőségbiztosítási rendszerek alkalmazását.

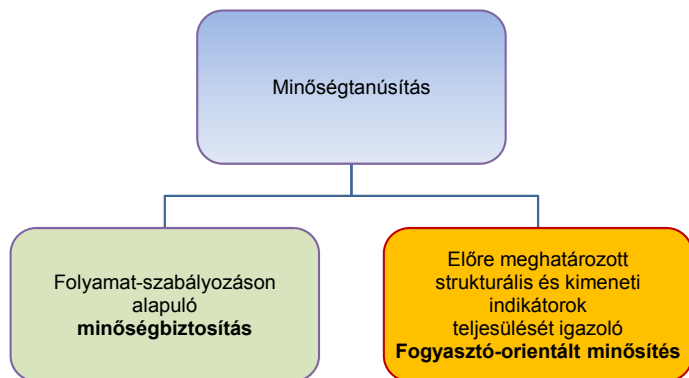
Közben a szolgáltatási szektor egy másik területén egy eltérő elmélet terjedt. Megjelentek az olyan, a fogyasztók tájékoztatását szolgáló minősítési rendszerek, mint a szállodák csillag szerinti besorolása, vagy az éttermek osztályba sorolása, illetve terjednek olyan „minősítési” rendszerek, ahol maga a fogyasztó (a vendég) minősíti az igénybevett szolgáltatást, szolgáltatót. Ezek a rendszerek nem folyamatszabályozásra épülnek, hanem képességek, „kimeneti indikátorok” alapján osztályozzák a szolgáltatásokat. Jelen közleményem ezeknek a rend-

szereket az egészségügyi implementációs lehetőségeiről szól.

A fogyasztóközpontú minőségtanúsítás

A minőségbiztosítás és minőségtanúsítás sok esetben összefolyó fogalmak, amelyekben nem mindig tisztázottak a határok, sőt, még a rész-egész viszony sem minden esetben. E közlemény szerzője a minőségbiztosítást önálló területnek, de a minőségtanúsítást speciális esetének tételezi, ugyanakkor nem lehet azt klasszikus „rész-egész” kategóriaként besorolni: más dimenzió, más funkciójú a kettő. A szolgáltatások minőségével, ezek ellenőrzésével, ennek „biztosításával” kapcsolatban két funkció bizonyosan körvonalazható:

- A szolgáltatás (ellátás) minőségének standardizálása, az azonos minőség garantálása, az ellátási/szolgáltatási kockázatok minimalizálása (**minőségbiztosítás**),
- a szolgáltatás (ellátás) minőségének („kifelé” a fogyasztó felé való) tanúsítása, a szolgáltató képességeinek hitelesített ismertetése (**minőségtanúsítás**) (1. ábra)



1. ábra A minőségtanúsítás fő típusai

A két típus/ funkció közötti különbségeket a 2. ábra foglalja össze.

Minőségbiztosítás	Kimeneti indikátorok alapú tanúsítás
• A cél: standard (az elvárásoknak megfelelő, folyamatosan azonos) minőség előállítása). • Közvetlenül és tartósan javítja az ellátás minőségét, biztonságát. • A fogyasztó/beteg számára nem informatív.	• A cél: az egyes szolgáltatók tulajdonságainak összehasonlítható hiteles tanúsítása. • Az ellátás minőségét csak közvetve (a verseny és az átláthatóság által) segíti. • A beteg számára hasznos és hiteles információkkal bír.

2. ábra A két típus közti különbségek

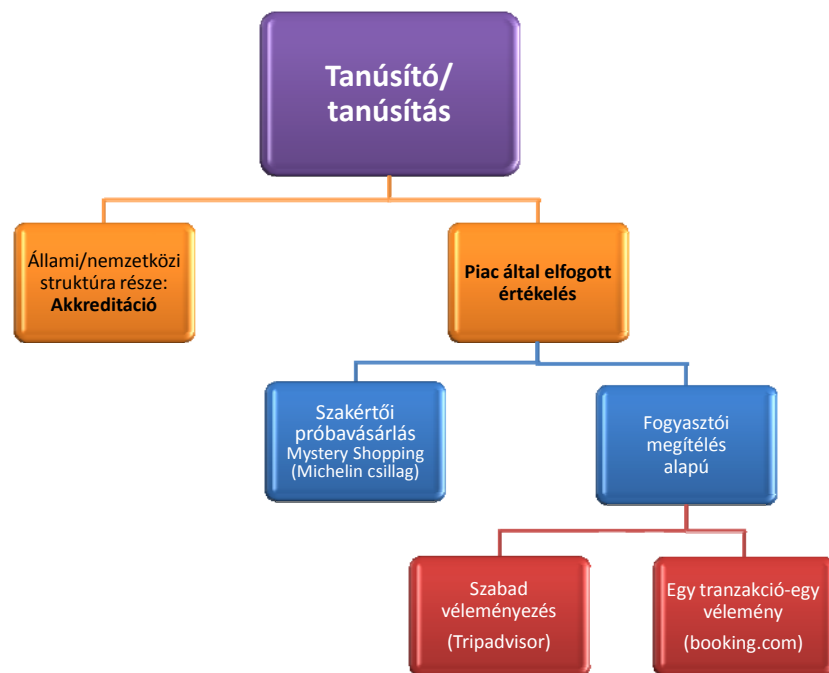
Ami feltétlenül tisztázandó: **a két típus nem csereszabatos és nem konkuráló: a más cél miatt nem helyettesítik egymást.** A szolgáltató döntése tehát nem „vagy-vagy” típusú, ezért a melyiket válasszam kérdésre a „mindkettőt” a helyes válasz.

Mint az ábráról kiolvasható, más a két rendszer célja, így eszközzrendszere is. A minőségbiztosítás alapvetően belső célú, és a termék-szolgáltatás megbízható (azonos) minőségét, a selejt- és reklamációmentességet hivatott szolgálni. **A fogyasztóközpontú minőségtanúsítás viszont külső célú, fogyasztó-orientált, így célja a piaci pozíció javítása,** ehhez a termék vagy szolgáltatás minőségének hiteles kommunikációja.

Ki és hogyan tanúsít?

A minőség hivatalos világában a tanúsításnak szigorú és hivatalos rendje van, ennek egyezményekben, jogszabályokban rögzített szervezeti hátterével úgy nemzetközi, mint nemzeti szinten: az ISO-tól a Nemzeti Akkre-

ditáló Testületekig. Szintén tisztázott és jogszabályban rögzített annak a rendszere, hogy ki és hogyan tanúsítja a tanúsítókat. De fel kell tenni a kérdést: **melyik akkreditációs testület hagyta jóvá a Michelin-csillagot, a TripAdvisor, vagy a Lonely Planet rendszerét?** Pedig emberek százmilliói ezek alapján döntenek nap mint nap. A tanúsítási rendszerek tehát az alábbi, **3. ábra** szerint csoportosíthatók.



3. ábra Tanúsítási rendszerek

A két fő csoport ennek megfelelően: a minőségbiztosításban elfogadott akkreditációs rendszerek és a piac által elfogadott tanúsítás/értékelés. Az első csoport nem tárgya írásomnak. A második csoportban a véleményező/minősítő szerint tehetünk különbséget. Az egyik csoport egy tanúsító szervezet (pl. egy média) által vég-

zett/végezetett ellenőrzésen, szakértői próbavásárláson alapul (Mystery Shopping). Ilyennek tekinthető a Michelin-csillag. A másik típusban nincs testület, nincs szakértői minősítés, mert a minősítést, véleményezést maga a fogyasztó/vendég/beteg végzi. Ebben a csoportban is két kategóriát kell elkülöníteni: a szabad (és utólag moderált) véleményezések, valamint a szigorú, „**egy tranzakció – egy vélemény**” alapon működő rendszerek. Az első csoportban a véleménynek technikailag nem garantált előfeltétele a tranzakció létrejötte, azaz bárki írhat véleményt, és a felület moderátora szűri ki a „gyanús” véleményeket. Ez a típus is lehet hiteles: így működik a TripAdvisor minősítése is. A nyílt szavazásos rendszerekben is vannak szűrési lehetőségek, amelyek a tömeges véleményleadás lehetőségét csökkentik. Ilyen pl. az egy IP cím = 1 szavazat, vagy az 1 mail cím = 1 szavazat technikájú előszűrés. A megbízhatóbb eljárás az egy tranzakció – egy vélemény alapú rendszer, amikor a tranzakció létrejötte adja az egyszeri véleményezési lehetőséget. Ez akkor realitás, ha a tranzakció közvetítésében vagy fizetésében a minősítő közreműködik (Booking.com, Bónusz Brigád, stb.).

A fenti felosztások természetesen didaktikusak, így szükségszerűen sematizáltak. A valóságban a szétválasztás nem ilyen merev, a kategóriák sok esetben összemosódnak. Így a fogyasztóorientált minőség-tanúsítások is lehetnek államilag elismertek: tipikusan ilyen a tanúsító védjegy rendszer. Maga a védjegy (és a védjegyszabályzat) államilag (a **Szellemi Tulajdon Nemzeti Hivatala** által) elismert és regisztrált tanúsítás, de a védjegyek nem minőségbiztosítási, hanem fogyasztói tájékoztatási célúak. De hogy a kategorizálási nehézségeket tovább soroljam: az ANTSZ által kiadott működési engedély tekinthető egyfajta output indikátor teljesülésen és Mystery Shopping típusú ellenőrzésen alapuló minőség-

tanúsításnak, viszont ez ebben a kategóriában mégis értelmezhetetlen, mert az engedély nem a többi szolgáltatótól megkülönböztető védjegy, hanem a működés általános, minden szolgáltatóra vonatkozó előfeltétele.

Minősegbiztosítás és minősegtanúsítás az egészségügyben

Nézzük, hogyan működik mindez az egészségügyben. A minősegbiztosítás lépésről lépésre (azaz fontolva, de nem egyenes vonalban) halad, a közintézményekben alapvetően kormányzati elvárásként. A Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) és a 2010 utáni megújítási kísérletek, a 2014-ben indított **A betegellátók akkreditációja a biztonságos betegellátásért (Bella)** program elemzése nem e közlemény feladata, mert ez az írás a fogyasztóközpontú minősegtanúsítás helyzetével, lehetőségeivel foglalkozik.

Először is tisztázni kell azt, hogy a fogyasztóorientált minősegtanúsítás alapvetően a piaci szolgáltatások esetében értelmezhető. Az ok egyszerű: a minősegtanúsítás célja a fogyasztók jó választásának segítése. Ugyanakkor az egészségügyben a választás csak a magánellátásban létező kategória, azaz a magyar egészségügyben a beteg választási szabadsága (legálisan) csak a magánellátásban érvényesül. A közellátásban:

- az orvosválasztás (az ellátó személyének megválasztása) nem megengedett. 2014. dec. 30.-ig elvben lehetséges volt, de olyan finanszírozási szabályozással, hogy nehogy valaki éljen vele;
- szabad szolgáltató-választás is csak az alapellátásban van.

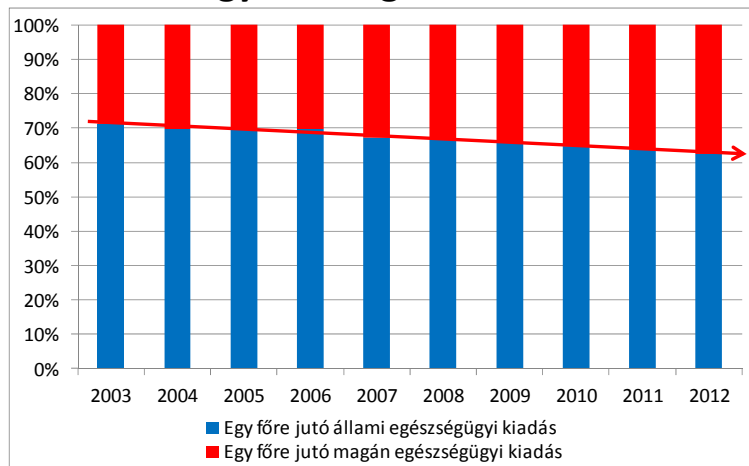
Lehet, hogy ezek sokak számára meglepő állítások, és a háziorvos-választás rémlik fel ellenérvként. Vigyázat: az alapellátásban az orvos alapján praxist (szolgáltatót) választunk, és a praxishoz tartozunk, nem az orvoshoz!

Ennek akkor van jelentősége, ha az orvos vált praxist. Mi nem kerülünk át az orvosunkkal együtt az új praxisba, hanem maradunk a régi praxisban az új orvossal, és praxist kell váltanunk (átjelentkezni), ha továbbra is a régi orvosunkhoz akarunk tartozni. A szolgáltató (kórház, rendelő) megválasztása sem lehetséges jogi alapon – csak illegális, hálapénz-motivált gyakorlatban. A közellátás fenntarthatósága érdekében pedig deklarált kormányzati szándék a központosított ellátásszervezés megerősítése, így bizonyosan tovább szűkül a választás gyakorlati lehetősége is. Akkor meg mivégre a versenyt, a választást segítő minősegtanúsítás? Mert: hogy is? Képzeli el: elkészül a kórházak teljesítményét, minőségét, ellátás-biztonságát összehasonlító hiteles értékelés és az ezen alapuló ranglista. Majd közlik a beteggel, hogy ő a százas lista 97. helyezett kórházába tartozik, és oda kell mennie, akár tetszik, akár nem.

Mindebből következik, hogy a minősegbiztosítás (az ellátásbiztonságot és költséghatékonyságot segítő rendszerek kiterjedt alkalmazása) a közellátásban fontos, a piaci szolgáltatások esetében viszont mind a két típus szükséges: az ellátásbiztonság és költséghatékonyság a magánszférában is fontos, ezért szükséges a minősegbiztosítás, itt azonban megjelenik az igény a fogyasztóközpontú minősegtanúsításra. Pontosabban: meg kellene jelennie ennek az igénynek, vagy ha meg is jelent, nem elégül ki megfelelően, azaz **az egészségügyben nincsenek meg a más szolgáltatási rendszerekben megszokott, elterjedt minősegtanúsítási rendszerek.**

Piac pedig van. A **4. ábrán** látható, hogy a magánfinanszírozás szerepe drámaian nő Magyarországon, és az **5. ábra** mutatja, hogy 2012-ben (legutolsó elérhető KSH adat) a lakosság már közel annyit költött járóbeteg-ellátásra, mint az OEP.

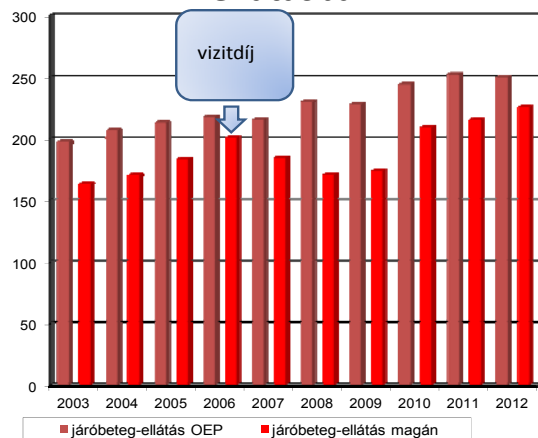
A köz- és magánfinanszírozás aránya Magyarországon 2012-ben



Forrás: KSH STADAT 2.5.1.

4. ábra A finanszírozás arányai

A köz- és magánkiadások alakulása a járóbeteg ellátásban



Forrás: KSH STADAT 2.5.1.

5. ábra A köz- és magánkiadások aránya

A szakértői becslések alapján 2015-re a magánfinanszírozás már 40% felett van az össz egészségügyi kiadásokon belül, és a járóbeteg-ellátásban mára már a magán utolérte az OEP kiadást. Piac tehát van, de ezen a piacon még nem érvényesülnek a klasszikus piacszabályozási technikák, nincsenek megbízható, a beteg választását hitelesen segítő minőségtanúsítási rendszerek. Valami azért természetesen van, így a beteg választását kétféle rendszer segíti ma Magyarországon.

Magyarországon is léteznek az „Év Orvosa” (Astellas-díj), az „Év Kórháza” és ezekhez hasonló közönség-szavazatos díjak. Ezek alapvetően a szórakoztató ipar, vagy közösségépítő jelleg kategóriájába sorolhatók, és semmilyen értelemben nem tekinthetők minőségtanúsításnak, mert egyrészt nincsenek objektív értékelési kritériumok, másrészt nem biztosított az, hogy a szavazónak van bármilyen információja arról az orvosról vagy kórházról, amelyre szavazott. Így valójában az győz, aki jobban használja a közösségi médiát, hálót, több Facebook ismerőse van. (E közlemény szerzőjéhez is rendszeresen érkeznek baráti kérések, hogy szavazzak erre vagy arra az általam ismeretlen személyre, intézményre. Kulturálisan, de kitérek ez elől...).

A másik létező típusba az olyan „orvoskereső” rendszerek sorolhatók, mint a Házipatika orvoskeresője, a Dr24 vagy a Foglaltorvost. Ezek már közelebb állnak a fogyasztót orientáló, a választást segítő rendszerekhez, de ezek a „katalógusok” nem szűrik, (előminősítik) valamilyen publikus kritériumrendszer szerint a közvetített orvost, nincs minőségtanúsítás, illetve minősítésként kizárólag a betegek visszajelzését alkalmazzák. Ez viszont nem értékelhető, mert egyrészt a rendszerben tárolt orvosok legalább 95%-ánál nincs egyetlen kitöltött értékelés se, másrészt mert – ellentétben a Booking.com-mal –

a véleményleadásnak nem előfeltétele a tranzakció (az orvos felkeresése).

Miután nincsenek hiteles információk ezen az éledő, illetve ma már jelentős nagyságú piacon, a szolgáltató választás – hasonlóan a közellátáshoz – alapvetően irracionális, vagy alacsony információ-tartalmú elemek alapján történik. Itt a hagyományos elemeket (oral history-k és bármilyen személyes kapcsolat: a Kati unokaöccse ott beteghordó) kiegészítik a felületi marketig elemek: elegáns, szép, jó környéken van.

A fentiek alapján kimondható, hogy az egészségügyi ágazatban a minőségbiztosítás, ha lassan is, de terjed, fejlődik, miközben a piacorientált minőségtanúsító – információs rendszerek - a piac jelentős bővülése ellenére - még nem elég fejlettek, elterjedtek.

Összefoglalás

A minőségbiztosítás és a fogyasztóközpontú minőségtanúsítás terjedése nem hagyhatta ki az egészségügyet sem, bár ez az ágazat (és fogyasztói) megpróbálták lassítani ezt a folyamatot. A minőségbiztosítás a közintézményekben állami (jogsabályi) elvárásként és központi támogatással folyamatosan terjed és fejlődik, de a növekvő magánpiac ellenére az egészségügyben nem honosodtak meg a nagy hitelességű, tanúsítási rendszeren alapuló fogyasztóorientált tájékoztató/minősítő rendszerek.

Hirdessen a

MAGYAR MINŐSÉG[®]-ben
a Magyar Minőség Társaság havi folyóiratában

Kulcsszavak: minőségfejlesztés, egészségügy, indikátorok, minőség indikátor

Bevezetés

A minőség fogalmának értelmezése sokat változott az elmúlt évek folyamán. Sokan különféle módon értelmezték, és ez, az egészségügy területén sincs másképp. Sőt ebben a specifikus szférában különösen nehéz az objektív szemlélet formálása. Ahogy Veress Gábor és Kovács Károly írja: “Az egészségügyi szolgáltatások komplexitásával, a fogyasztói szemlélet és a piacérzékenység hangsúlyának integrálódásával, valamint a szolgáltatásokhoz kapcsolódó bonyolult emberi tényezőkkel magyarázható, hogy az egészségügyi szolgáltatás minősége sokféleképpen értelmezhető attól függően, hogy milyen megközelítésből, milyen igény-kielégítési színvonal teljesítése felől vizsgáljuk ezt az értékítéletet” (Veress, Kovács 2000).

Magyarországon – és az Európai Unió országban egyaránt – a törvény nem írja elő, hogy a gyakorlatban pontosan milyen minőségügyi rendszert kell működtetni, konkrétan milyen folyamatokat kell kialakítani. Az intézmények minőségügyi rendszere és annak fejlesztése célszerű, ha az egészségügy különböző szintjein és szektoraiban az illetékes vezetők feladata és felelőssége. Mindezeket alátámasztja Ovretveit is: a legújabb fejlesztésű egészségügyi technológiák alkalmazása is csak akkor biztosítja a gyakorlati alkalmazás hatékonyságát és is az egészségügyi ellátás fejlődését, ha az társul a vezetők és a dolgozók minőség iránti elkötelezett

ségével, a minőségfejlesztés alapelvei integrálódnak az egészségügyi szolgáltatás rendszerébe és a folyamataiba. Ezért az egészségügyi ellátás hatékony fejlesztéséhez nélkülözhetetlen a minőségszemléletet. A minőségszemlélet egyrészt olyan filozófiát, szervezeti kultúrát jelent, amely nagyra értékeli a minőséget, másrészt hatékony eszköz a bajok meghatározására és leküzdésére (Ovretveit, 1994)

Egy biztos, a minőség fejlesztése az egészségügy területén kiemelt fontosságú. Nem véletlen, hogy az elmúlt évtizedekben egyre nagyobb hangsúlyt fektetnek az egészségügy minőségmenedzsment módszereire. Egyre szélesebb körben dolgozzák ki, és alkalmazzák az egészségügy különböző területén használatos indikátorokat. Legelterjedtebbek a demográfiai adatok és a társadalmi-gazdasági tényezők mutatószámai, az állampolgárok egészségi állapotát- és az egészségügyi szolgáltatásokat jelző mérőszámok. Ugyanakkor minőségfejlesztés céljából, minőség mérésére és értékelésére az egészségügyben használatos indikátoroknak csak kis hányada alkalmas.

Minőség jelentése az egészségügyben

A minőség jelentését számos kiváló szakember és intézmény vizsgálta, és értelmezte, köztük Avendian Donabedian (Donabedian, 1980), a World Health Organization, az Institute of Medicine (Lohr, 1990) és az EMIKK Konszenzus. Munkájukat a következő meghatározásban ötvöztem: a minőség az egészségügyi szolgáltatás szereplőinek kinyilvánított és látens igényeinek mutatók segítségével mérhető és szemléltethető mértéke

(az egészség szubjektivitásán túl lépve), amelynek elsődleges célja az egészség megőrzésének, helyreállításának és fenntartásnak maximálása a tudományos ismeretek és a rendelkezésre álló erőforrások, illetve a várható előnyök és kockázatok figyelembevételével. Fontos gondolattal egészítem ki az eddig ismert megfogalmazásokat: a minőség az egészségügyi szolgáltatás szereplőinek mást és mást jelent. Míg a páciens számára a szolgáltatás eredményessége, az egészségügyi alkalmazottakkal való kapcsolat, empátia és a fizikai környezet, addig az egészségügyi alkalmazottnak – a páciens egészségi állapotában a legkedvezőbb javulás mellett – a szakma által állított követelményeknek, a saját és a külső adottságokhoz mérten a legjobb eredmény elérése. A finanszírozók számára pedig az egészségügyi szolgáltatás gazdaságos biztosításában rejlik a minőség. Törekedni kell az elsődleges feladat – az egészségügyi ellátás – mellett, mindezen igények kielégítésére. Szükséges felhívni a figyelmet a folyamatos fejlesztés gondolatára is, mivel változó igények (mind időbeli, mind személyenként, szereplőnként) csak így érthetők meg, és elégíthetők ki.

Minőségi indikátorok az egészségügyben

A fentiekben már bemutatásra került minőség jelentése, ugyanakkor a minőség „megvalósulásának kivitelezése” korántsem annyira egyszerű feladat. Nem kérdés, hogy az említett minőség meghatározás elemeire kell támaszkodni, amelynek központi gondolata a minőség mérésére és értékelésére alkalmas mutatószámok, vagyis az indikátorok használata (Belicza, Takács, Boncz 2004).

A minőség mérése az ellátási – szakmai, menedzseri és támogató – folyamatok, illetve az elért eredmények mérhető és értékelhető területeit célozza meg (Boyce, McNeil, Graves, 1997).

A Joint Commission meghatározása alapján a minőségi indikátor „az ellátás egy szempontjának mennyiségi mérése, de az indikátor nem közvetlenül méri a minőséget, inkább egy jelzés vagy kiemelés, amely utal azon területekre, amelyek részletesebb elemzést igényelnek” (Nadзам, Turpin, Hanold, 1993).

A minőség indikátor tehát egy mérő- és mutatószám, amely a múltbeli és jelenlegi történésekről, a valóságról szóló információkat – a minőség mérése és értékelése érdekében – számszerűsíthető formában mutatja. A minőség indikátorokat számos helyen használhatják az egészségügyben, de leggyakrabban az ellátás mérésére, az ellátottak egészségi állapotára, az abban bekövetkezett változásokra, az érintettek elégedettségére és a finanszírozásra, a források felhasználására fókuszál.

Fontos leszögezni, hogy az indikátor, még a minőség indikátor sem a megoldást mutatja meg – valamely kérdésre vagy fejlesztésre. Az indikátor „dolga”, hogy jelezze az eltérő értékeket, azokat a területeket, amelyeknek mélyebb vizsgálata és/vagy elemzése szükséges. Az indikátorok használata esetén szükség van ún. küszöbértékek megállapítására is. Például, ha egy érték magasabb vagy alacsonyabb a küszöbértéknél, akkor ez jelzésértékű.

A legszélesebb körben a következő három indikátor típus terjedt el (a csoportok kialakítása mögött Donabedian-koncepciója húzódik meg):

- Strukturális indikátorok
- Folyamat-indikátorok
- Kimeneti (outcome) indikátorok

A strukturális indikátorok az egészségügyi rendszerek jellemzőire, inputjaira vonatkoznak, például az egészségügyi alkalmazottak készsége és képessége, az intézmény felszereltsége. Ezen a mérőszámoknak az ala-

pok meglétét figyelik, azt már nem, hogy a folyamatok megfelelő módon zajlanak-e le, és azt sem, hogy az eredménynek megfelelnek-e az elvárásoknak.

A folyamat-indikátorok – a nevükből adódóan – minden olyan eseményt mérnek, ami a páciensért-, a pácienssel történik (egészségügyi ellátás megfelelően zajlik-e, a paciensek megkapták-e a szükséges gyógyszereket).

A kimeneti- más néven outcome indikátorok az egész folyamat, az egészségügyi ellátás (vég) eredményét mutatják, például a végtag műtött, a rehabilitált páciens pedig – a teljes kezelési idő leteltével – újra tud járni, vagy tudja használni a kezét. Ezen mérőszámok alkalmazásának az egyik legnagyobb gondja, hogy a gyógyítási folyamat eredményének sikerességére az ellátás minőségén kívüli számos más tényező is hatással van. Befolyásoló tényező lehet a páciens neme, kora és egyéb sajátossága, a betegség típusa, súlyossága és állapota, vagy a társadalmi-gazdasági helyzete is. Ezeket a befolyásoló tényezőket – bizonyos esetekben – „torzító” hatásként is számításba kell venni.

A gyakorlatban azonban, érdemben nem lehet ilyen nagy általánosságban foglalkozni az indikátorokkal – legfeljebb nagyvonalakban az outcome indikátorokkal –, ezért egy-egy szakterületre érdemes szűkíteni a vizsgálati területet. A következőkben egy különleges terület, a mozgásszervi betegségek és rehabilitációjuk során alkalmazott indikátorok lehetőségeit tárgyalom.

A mozgásszervi betegségek

Napjainkban a mozgásszervi betegségek és a gyakorta hozzájuk kapcsolódóan a hosszú távú fájdalom (egyes esetekben a fogyatékosság is), mind vezető problémaként jelentkezik az Európai Unióban és a fejlett egészségkultúrájú országokban világszerte. Nemcsak nehéz-

séget jelent a mindennapokban a minőségi élet megélésében, de a munkában való részvételre is komoly hatással van. Továbbá jelentős szociális és pénzügyi terhet is ró az egészségügyre, a társadalomra, a páciensre és annak családjára egyaránt. A mozgásszervi betegségek és a különböző szindrómák száma – a legfrissebb felmérések szerint – 150-re tehető. Társadalmi szinten a következő betegségek fordulnak elő leggyakrabban: ízületi gyulladás, csonttritkulás, ízületi kopás, derékfájás, nyak-, hát- és gerincelváltozások, végtagtrauma.

Jelentős gond, hogy a mozgásszervi betegségben szenvedők száma nagymértékben növekszik. Ennek oka egyrészt a „modern” életvitel, a mozgásszegény és leginkább ülő életmód, a káros szenvedélyek, az elhízás, másrészt pedig a lakosság életkorának növekedése. Az életévek növekedésével, egyre több betegséggel találjuk szembe magunkat, idős korban pedig kifejezetten gyakoriak a különböző mozgásszervi betegségek – az előregedő társadalom bajának megjelenése tovább növeli az e betegségcsoportba tartozók számát.

Talán statisztikailag nem ebben a betegségben szenvedők „produkálják” a legmagasabb adatokat a halálozási statisztikákban, de ne felejtjük el, hogy a mozgásszervi betegségek hatással vannak más betegségekre és ezeken keresztül az élettartamra is. Például a több szervrendszert érintő poliszisztémás autoimmun kórképek és az RA-s (ízületi gyulladásos) betegek esetén nagyobb a halálozás kockázata. Az RA-s betegek átlagos életkora körülbelül tíz évvel rövidebb, mint az átlagnépességé. A legfrissebb tanulmányok bebizonyították, hogy a csonttritkulás hatására bekövetkező combnyaktáji törések után mintegy 15-20%-os pluszhalálozás következik be, a törést nem szenvedett, hasonló korú populációhoz képest (Poór, 2014).

Indikátorok a mozgásszervi betegek rehabilitációjában

A fentiekben bemutatottak alapján nem meglepő, hogy a nemzetközi viszonylatban egyre több mozgásszervi betegséggel kapcsolatos indikátort dolgoztak ki és használnak.

Az Európai Mozgásszervi Betegségek Felülvizsgálati és Információs Hálózata 12 darab minőség indikátort dolgozott ki az osteoarthritisre (HCQI OA 1-12) és 14 darabot a reumás arthritis betegségre (HCQI RA 1-14). Egy-egy példa közülük:

- HCQI OA 8: Ha egy, az OA tüneteivel diagnosztizált páciens nem reagált a farmakológiai- és a nem farmakológiai terápiára, akkor a páciens be kell utalni egy ortopédiás orvoshoz.
- HCQI RA 2: Ha egy páciensnél újonnan diagnosztizálják az RA-t, akkor a páciensnek 3 hónapon belül személyre szabott tájékoztatásban kell részesülnie a betegség kialakulásáról, kezeléséről és önmenedzsmentjéről.

Ezen indikátorok kidolgozása meghatározó jelentőségű: a szakemberek felfigyeltek e két betegségre, az egyre nagyobb számú megbetegedésre, a népességnek okozott kérdésekre és az ellátás folyamatának fejlesztésére. Az indikátorok pontos, szaknyelvi megfogalmazása és a hozzájuk tartozó küszöbérték meghatározása helyett általános leírásokat olvashatunk, ugyanakkor így sokak számára érthető és értelmezhető leírás. Hiányossága, hogy kevés helyen találhatóak konkrétumok. Az indikátorok érdeme, hogy a betegségek összes stádiumát szem előtt tartják, a betegség felismeréstől kezdve, a páciensek társadalmi beilleszkedésig. Így itt már megjelenik a rehabilitációs tevékenységek során alkalmazható indikátor kezdemények vagy inkább ötletek, azok szakszerű

és specifikus kidolgozására. Tehát a mozgásszervi betegségekre kialakított indikátorok nemcsak hasznosak, de alapul szolgálhatnak a rehabilitációs tevékenységek-nél is használható mérőszámok kifejlesztésére is.

A nemzetközi és a hazai szakirodalmi adatok alapján a Rehabilitációs Szakmai Kollégium is elkészítette javaslatát a rehabilitációs osztályok működésének minőségét jellemző indikátorokra (Dénes, 2004) az indikátorszámítás módszerére és a hozzájuk tartozó küszöbértékre (Kullman, 2004). A javaslatban a következő indikátorok szerepelnek:

- funkcionális állapot felmérése felvételnél és távozáskor,
- részvétel team megbeszélésen,
- nem tervezett áthelyezés,
- halálozás,
- halálozás auditálása.

Ezen indikátorok fontosak és hasznosak, általános érvényűek, ami az összehasonlíthatóság szempontjából előnyös. Ugyanakkor közel tíz éve jelentek meg, és azóta lényegi változás, fejlesztés nem történt, pedig szükség lenne rá!

Magyarországi példák a minőség indikátorok használatára országos szinten

A magyar Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program adatai alapján bemutatásra kerül néhány minőség indikátor használata, amelyeket a mozgásszervi rehabilitációs szakmacsoportban alkalmaznak. A számadatok országos összesítést tükröznek és a 2013-as évre vonatkoznak.

- **Átlagos ápolási nap**

A mozgásszervi rehabilitációs szakmacsoportok országos, átlagos ápolási ideje 22,6 nap, ami megfelelő, mivel a mozgásszervi rehabilitációs program elvégzéséhez legalább kb. 20-21 napos átlagos ápolási idő javasolt. Ettől nagymértékben eltérő időtartamok jeleznek az esetleges bajokat.

- **Átlagos ágykihasználás**

Egy egészségügyi osztály annál hatékonyabb, minél közelebbi értéket mutat a 100%-hoz. 2013-ban az országos átlag 90,4 % volt, de egy-egy kórházban előfordult a 120,0 és 116,7 %-os ágykihasználtság is. Miután a finanszírozási szabály az újabb szabályozások alapján, korlátozza az ilyen esetekben a kifizetéseket (vagyis a napi ágyszám feletti teljesítés nem kerül finanszírozásra), ezért nem célszerű 100% fölé „merészkedni”.

- **Halálozás (exit)**

Országosan 2 % az elfogadott küszöbérték, ha az adott egészségügyi osztály halálozási indikátor értéke e fölé emelkedik, akkor az problémát jelent. Többek között felvetheti a nem rehabilitációs célzatú betegfelvétel és ápolás lehetőségét is. A mozgásszervi rehabilitációs szakmacsoportok országos átlagértéke ezt az értéket (0,3 %-ot nem haladta meg).

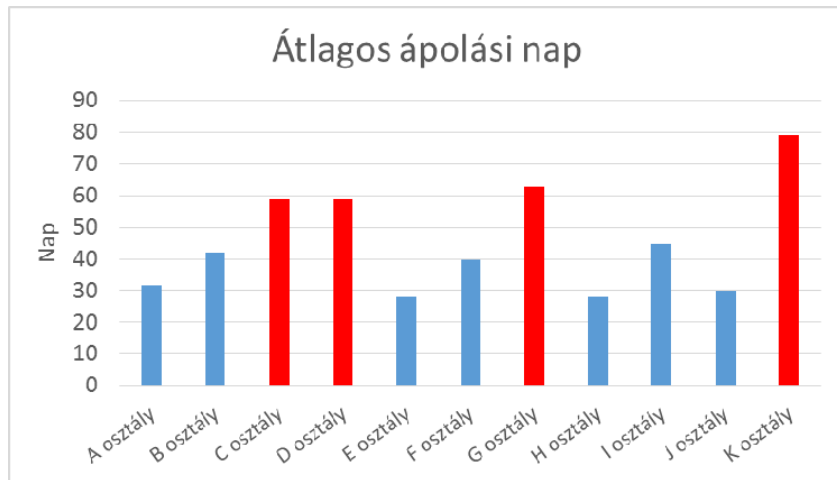
Minőség indikátorok használata intézményi szinten

Az **1. táblázat** olyan magyar egészségügyi intézmény 2014-es adatait mutatja be, amely mozgásszervi betegségek rehabilitációjára specializálódott.

Osztályok	Átlagos ápolási nap	Ágykihasználtság (%)	Halálozás (%)
A osztály	31,8	91,1	0,2
B osztály	42,0	92,5	0,5
C osztály	58,7	95,3	0,0
D osztály	58,7	91,3	0,0
E osztály	28,0	93,5	0,3
F osztály	39,8	93,0	0,0
G osztály	62,7	92,4	0,5
H osztály	27,9	92,0	0,0
I osztály	44,6	95,3	0,0
J osztály	30,0	95,0	0,0
K osztály	79,3	95,0	0,0

1. táblázat Minőség indikátorok értékei egy magyar egészségügyi intézmény különböző osztályain, 2014

Az intézmény osztályainak többsége a javasolt átlagos ápolási idő (3 hét) körül teljesít vagy nem tér el nagymértékben attól. Ugyanakkor az 'C', 'D', 'G', 'K' osztályok vonatkozásában további vizsgálatokra lenne szükség, ahogy ez az **1. ábrán** is látható. Megjegyzem azonban, hogy a mozgásszervi rehabilitációs program elvégzéséhez javasolt kb. 3 hetes időtartam általánosan meghatározott, nem specifikus irányérték (de az eltéréseket ezért nem szabad figyelmen kívül hagyni).



1. ábra Egy magyar egészségügyi intézmény átlagos ápolási ideje a rehabilitációs osztályain, 2014

Az ágykihasználtság minden osztályon 90 % feletti, vagyis megfelelő értéket mutat.

Az összes osztály vonatkozásában meg állapítható, hogy a halálozási adatok messze a küszöbérték alatt vannak.

Konklúzió

Nemcsak nemzetközi, hanem hazai szakemberek is vizsgálják és tesztelik napjainkban is a minőségi indikátorokat az egészségügy szolgáltatóknál. A bemutatott példákon keresztül is látható, hogy a minőség indikátorok használata célszerű és hasznos ugyanis: felhívják a figyelmet azokra a területekre (osztályokra), ahol beavatkozásra, újragondolásra vagy átalakításra van szükség.

Az áttekintett mérőszámokon kívül, számos más indikátor is bizonyította, hogy nemcsak a minőségmenedzsment számára, hanem általa az egészségügyi intézmények- és az egészségügyi ellátás előnyére is válik. Ehhez azonban szükség van az indikátorok további

tesztelésére és finomítására, valamint egyéb specifikus mérőszámok kialakítása is fontos lenne.

Az egészségügyi gyakorlatból egyre inkább körvonalazódik, hogy a három indikátor-csoport közül a folyamat-indikátorok a leginkább klinikai jellegűek, ugyanis ezek adják a legjobb közelítést az időszerű egészségügyi ellátásra, használatukkal a folyamatok időben fejleszthetők. E tapasztalatokkal összecseng a TQM és a hozzá kapcsolódó minőségmenedzsment rendszer-megközelítések egyik fontos alapelveivel: a folyamatok központúságával és a folyamatos fejlesztéssel. Ez igényli a megfelelő folyamatmenedzsment rendszer kialakítását és elemeinek működtetését egyaránt. Előnyös lenne a folyamat-indikátorokat intézményi szinten vagy még annál is kisebb egységekben, például osztályokon alkalmazni.

Napjainkban – sajnos – a minőség-indikátorok használata az egészségügyben még nem terjedt el. Magyarországon a minőségmenedzsmentnek ez az eszköze még gyermekcipőben jár. Mivel az egészségügyi finanszírozási feltételek és támogatások mértéke egyre csökken, és feltehetően ez a jövőben sem fog megváltozni –, véleményem szerint - jelentős lehetőségek rejlenek az egészségügy minőségfejlesztés eszközrendszerében, ezen belül is a minőség indikátorok használatában.

Irodalomforrás

Belicza É., Takács E., Boncz I. (2004): Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére, Orvosi Hetilap, 145 (2004): 1545-1592.

Boyce, N., McNeil, J., Graves, D., és mtsa (1997): Quality and Outcome Indicators for Acute Health Care Services, Australian Government Publishing Service, Canberra

Dénes Z. (2004): Minőségi indikátorok alkalmazásával szerzett tapasztalatok a rehabilitációban, Rehabilitáció - 2004. 14. évf. 4. sz.

Donabedian, A (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI, Health Administration Press

Executive Agency for Health and Consumers: Musculoskeletal Health in Europe Report v5.0, <http://www.eumusc.net/>

Kullmann L. (2004): Baleseti sérültek rehabilitációja, Rehabilitáció 2004. 14. évf. 18-22.o.

Lohr, K.N. (1990): Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press

OECD (2006): Health Care Quality Indicators Project (Edward Kelley and Jeremy Hurst: HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT CONCEPTUAL FRAMEWORK PAPER OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 23. 09-Mar-2006

Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program keretén belül a Nemzeti Erőforrás Minisztérium által elrendelt 1620/09. nyilvántartási számú adatgyűjtés 2013. évi adatainak összesítése: 2013. évi JELENTÉS a rehabilitációs intézményrendszerről

Ovretveit J. (1994): Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health. Blackwell Science Limited, Oxford

Nadham, D.M., Turpin, R., Hanold, L.S., és mtsa (1993):Data-driven performance improvement in health care: the Joint Commission's Indicator Measurement

System (IMSystem). Jt. Comm. J. Qual. Improv., 19,492-500

Poór Gy. (2014): Áttörés az ízületi gyulladások kezelésében. A Magyar Tudományos Akadémia folyóirata, http://epa.oszk.hu/00600/00691/00131/pdf/EPA00691_m tud_2014_08_0958-0965.pdfA

The New Programming period 2000-2006: methodological working papers. Working paper 3. Indicators for Monitoring and Evaluation: An indicative methodology. European Commission, Directorate-General XVI.

Veress G., Kovács K. (2000): Igény, erkölcs, minőség. Magyar Minőség 9 11., 15-20.o.

Jól megvagyunk minőségdíjak nélkül?

Sződi Sándor 

Előadásomat a tavalyi prezentációm egyik fóliájával kezdem, amikor azt szemléltettem milyen fontosnak tartjuk a minőségi lapokban helyt adni a különböző díjakon elért sikereknek.

A témát ma is fontosnak tartjuk, de szomorúan állapíthatjuk meg: csökken a minőségdíjak száma, népszerűsége, vonzereje. Azt gondolom, a jelenség mellett nem mehetünk el szó nélkül. Annál inkább cselekvésre van szükség, mert azt látjuk, hogy szerte a világban nagyon jól kihasználják a díjakban rejlő lehetőségeket.

Néhány olyan megállapítás, amely a minőségdíjak létjogosultságát, hasznosságát támasztják alá:

- Ráirányíthatják a figyelmet a gazdaság prioritásaira
- Versenyre készítetnek
- A benchmarking táptalajai, az egymástól tanulás remek lehetőségei
- Kiváló marketing eszközök
- Fejlett országokban nagy a társadalmi presztízse
- Erősíti a szervezethez tartozást, a team munkát
- Fejlesztésre, fejlődésre ösztönöznek, motiváló hatásúak

Néhány minőségdíjról külön is szeretnék beszélni. Ilyen a Nemzeti Minőségi Díj, a regionális minőségdíjak, a IIASA-Shiba Díj. Ezen díjakhoz korábban az értékes egészségügyi sikerek is hozzátartoztak.

Szeretném érzékeltetni: nagy kár, hogy a minőségdíjakra nem fordítunk kellő figyelmet.

A Nemzeti Minőségi Díjas szervezetek és díjértékelők véleményeiből mutatok be egy csokorra valót:

- az önértékelés során erősödött és fejlődött a belső minőségkultúra,
- belső PR indult a területek és módszerek megismerésére,
- nőtt a dolgozók bevonása, nagymértékben fejlődött a team munka,
- javult a belső és külső benchmarking tevékenység,
- objektív visszajelzést kaptunk külső szakértőktől,
- felismertük fejlesztési lehetőségeinket,
- a változást, fejlődést folyamatosan figyelemmel kísértük,
- a megállapított erősségek igazolták a TQM felé vezető út helyességét,
- a feltárt hiányosságokra intézkedési terveket hoztunk és hajtottunk végre,
- folyamatossá vált a munkatársak képzése,
- kialakítottuk az információk rendszerezett, tervszerű nyilvántartását,
- nőtt az érdekelt felek elégedettsége, előtérbe került a közös gondolkodás,

- az önértékelés a vezetői gyakorlat szerves részévé vált, és a szerteágazó vállalati tevékenységek ma már jobban áttekinthetőek,
- az egyes területeken alkalmazott módszerek mára a cég egészében elterjedtek,
- a fejlesztendő területek fájdalommentes felfedezése egyúttal tanulási folyamatot jelentett,
- teljesítményünk mérhetővé, számszerűsíthetővé vált,
- pontos képet kaptunk a külső és belső vevőink elégedettségéről,
- feltártuk a problémák és a fejlődés mozgatórugóit,
- növekedett az alkalmazott minőségügyi módszerek száma,
- jó kiindulópont adódott stratégiánk kidolgozásához, és egyre tökéletesedtek a stratégia-készítés módszerei,
- nőtt az egész csapat motiváltsága, cég iránti elkötelezettsége,
- sikerélményt jelentett a jó pályázat, az eredményes szereplés,
- tevékenységünk iránt megnövekedett a hazai és nemzetközi érdeklődés, a díj presztízsnövekedését PR - munkánk során kamatoztattuk,
- a globális versenyben való hatékony részvételt mára elképzelhetetlennek tartjuk önértékelés nélkül.

Egy leendő Egészségügyi Minőség Díj EFQM modell szerinti adaptációját már 2001-ben elvégezte néhány lelkes szakember, de a megvalósítás ez idáig várat magára.

A korábbi DEMIN Konferenciánkon mindig örömmel számoltam be a regionális minőségdíjakon elért egészségügyi sikerekről. 2005-ben ezen díjak lefedettsége teljes körűvé vált, az ország valamennyi régiójában meghirdették. Mára mégis úgy tűnik, hogy a regionális díjak is elhaltak.

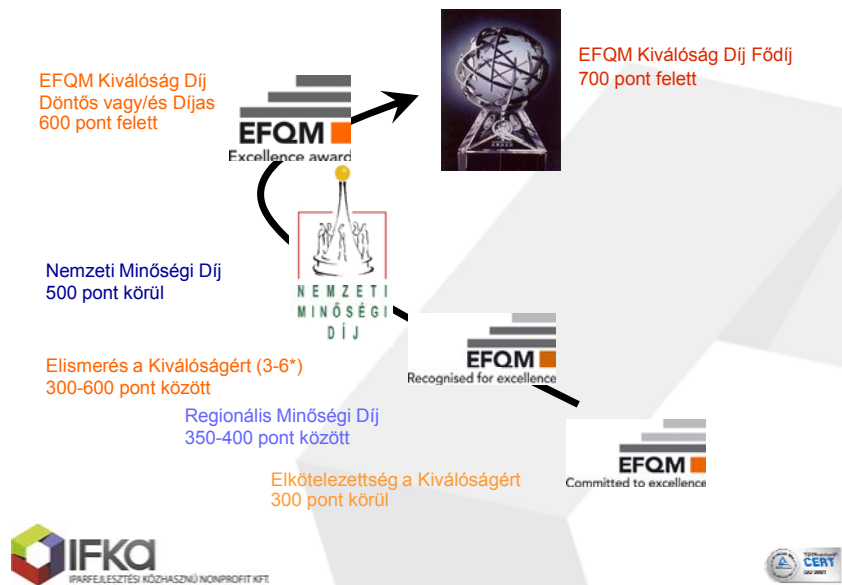
Idén rendezték a 25. évfordulóját ülő IIASA - Shiba Díj díjátadó ünnepségét a Nemzetgazdasági Minisztériumban, melyen a díj alapítója, Dr. Shoji Shiba professzor és Glattfelder Béla államtitkár tizenöt hazai szervezetet, csoportot tüntetett ki elismerve minőségfejlesztési tevékenységüket. Itt még szerencsére lehet egészségügyi sikerről beszámolni. Díjazott lett a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ (Szeged).

A pályázási lehetőségek közül egészségügyi szervezeteknek is rendelkezésükre áll a különböző Európai kiválósági szintek elérése.

Ezek a következők:

- C2E Elkötelezettség a Kiválóságért
- R4E Elismerés a Kiválóságért
- EFQM Kiválóság Díj

Szeretném szemléltetni, hogy a szervezeti önértékelés során elért pontszámok megközelítőleg milyen elismerés elérését teszik lehetővé (1. ábra).



1. ábra A pontszámok és a minőségszint összefüggése

Hangsúlyozni fogom, hogy egészségügyi területen is többet kellene tenni a minőségdíjak felélesztéséért!

Tisztelettel javaslom, és arra kérem a konferencia résztvevőit, hogy a XV. DEMIN konferencia záró összegzésében kapjon hangsúlyos megfogalmazást az egészségügyi minőségdíjak működtetése iránti igény!

**Érdeklik a minőségügy fejleményei?
Találkozni szeretne a legismertebb
szakemberekkel?
Fejleszteni szeretné minőségügyi
ismereteit?**

**Kérjük legyen tagja a
Magyar Minőség Társaságnak!**

[Lépjen be itt](#)



Előzmények

Az 1997. évi törvény az Egészségügyről az egészségügyi szolgáltató szervezeteket új kihívás elé állította, a belső minőségügyi rendszer kiépítésének és működtetésének kötelező előírásával, melyről részletesen szakmai irányelv rendelkezett. Kiemelkedő azonban a Zala Megyei Kórház úttörő elkötelezettsége, amely 1995-ben sikeresen tanúsította az ISO 9001:1994 szabvány alapján bevezetett és működtetett minőségbiztosítási rendszerét.  

A kórház példájára, valamint a jogszabályi előírásra, 2000-re több magyarországi kórházban működött harmadik fél által tanúsított minőségbiztosítási rendszer.

Az Egészségügyi Minisztérium 2001. évben tette közzé a szakmai működést szabályozó Kórházi ellátási standardok kézikönyv 1. verzióját, ezáltal új lehetőséget nyitott az egészségügyi szolgáltatók minőségfejlesztésében. Közel azonos időben került kiadásra az új nemzetközi minőségirányítási szabvány, az MSZ EN ISO 9001:2001, melyre fokozatosan áttértek az intézetek.  

A 9/2002. EüM rendelet az egynapos sebészeti ellátással kapcsolatos minőségügyi követelményekről rendelkezett. 2003 májusában a standardok felülvizsgálatát követően Kórházi ellátási standardok kézikönyv 2. verzióját jelentette meg a szakminisztérium.

A 2004. évben kiadott szakmai irányelvek közül kiemelkedő az „Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisz-

térium szakmai irányelve a klinikai auditok végzéséhez” – de sajnos, ez a módszer nem vált gyakorlattá.

A szakminisztérium folyamatos minőségfejlesztői tevékenysége kapcsán 2005. évben a járóbeteg szakellátás, a háziorvosi ellátás, a védőnői szolgálat folyamataira is kidolgozta és közzétette a standardokat és 2007. évben egy egységes szerkezetű standard kézikönyvbe „Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv 1.” jelentette meg a szakmai működést szabályzó kritériumrendszert. 

Az egészségügyi ellátást nyújtó szervezetek – kiemelten kórház-rendelőintézetek – a standardok integrálásán túl egyéb nemzetközi szabvánnyal összehangolva kiegészítették minőségirányítási rendszerüket.

Ez az időszak büszkén nevezhető a minőségfejlesztés fénykorának.

Napjainkban a betegellátási folyamatok részére alkalmazható új módszertan gyakorlatát átvéve – a forráshiánnyos működés mellett – a szolgáltatók célja az egészségügyi szolgáltató szervezetek minőségirányítási rendszerének fejlesztése.

1. Az MSZ EN 15224:2013 szabványról általában

A Magyar Szabványügyi Testület, mint a nemzetközi szabványok magyar szabvánnyá való átültetésére és a nemzeti szabványok kiadására jogosult szervezet, 2013. évben átvette és 2014. februárban kiadta az MSZ EN 15224:2013 egységes, európai, ágazat-specifikus minőségirányítási szabványt (továbbiakban: Szabvány). 

A Szabvány alkalmazása új lehetőséget nyit az egészségügyi szolgáltató szervezetek minőségirányítási rendszerének fejlesztésére.

A kockázatkezelés módszerének alkalmazása preventív eszközként szolgál, csökkentve a klinikai folyamatokban előforduló nemkívánatos/káros események előfordulását.

A Szabvány alapja a szektorsemleges ISO 9001:2008, melynek valamennyi követelményét magába foglalja és kiegészíti az egészségügyi ellátásra vonatkozó speciális elvárásokkal.

Az itt előírt követelmények több elemét egészségügyi szolgáltató szervezetek már alkalmazzák a folyamataikban.

Az ISO 9000:2004 szabványban megfogalmazott minőségirányítási alapelvek – vevőközpontúság, vezetés, munkatársak bevonása, folyamatszempléltű megközelítés, rendszerszemlélet az irányításban, tényeken alapuló döntéshozatal, kölcsönösen előnyös kapcsolatok a (be)szállítókkal – alkalmazása követendő.

A Szabvány alkalmazható az egészségügyi szolgáltatók valamennyi szintjére az alapellátástól a rehabilitációig, beleértve a gyógyszerterápiát is. A klinikai folyamatokra fókuszál, de kutatási és oktatási folyamatokra is alkalmazható – ez pozitívum a klinikák számára. Az összehangoltság lehetősége adott, integrálható más szabványokkal.

Kizárást kizárólag a 7. szabványfejezet tesz lehetővé, ha nem sérti a vevői, jogszabályi követelményeket, a szervezet képességét/felelősségét a minőségirányítási követelmények megvalósulása érdekében.

Önálló Szabvány, harmadik fél által tanúsítható. A Magyar Szabványügyi Testület kidolgozta a tanúsítási eljárás folyamatát, megtörtént az auditorok felkészítése, ok-

tatási tanfolyamokat szervez a témában és igény esetén kezdeményezi az akkreditációs eljárást.

A Szabvány informatív, meghatározta a fogalmakat, keresztreferencia utal a kiegészítésekre, útmutatót tartalmaz az alkalmazáshoz, példákkal szemlélteti az egészségügyi ellátás sajátos előfeltételeit.

A Szabvány erőssége

A Szabvány erőssége, hogy előírja az egészségügy **minőségjellemzőit**, melyeket egyes követelményekben alkalmazni kell. A **klinikai folyamatokra** fókuszál, és a **kockázatkezelésre** összpontosít annak érdekében, hogy elősegítse a jó minőségű egészségügyi ellátást.

A Szabvány előremutató:

- a kockázattal és a biztonsággal való foglalkozásra, annak fontosságára, súlyára utal,
- összhangban van az ISO/DIS 9001:2014 szabványtervezettel (41 esetben szerepel a kockázatra való utalás a szabványtervezetben).
- mint egységes európai szabvány keretet ad a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz,
- a kockázatkezelés szemléletében is átfogja a minőségirányítási rendszert.

2. A Szabványban használt főbb alapfogalmak

A használt meghatározások a minőségügyi szakemberek számára részben ismertek – és áthivatkozik egyéb szabványokra – fogalomtár ismertetésétől eltekintve az egységes értelmezés szempontjából lényeges fogalmak kiemelésére kerül sor az alábbiakban.

A „**klinikai**” szakkifejezés nem korlátozódik kizárólag a kórházra.

A klinikai folyamatok magukba foglalják „az első egészségügyi kérdéstől kezdve az adott egészségügyi kérdést érintő utolsó tevékenységig” 

A **kockázat** egy esemény előfordulási valószínűségének és következményének kockázata.

A **klinikai kockázat** olyan kockázat, melynek negatív hatása lehet az egészségügyi szolgáltatás minőségi követelményeivel kapcsolatos eredményekre. A kockázati tényezők lehet, hogy nem klinikai eredetűek, de a kockázat klinikai kockázatnak tekintendő, ha annak bármilyen negatív hatása van a minőségi jellemzőkre (pl. támogató folyamatok kockázatai).

A **kockázatkezelés**: koordinált tevékenység egy szervezet irányítására és ellenőrzésére a kockázat tekintetében.

E meghatározásból tükröződik a kockázatkezelés komplexitása, mely a felső vezetők feladat-, felelősségi körét követelményszinten bővíti.

A kockázatkezelési módszerek megértését segítik:

- MSZ 13073:2014 Kockázatfelmérés és kezelés. Szakszótár
- MSZ ISO 31000:2015 Kockázatfelmérés és kezelés. Alapelvek és irányelvek
- MSZ EN 31010:2010 Kockázatkezelés, Kockázatfelmérési eljárások

című magyar nyelvű szabványok.

A Szabvány egyik erőssége, hogy meghatározza az **egészségügyi minőségjellemzőit** az alábbiakban:

megfelelő, helyes szolgáltatás, rendelkezésre állás, szolgáltatás folyamatossága, eredményesség, hatékonyság, méltányosság, bizonyítékokon/ismereteken alapuló szolgáltatás, betegközpontú szolgáltatás, beteg bevonása/résztvétele, beteg biztonsága, időszerűség és hozzáférhetőség.

E minőségjellemzők az egyes folyamatokban, mint követelmények jelennek meg.

3. Az MSZ EN 15224:2013 szabvány kiemelt követelményei a folyamatokban:

Az egészségügyi szolgáltatók minőségirányítási rendszerét átfogó – PDCA elven működő folyamatok – menedzsment, fő, kisegítő-támogató folyamatok – összhangjának megteremtése biztosítja a rendszer eredményes működését, a betegek/szolgáltatást igénybevevők, érdekelt felek igényeinek/szükségleteinek és elégedettségének harmonizáltságát.

Az egyes folyamatok követelményeinek részletekre kiterjedő bemutatására nincs lehetőség – az ISO 9001 szabvány ismertetése nem cél – jelen esetben az MSZ EN 15224:2013 szabvány kiemelt, fontosnak tartott követelményeinek bemutatása történik – utalva az ISO/DIS 9001:2014 szabványtervezet összefüggéseire.

4.1. Menedzsment folyamatok

A felső vezetés elkötelezettsége, stratégiai gondolkodásmódja a minőségirányítási rendszer fejlesztésének feltétele.

A rendszer tervezése, működtetése és folyamatos fejlesztése a minőségirányítási alapelvek és a minőségjellemzők figyelembe vételével a felsővezetés feladata.

A betegellátásért viselt felelősség, a kockázatkezelés módszeres alkalmazása, prioritás. (ISO/DIS 9001:2014 Bevezetés, kockázatalapú gondolkodás 0.5. Minőségirányítási rendszer és folyamatai 4.4.)

Gondoskodni szükséges a klinikai folyamatok, a klinikai kockázatkezelés integrálásáról a minőségirányítási rendszerbe, a klinikai kockázatkezelés alkalmazásáról a **betegbiztonság** középpontba állításáról.

A felsővezetés minőségirányítási rendszer és a klinikai folyamatirányítás fejlesztése iránti elkötelezettséget deklaráló **Minőségpolitikai nyilatkozat** alapját olyan etikai értékek, minőségi követelmények, minőségjellemzők kockázatkezelési, és betegbiztonsági elemek képezik, melyek megfelelnek a szervezet céljainak, biztosítják a rendszer/folyamatok fejlesztését.

A minőségpolitikával összhangban – a szervezet egészére és tevékenységeire – meghatározott **minőségcélok** az egészségügy minőségjellemzőihez kapcsolódnak. Elvárás, hogy tartalmilag pontosan legyenek meghatározva, érthetők, reálisak és elérhetők legyenek, ugyanakkor tartalmazzanak kihívást.

A célok mérhetősége, szak- és tárgyszerűsége, értékelhetősége érdekében célértékek meghatározása szükséges.

A minőségcélok minőségjellemzőkhöz való kapcsolódása maga után vonja a minőségjellemzők azonosítását, ami a környezetelemzés módszerének alkalmazását teszi szükségessé, megismerve a vevők, érdekelt felek igényét/elvárását, végső célként az összhang megte-

remtését a lakosság egészségi állapotával. (ISO/DIS 9001:2014 Környezetelemzés 4.1. 4.2.)

A **vezetőség képviselője** segítse elő az új követelmények elmélyítését, elfogadását, feladata a vevői követelmények, a betegigények, az új elvárások megismertetése és elmélyítése a szervezet valamennyi szintjén, kiemelve a kockázatkezelést, betegbiztonságot és a minőségjellemzőkkel kapcsolatos minőségcélokat.

A széleskörű **információáramlás** biztosítása a felsővezetők részéről kedvezően befolyásolja a rendszer működését. Gondoskodni kell a minőségirányítási rendszerrel kapcsolatos értékrend fontosságának ismertetéséről (etikai alapelvek, vevői igények, minőségjellemzők, jogszabályi, szabványi, szakmai és helyi szabályzási elvárások).

A kommunikáció szerves részét képezi a különböző szakterületek, funkciók közötti hatékony információáramlás. A belső kommunikáció fontos eleme a kockázatok felméréséből származó információknak, nemkívánatos eseményeknek, épphogy elkerült hibáknak, a változást érintő információknak, új eljárások bevezetésének kommunikálása a szervezet valamennyi szintjén.

A Szabvány előírja a minőségirányítási rendszer működéséhez szükséges **erőforrásokról** való gondoskodást. Felső vezetői feladat az erőforrások biztosítása a minőségirányítási rendszer folyamatos fejlesztéséhez, a klinikai folyamatok eredményes működéséhez, a betegbiztonság megteremtéséhez a szolgáltatást igénybevevők szükségleteinek kielégítéséhez és elégedettségéhez.

A **humánerőforrás** a szervezet egyik legfontosabb tényezője.

A munkatársak számára szükséges felkészültségi szintek meghatározásán, a képzésen és annak értékelésén

túlmenően gondoskodni kell a bizonyíték és ismeretalapú gyakorlatról, a klinikai folyamatokban résztvevő munkatársak képzéséről a betegbiztonság, a klinikai kockázatkezelés, a kockázatok felismerésére és a minőségjellemzők megismertetéséről.

E követelmények. a folyamatokban résztvevő, külsős munkavégző személyekre is alkalmazandók (ISO/DIS 9001:2014 Munkatársak, szervezeti ismeretek, felkészültség, tudatosság külső munkatársak. 7.1.1.b., 7.1.2., 7.2., 8.4.2.)

A betegbiztonságért viselt felelősséget a munkaköri leírások/hatásköri jegyzékek a külső munkatársakkal végzetett folyamatoknál is tartalmazzák.

A **vevőközpontúság** a Szabvány egyik alapelve, mely a **betegekkel**, érdekelt felekkel való átfogó **kapcsolattartást**, tájékoztatást vár el, az igények felmérésétől – a klinikai folyamatokon át – az elégedettség mérés eredményének értékeléséig, a szükséges visszacsatolással.

A kapcsolattartásba beleértendő a hozzátartozók, civil szervezetek és a tőlük érkezett információkra való reagálás is.

A **tájékoztatásnak** biztosítani kell az egészségügyi szolgáltató szervezetre vonatkozó általános információkat (pl. elérhetőség, alternatíva, ár stb.) és a klinikai folyamatokban elvárt közvetlen tájékoztatást, beleértve a kockázat, mellékhatások, nemkívánatos események esetleges előfordulását.

A Szabvány 7.2. pontjában a **vevővel való kapcsolattartásnál** – a szerződéskötésnél – az egészségügyi minőségjellemzők veendőik figyelembe, melyeket – azonosítottan – a betegellátási folyamatokban érvényesíteni kell.

A menedzsment részéről olyan intézkedések meghatározása szükséges, melyek megteremtik az összhangot a gyógyító szakemberek által meghatározott szükséglet és a beteg elvárásai között.

A **tervezés és fejlesztés** szabványfejezet első szakaszában megtervezendő a kockázatfelmérés módja a tervezés típusától függően, a továbbiakban meg kell határozni a szolgáltatás azon jellemzőit – a kockázatelemzés eredményeit figyelembe véve – melyek a betegbiztonságot eredményezik.

4.2. Fő folyamatok

Az egészségügyi szolgáltató szervezetek fő folyamatát a betegellátási folyamat képezi, melyek dokumentált eljárásban szabályozottak.

A Szabvány értelmében a **klinikai folyamatok**: „Olyan egészségügyi szolgáltatási folyamatok, ahol a szolgáltatás tárgya és az egészségügyi szolgáltató szereplői kapcsolatban állnak egymással felölve az összes egészségügyi tevékenységet, mely egy vagy több egészségügyi problémához kapcsolódik” 

„A klinikai folyamatokat meghatározott konkrét problémákra kell **megtervezni** és kialakítani, pl. stroke-ra, és magába kell foglalniuk az adott egészségügyi problémával kapcsolatos, a teljeskörű szolgáltatási folyamatokhoz tartozó minden szolgáltatást”.(0.2.1.2.) Tehát a kockázatkezelés a klinikai folyamatokban ezen értelmezés alapján végzendő, de nem nélkülözhető az azonosított minőségjellemzők kockázatkezelése sem.

A klinikai folyamatokat úgy kell megtervezni, hogy azok megfeleljenek a minőségjellemzőkre kitűzött minőségcéloknak.

Az egészségügyi szolgáltatás fő folyamatai szabályozott körülmények között, szakmai szintnek megfelelő erőforrás rendelkezésre állása mellett, a jogszabályok, szakmai irányelvek, protokollok, standardok, helyi szabályok figyelembevételével **működik**.

A folyamatban ismertek a klinikai kockázatok, a megelőző módszerek és a betegbiztonsági elvárások.

A betegellátási tevékenység dokumentációi tükrözzék a klinikai folyamatokban nyújtott ellátás valamennyi lépését, biztosítsák a nyomonkövethetőséget, visszakereshetőséget.

A szakmai folyamatokban az igazolási, **mérési**, elemzési módszerek tekintetében kiemelten a szakmai szervezetek által meghatározott indikátorok alkalmazandók.

A klinikai folyamatok **fejlesztésében** a betegelégedettséget, eredményességét, betegbiztonságot támogató kockázat – nemkívánatos esemény – csökkentése kell, hogy érvényesüljön.

4.3. Támogató-kisegítő folyamatok

A támogató-kisegítő folyamatok a szervezet által működtetett olyan folyamatok, melyeknek biztonsága elengedhetetlen a gyógyító folyamatok zavartalanságához. Ezen folyamatok részben vagy teljes körben kiszervezett folyamatok is lehetnek, melyek a kockázat szempontjából fokozott figyelmet igényelnek. (ISO/DIS 9001:2009 Kívülről biztosított termékek és szolgáltatások felügyelete 8.4.)

A betegellátás zavartalanságát biztosító **beszerzési** folyamat szabványkövetelményei (7.4.) a minőségjellemzőkre hatással lévő szolgáltatókra, beszerzett termékekre és szolgáltatásra – de alkalmazható szervezeten belüli igénybevételre is – a beszerzési információ a koc-

kázatkezelésre, kompatibilitásra, speciális követelmények meghatározására vonatkozik.

Az **igazolás** a beszerzett termék/szolgáltatás egészségügyi ellátásban elfoglalt helyétől, esetleges kockázatától, szerepétől függően széleskörű.

A vásárolt szolgáltatásoknál a biztonság, a hatósági engedély, szállítói lánc, termékfelelősség – értelemszerű – vizsgálata szükséges.

(ISO/DIS 9001:2014 Kívülről biztosított termékek és szolgáltatások felügyelete 8.4.)

Az épületbiztonság, **infrastruktúra, munkakörnyezet** klinikai kockázatot hordoz magában, ezért elengedhetetlen e területen a kockázatkezelési eljárás alkalmazása.

Cél a nemkívánatos események megelőzése, veszélyek, kockázatok csökkentése, biztonságos környezet fenntartása és a folyamatos rendelkezésre állás biztosítása. A meghibásodás esetére tervek, programok kidolgozása és az érintettek oktatásban részesítése követelmény.

Kiemelten kell foglalkozni az orvostechnológiai eszköz/berendezésekkel, az információbiztonság három fő elemével kapcsolatos kockázatelemzéssel, kockázatcsökkentő intézkedések meghozatalával és a monitorozással. (ISO/DIS 9001:2014 Infrastruktúra, folyamatok működési környezete, megfigyelő és mérőeszközök 7.1.3., 7.1.4., 7.1.5.)

4.4. Mérés, felügyelet, fejlesztés (menedzsment folyamat)

A hatékony intézkedések meghozatala érdekében a folyamatok mérése, elemzése, felügyelete elengedhetetlen, hiszen nem lehet menedzselni azt, amit nem mérünk.

Mérési módszerek, elfogadási kritériumok meghatározandók.

Az érdekelt felek elégedettségének, a minőségirányítási rendszer megfelelőségének és a folyamatos fejlesztés érdekében végzett mérési, elemzési vizsgálati módszereknek ki kell terjedni a klinikai kockázatkezelés eredményének mérésére és a megbíztonság fejlesztésére szolgáló intézkedéseket is tartalmazni kell.

A vevői elégedettségi vizsgálatok tervezésénél figyelembe veendő kérdés, hogy az egészségügyi szolgáltatók hogyan teljesítik a beteg igényét (elvárt igények teljesülése), hogyan értékeli a szolgáltatást igénybevevő a betegségeinek kimenetelét és a klinikai folyamat minőségi jellemzőinek érvényesülését.

Az egészségügyi szolgáltatási folyamat mérésénél a 4.2. pontban említett minőségi jellemzők megvalósulásának értékelése/mérése történik. A klinikai folyamatok értékelésére a Szabvány a szakmai szervezetek által kidolgozott indikátorok alkalmazását javasolja, mellyel a folyamatok alkalmassága és eredményessége értékelhető. Azonos szolgáltatási körök közötti összehasonlíthatóság biztosítására van lehetőség. (pl. benchmarking)

Az adatelemzésnek információt kell szolgáltatni a kockázatkezelés eredményeiről, az épphogy elkerült hibákról, a váratlan eseményekről és a nemkívánatos/káros eseményekről.

A nemkívánatos események monitorozásából és a nemmegfelelőségek, a bekövetkezett hibák oki elemzéséből származó információk beépítendő a klinikai kockázatkezelésre kidolgozott eljárásba.

A megelőző tevékenységek középpontjában a kockázatkezelésből és egyéb mérési, adatgyűjtési, elemzési

adatokból, audit eredményekből, minőségügyi feljegyzésekből, betegelégedettségi vizsgálatokból, beszámolókból, nemkívánatos eseményekből, nemmegfelelőségből származtatott információk állnak.

A felsővezetés által – a minőségirányítási rendszer eredményességét értékelő – vezetőségi átvizsgálási értekezletek feljegyzései a megbíztonsághoz szükséges erőforrások fejlesztését is kell, hogy tartalmazzák. (ISO/DIS 9001:2014 Vezetőségi átvizsgálás 9.3.)

5. Összegezve

A Szabvány erőssége az egészségügyi minőségjellemzők követelményként való megfogalmazása, a megbíztonságot elősegítő kockázatkezelési módszer alkalmazása, működtetése, útmutatás a határon átnyúló egészségügyi ellátáshoz. 

A követelményrendszer előremutató, hiszen harmonizál az ISO/DIS 9001:2014 szabványtervezettel, melyben kiemelt hangsúlyt kap a kockázatkezelés.

Az MSZ EN 15224:2013 segíti az egészségügyi szolgáltató szervezetek minőségfejlesztő tevékenységét, a klinikai kockázatokkal való foglalkozás a szabványtól függetlenül is fontos vezetői és végrehajtási szinten egyaránt, ezért ajánlott az egészségügyi szolgáltató szervezetek számára a bevezetése.

Egy szakirodalomból átvett idézet igazsága legyen útmutatás:

„Nincs teljes biztonság, csak csökkentett kockázat. A biztonságot tehát a tudatos kockázatvállalás jelenti.”

EN 15224:2013 szabvány bevezetésének tapasztalatai a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézetben

Kelemen Éva 

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről már előírta (ugyan határidő nélkül) az egészségügyi intézmények számára a belső minőségbiztosítási rendszer kiépítését. Az egészségügyi törvényhez szorosan kapcsolódott a kórházi ellátási standardok (KES) kézikönyvének létrehozása, majd módosítása. Az Európai Unióhoz való csatlakozást követően az egészségügyi intézmények előtt is kinyílt a világ uniós pályázati lehetőségek irányába. A kórházak bevezetett minőségirányítási rendszer nélkül pályázatot nem nyújthatnak be.

A Hetényi Géza Kórház is próbált megfelelni a kor kihívásainak protokoll gyűjteményt hozott létre, belső szabályzatokkal próbálta szervezettségét javítani.

2004 nyarán menedzsmenti döntés határozta meg a továbblépést, mely alapján ISO 9001: 2000 szabvány és KES 2.0 standard szerint integrált minőségirányítási rendszerépítés kezdődött. A kórházvezetés meggyőződése volt, hogy csakis a két modell sikeres ötvöztetésével és egyidejű bevezetésével teljesíthetők a minőségirányítási rendszerrel szemben megfogalmazott megfelelési kritériumok. A kórház célja a gyógyító, diagnosztikai és a betegellátást támogató igazgatási és háttérszolgáltatási területeken olyan minőségirányítási rendszer kialakítása, mely a működés minden szintjén szavatolja és javítja az egészségügyi ellátás minőségét és támogatja az intézményt stratégiai céljainak elérésében, illetve partnerei (betegek, dolgozók, beszállítók) elégedettségének fokozásában.

2005. július elsejével elkészült a teljes dokumentációs rendszer, melyet a kórház vezetése elfogadott és bevezetett.

Az intézet sikeres tanúsítást szerzett ISO 9001:2000 szabvány és KES 2.0 standard szerint 2006 januárjában, mely igazolta az integrált minőségirányítási rendszer létrehozását, dokumentálását, bevezetését, működtetését.

2007 februárjában az Egészségügyi Minisztérium által kiadásra került a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok első verziója, amely a szolgáltatás minőségi értékelésére szolgáló egészségügy specifikus követelmények gyűjteménye. Ebben láttuk a fejlődés lehetőségét, így 2009. januárban megszereztük a MEES 1.0 tanúsítását a meglévő ISO 9001:2001 mellé. A teljes dokumentációs rendszer továbbra is évente felülvizsgálatra és aktualizálásra került, mely által lehetővé vált a folyamatszabályozottság javulása. Ez hozzájárult a menedzsment általi átláthatósághoz és tervezhetőséghez. Évente egy alkalommal történtek a beteg- partner- és dolgozói elégedettségi vizsgálatok, melyek biztosítják az érdekelt feleknek való minél jobb megfelelést.

Rendszerünket folyamatosan fejlesztve 2010. januárban MSZ EN ISO 9001:2009 szabvány tanúsítása történt meg kórházunkban. A rendszer működtetése alatt azt tapasztaltuk, hogy nagyon fontos a folyamatos ellenőrzések, felülvizsgálatok megtartása és az eredmények tükrében folyamataink javítása, újratervezése a PDCA ciklusnak megfelelően.

2014-ben az Intézet menedzsmentje úgy döntött, hogy bevezetjük az EN 15224:2013 Egészségügyi szolgáltatások, Minőségirányítási rendszerek, EN ISO 9001:2008 szabványon alapuló követelményeket. Felmértük miben különbözik jelenlegi Minőségirányítási (MIR) rendszerünkötől. Ez a szabvány lehetővé teszi az egészségügyi intézmények számára, hogy egységes, ágazat specifikus menedzsmentet alkalmazzunk, melynek középpontjában a klinikai folyamatok és a kockázatkezelés áll.

A vezetői döntés előtt elemeztük az új szabvány bevezetésének előnyeit, hátrányait. Mekkora erőforrást igényel, mekkora terhet ró működtetése a dolgozókra, a kórházra.

Úgy láttuk, hogy a meglévő rendszerünk értékeit, szabályozásainkat meg tudjuk őrizni, amely mintegy keretet ad az új szabványra való átálláshoz.

Az EN 15224:2013 szabvány új elemei

1. **Kockázatértékelés a klinikai folyamatokra**
2. **Klinikai audit** (ebben a szabványban lett kötelező)
3. **Szervezeti önértékelés**
4. **Szolgáltatástervezés és fejlesztés** (korábban az ISO 9001:2009 szabványban még kizárásra került)

A klinikai folyamatok egy meghatározott eü. problémára vonatkoznak a beutalástól a hazabocsátásig, melyben a beteg közvetlenül részt vesz. **A klinikai folyamatot a beteg járóbeteg rendelésén való megjelenésétől a kórházból való távozásáig vizsgáltuk.** Mi úgy gondoltuk, hogy a klinikai folyamatainkat betegségekre lebontva határozzuk meg osztályonként.

Az Informatika segítségével kigyűjtöttük fekvőbeteg osztályonként a 10 leggyakoribb BNO szerinti betegséget, melyet eljuttattunk az osztályokra.

1. Kockázatértékelés a klinikai folyamatokra

1/a A klinikai folyamatokat kritikusság szempontjából a következők szerint értékeltük

- **3 – magas:** olyan klinikai folyamatok, amelyek az életfunkciók helyreállítását, fenntartását, valamint az életkilátások alakulását döntően befolyásolják és a kialakulható szövődmények maradandó károsodást okozhatnak (az orvosok leggyakoribb kiváltói),
- **2 – közepes:** olyan klinikai folyamatok, amelyek kimeneténél olyan szövődmények léphetnek fel, amelyek kezelése orvosi kompetenciát igényel, de nem alakulhatnak ki maradandó károsodások,
- **1 – alacsony:** olyan klinikai folyamatok, amelyeknél az aktuális szakmai irányelvek, protokollok és szakmai gyakorlat betartásával a klinikai vagy diagnosztikai cél elérése kimagasló mértékben garantált és kritikus szövődmények kialakulása nem valószínű.

1/b Új eljárási utasítást írtunk a kockázatértékelés folyamatára:

Elkészült egy kockázati mátrix, melynek segítségével egy nem kívánatos esemény bekövetkeztének valószínűségét vizsgáltuk 1-5-ig terjedő skálán, és azt, hogy az esemény bekövetkeztének milyen következményei lehetnek. Ezt is 1-5-ig terjedő skálán értékeltük.

Az előfordulási valószínűségek becslésére többek között az alábbi információk használandóak:

- szakirodalom,
- intézeti tapasztalatok,
- morbiditási és mortalitási adatok,
- egyéb indikátorok (pl. surveillance és epidemiológiai adatok).

A kockázati besorolás alapján:

Elfogadható kategória: 1-3 pont: Nem szükséges beavatkozás

Alacsony kategória: 4-6 pont: Könnyen bevezethető / olcsó beavatkozás

Közepes kategória: 8-12 pont: Költséghatékony beavatkozás elfogadható időkereten belül

Magas kategória: 15-16 pont: Sürgős beavatkozás

Kritikus kategória: 20-25 pont: Azonnali beavatkozás

1/c 2014 októberében központi oktatást tartottunk, amire készítettünk egy minta kockázatkezelést. Elmagyaráztuk a folyamatot, megmutattuk a besorolási kritériumokat, a kockázati mátrixot. Bemutatott mintának az Acut Myocardiális Infarctus ellátását és az Újraélesztést választottuk.

1/d A kockázatkezelés folyamatába bevontuk az osztályvezetőket, a MIR megbízottakat, a főnővéreket. A MIR részéről a MIR vezető és a MIR koordinátor vett részt a folyamatban.

1/e Az oktatást követően időpont egyeztetés alapján kértük az osztályokat megbeszélésre.

1/f Együtt besoroltuk a betegségeket kritikusság szerint, majd ugyanekkor egy általuk választott 3 kritikusságú betegségnek elvégeztük a kockázatelemzését. Nagyon jó volt az együtt gondolkodás. Újabb-és újabb dolgokra jöttünk rá. PI: nem a betegség súlyossága szerint kell vizsgálnunk a kritikusságot, hanem az ellátásban rejlő veszélyeket figyelembe véve. Ezt nehéz volt elfogadtatnunk az osztályokkal.

Ezek a konzultációk 2 hónapig tartottak.

1/g Újabb központi oktatást tartottunk 2015. Januárban, melynek témája az intézkedések megfogalmazása volt a magas kockázatú betegek esetén.

1/h Az oktatást ismételt osztályos konzultációk követték, ahol együtt próbáltuk megfogalmazni az intézkedéseket. Hasznos, előremutató javaslatok kerültek az Intézkedési Tervekbe.

Tapasztalatok szerint a legegyszerűbb intézkedéseknek a figyelmeztető feliratok, szimbólumok kihelyezése, a munkahelyi rendezettség, átláthatóság biztosítása, check-listák alkalmazása, valamint az oktatás/ tudatosítás bizonyul, vagy az ellenőrzés fokozása, esetleg kompetenciabővítés.

Amennyiben valamely intézkedés felsővezetői döntést igényel az intézkedés végrehajtását - megfelelő indoklással alátámasztva - a minőségirányítási vezetőnél kell kezdeményezni, akinek feladata, hogy a következő vezetői értekezleten az intézkedés(ek) elfogadását és intézkedési tervben történő rögzítését biztosítsa.

1/i A hozott intézkedések figyelembevételével a kockázatértékelő team feladata elvégezni az újra értékelést, intézkedéseket meghatározni, amíg „Alacsony” vagy „Elfogadható” minősítést kapunk.

2015. Júniusban került újraértékelésre a meghozott intézkedések hatásossága.

2. Klinikai audit

A dokumentációs rendszer kiadását követően a működési szakban került végrehajtásra a klinikai audit.

A szempontok az audit témájának kiválasztásához az alábbiak voltak:

- Az egészség szempontjából jelentős probléma (magas költségek, magas kockázat a beteg vagy a személyzet számára);
- Sok embert érint;
- Meggyőző bizonyítékok léteznek a megfelelő ellátásról (Irányelvek!);

- Alapos gyanú, hogy a jelenlegi ellátás színvonala javítható (betegek panaszai, magas szövődmény ráta);
- A kockázatkezelési eljárás értelmében a klinikai folyamattérképen kritikusság szempontjából magas értéket (3) kaptak;
- Betegelégedettségi vizsgálatok;
- A feltételezett minőségi probléma megváltoztatható-e?
- A választott téma a szervezet céljai között prioritást élvez-e?
- A nemzeti politikai törekvésekkel összhangba hozható-e a témaválasztás?

Mi az antibiotikum profilaxis alkalmazását vizsgáltuk a manuális szakmák esetében.

2/a Az auditot adott időintervallumban, előre meghatározott osztályokon, kifejlesztett adatgyűjtő lap segítségével hajtottuk végre. A feladatot higiénés főorvosunk végezte intézeti protokoll alapján.

2/b Az adatgyűjtést az adatok elemzése követte, majd javaslattétel a menedzsment felé.

2/c Az osztályok az audit eredményéről és a szükséges változtatások megtételéről főorvosi értekezleten kaptak visszajelzést.

A klinikai audit ismételése során azt vizsgáljuk, hogyan változott az antibiotikum felhasználás hatékonysága.

3. Szervezeti önértékelés

A szervezeti önértékelés: az intézet minőségirányítási alapelveknek megfelelő működésének átfogó értékelése, mely kiterjed a vezetési, támogató és fő folyamatokra egyaránt, valamint értékeli az intézmény stratégiamegvalósító képességét.

Az MSZ EN ISO 9004:2010 szabvány értelmében az önértékeléssel a szervezet érettségét, eredményes, hatékony működését vizsgáljuk.

3/a A szervezeti önértékelés során Intézményünk az **Önértékelés adatgyűjtő** formanyomtatványt alkalmazza.

3/b Stratégia, erőforrás, szakmai folyamatok értékelését végeztük el adott szempontok alapján.

A minőségirányítási vezető a főigazgatóval konzultálva évente meghatározza a szervezeti önértékelésbe bevont személyek körét. Ezek a személyek általában a Főigazgatói Testület tagjai és egy 10-15 főből álló alkalmazotti fókuszcsoporthoz tartoznak. Az adatgyűjtőt a vezetők önállóan, míg a fókuszcsoporthoz tartozók csoportosan a MIR vezető által kijelölt személy koordinálásával, konszenzus alapján tölti ki.

3/c Az eredményeket a felső vezetés értékeli adatelemző tábla segítségével:

kiemelt figyelemmel azokra a kritériumokra, amelyek:

- a legalacsonyabb pontszámokat érték el,
- az értékelői pontszámok szélső értékei között nagy az eltérés (min. 3 pont),
- a vezetői és a fókuszcsoporthoz tartozók értékei között nagy az eltérés (min. 3 pont).

4. Tervezés-fejlesztés

Tervezés és fejlesztés a következő esetekben értelmezhető:

- Új szakmai folyamat kialakítása;
- Külsőleg szabályozott folyamat adaptálása az intézményi működésbe;
- Meglévő folyamat átalakítása szervezet átalakulás miatt;
- Új technikák/módszerek alkalmazása a már működő klinikai és egyéb folyamatokban;
- A klinikai és egyéb folyamatok kapacitásnövelés miatti újratervezések;

- A folyamatok gyenge kimenetel miatti újratervezésekor;
- A klinikai és egyéb folyamatok súlyos kedvezőtlen esetek miatti újratervezésekor;
- Klinikai kísérletek tervezésekor.

Mi protokollfejlesztés mellett döntöttünk, melynek címe:

A betegek gyógytápszer terápiája

4/a Évente a vezetőségi átvizsgálások alkalmával vagy soron kívüli igény jelentkezése esetén a felső vezetés az intézmény szakmai tervével összhangban elkészíti, vagy aktualizálja a **Fejlesztési tervet**.

4/b Az azonosított fejlesztési feladatokra (klinikai és egyéb folyamatokra) a főigazgató kompetens személyt bíz meg írásban, akinek kötelessége elkészíteni a **Fejlesztési lapot**.

A **Fejlesztési lapnak** tartalmaznia kell a tervezés és fejlesztés szakaszait az egyes szakaszok felelőseit, határidejét és a szükséges erőforrásokat az egyes szakaszok során elvárt igazolási tevékenységeket és indokolt esetben ezek feljegyzéseit.

A szakmai vezető feladata gondoskodni arról, hogy a gyakorlati bevezetést megfelelő részletességű képzés előzze meg.

Az EN 15224:2013 szabvány bevezetésének időbeli horizontja

- 2014. október 15-én bevezettük az új rendszerünket.
- 2014. október – 2015. február végéig oktatások, két körös osztályos konzultációk zajlottak.
- 2015. február: előaudit lefolytatása.
- 2015. március: tanúsítás az MSZ EN 15224:2013 szabványra (ábra).
- A tanúsítást az ÉMI-TÜV SÜD Kft végezte



Ábra

Tapasztalatok összegzése

- Nehéz az új dolgok elfogadtatása a napi leterheltség mellett.
- Nehéz az időpontok egyeztetése.
- Kiemelten fontos a személyes találkozás, a problémák meghallgatása.
- Nagyon jó az együtt gondolkodás.
- Sok ellátási probléma került felszínre, melyekre együtt kerestük a megoldást.
- Az osztályok felismerték a kockázatkezelés fontosságát.
- Javult a MIR-hez való viszonyuk.

Jelenleg újból osztályos konzultációk zajlanak, ahol átbeszéljük a kockázatok csökkentésére hozott intézkedések hatásának vizsgálatát. Próbáljuk kiválasztani a következő betegséget, amelyet az osztályok a kockázatbecslésbe bevonnak.

Ezúton is köszönöm a kollégáim munkáját, azt, hogy a napi tevékenységük mellett tudtak erre is időt és energiát fordítani.



A minőségirányítási modellek többsége az iparban keletkezett és kiemelten a magas kockázatokkal járó termékeket előállító ágazatok gyakorlatának szabványosítására törekszik, így az egészségügyi adaptáció nehézkes és függ az alkalmazók kreativitásától, valamint valós egészségügyi tapasztalataitól.

A kezdetben kiépített és tanúsításra felkínált minőségirányítási rendszerek tartalmi kellékei nagyon heterogének voltak és sok esetben a rendszerek nem a valós szakmai minőségfejlesztést, hanem a tanúsítványok megszerzését célozták. A helyes alkalmazási gyakorlat elterjesztése érdekében az általános ISO 9001:2000 szabvány egészségügyi alkalmazására nemzeti útmutató, valamint az egyes szakmai folyamatok és kritikus ellátási formák szabályozására standardok (KES, JES, HES, VES, MEES) készültek.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségirányításának aktuális helyzetét az **1. sz. táblázatban** (a cikk végén található) az orvosi műszergyártás minőségirányításához való összehasonlításával szemléltetem.

Tekintettel arra, hogy a hazai egészségügy forráshiányokkal küszködik és az egyes ellátó szervezetek között nagy minőségi különbségek tapasztalhatóak, a Donabedian mindhárom minőség-dimenziója szerint, a szervezési és optimalizálási feladatok felértékelődnek.

Egyértelmű, hogy magában a követelmények (standardok) felállítása nem szünteti meg a működési hiányosságokat. Az esélyegyenlőségi elvárások és a betegek ellátásának folyamatossága kizárja azt, hogy a standardokat

nem teljesítő szolgáltatók felfüggesztésre kerüljenek. Így az alap standardrendszer túlzottan megengedő és nem motivál a meglévő erőforrások szervezés útján történő jobb kihasználására, valamint minőségfejlesztésre.

A több éves nemzetközi alkalmazási tapasztalat bebizonyította, hogy az elvárt minőségi szintet szakmai standardok által érdemes meghatározni, de a standard követelmények elérésének módját –tekintettel a rengeteg befolyásoló tényezőre, ami akár ellátóként is különbözik– nem lehet, azaz nem érdemes standardizálni. A legjobb gyakorlat meghonosítását (GMP, GCP, GHP, GLP, stb.) rendszerszemlélet alkalmazásával javasolt biztosítani, és ezáltal optimalizálni a folyamatokat, valamint indikátorok segítségével mérni a standardok megvalósulását.

A rendszerszemlélet elterjesztésére a szabvány alapú minőségirányítási modellek nyújtanak útmutatást, amelyek minden esetben az alábbi lépéseket követik:

1. célok meghatározása
2. folyamatok azonosítása
3. kölcsönhatások elemzése
4. az elvárt eredmény elérése és a kockázatok minimalizálása érdekében történő PDCA alapú szabályozás és irányítás. Kockázat alatt egy veszélyes (nemkívánatos) esemény előfordulási valószínűségének és következményének kombinációját értjük.

2013-ban megjelent az ISO 9001:2008 alapú az MSZ EN 15224:2013 honosított európai szabvány, amely arra az

esetre határozza meg a minőségirányítási rendszerre vonatkozó követelményeket, amikor egy szervezetnek

- bizonyítani kell, hogy képes folyamatosan olyan egészségügyi szolgáltatást nyújtani, amely megfelel a vevői, valamint az alkalmazható jogszabályi és egyéb szabályozó követelményeknek, továbbá a szakmai standardoknak,
- a vevői elégedettség növelése a célja a rendszer eredményes alkalmazásának, beleértve az irányítási rendszer, a klinikai folyamatok folyamatos fejlesztését és a minőségjellemzőkre vonatkozó követelményeknek való megfelelés szavatolását

A szabvány erőssége az, hogy klinikai kockázatokra fókuszál és több szakmán, valamint ellátási szinten túlnyúló folyamatszempléletű irányítást biztosít.

Az új egészségügyi minőségirányítási szabvány által azonosított minőségjellemzők a következők:

- helyes szakszerű ellátás;
- rendelkezésre állás;
- az ellátás folytonossága;
- eredményesség;
- hatékonyság;
- méltányosság;
- bizonyítékon/ismereteken alapuló ellátás;
- betegközpontú ellátás, beleértve a fizikai, pszichológiai és társadalmi sérthetetlenséget;
- a beteg bevonása/résztvétele;
- a beteg biztonsága;

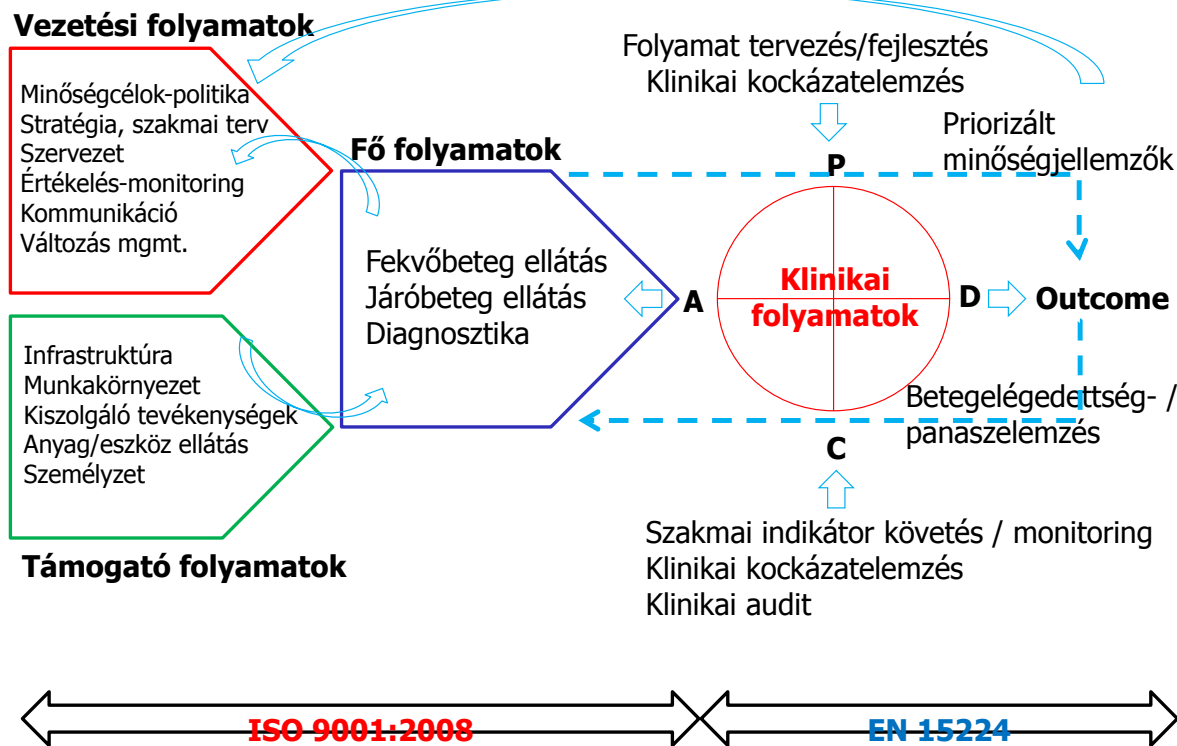
- időszerűség/hozzáférhetőség

A optimális erőforrás felhasználás érdekében érdemes megjelölni a stratégiai fontosságú minőségjellemzőket, amelyek prioritást élveznek a szakmapolitikai és/vagy intézményi vonatkozásban.

A minőségjellemzők által rögzített elvárások keretét szolgálnak az intézményi minőségcélok meghatározásához. A célok eléréséhez szükség van egy olyan alap rendszermodellre, amely a szakmai standardokat integrálva az egyedi intézmények adottságainak figyelembevételével biztosítja azt a szervezetséget, amelyben a nemzeti és a határokon túlnyúló egészségügyi elvárások folyamatosan és hosszú távon teljesülnek. Olyan modellre van szükség, amely segítségével a klinikai folyamatokra fókuszáló folyamatos fejlesztés a kockázatelemzés és változásmenedzsment beépül a szervezeti kultúrába. Ezt a célt az EN 15224 szabvány szerinti minőségirányítási rendszer modell szolgálja.

A modell működtetésénél a kiindulást az outcome minőség szintjének indikátorokkal történő mérése a trendek követése, a kockázatok értékelése biztosítja. A hozott intézkedések visszahatnak az aktuális irányítási rendszerre és a kidolgozott vagy módosított szabályozások a minőségjellemzők folyamatos fejlődését szolgálják. Az így bevezetett PDCA minőségfejlesztő spirál sikeresen beépíthető a korábban már kiépített és működtetett ISO 9001 alapú rendszerekbe és a szakmai fejlesztést helyezi a középpontba. Természetesen a módszer ISO 9001 szabvány alapú rendszertől függetlenül is - mint szakmai fejlesztőeszköz - önállóan is működtethető.

A modell működését az **1. sz. ábra** szemlélteti.



1. ábra Az EN 15224 szabvány szerinti minőségirányítási rendszer-modell

A modell helyes használatához szükséges a klinikai folyamat és klinikai kockázat fogalmának helyes értelmezése.

A „klinikai” szó a betegek és az egészségügyi szolgáltatásban részt vevő mindenféle szakszemélyzet közötti minden típusú kölcsönhatásra vonatkozik és nincs korlátozva a kórházi környezetre.

Az egészségügyi szolgáltatások során a legfontosabb fő folyamatok a klinikai folyamatok. A klinikai folyamatok magukban foglalnak minden egészségügyi szolgáltatási

tevékenységet és kölcsönhatást a beteg és az egészségügyi szakszemélyzet között, az első egészségügyi kéréstől kezdve az adott egészségügyi problémát érintő utolsó tevékenységig.

A klinikai folyamatokat meghatározott konkrét egészségügyi problémákra kell megtervezni és kialakítani, pl. stroke-ra, és magában kell foglalniuk az adott egészségügyi problémával kapcsolatos, a teljes körű ellátási folyamathoz tartozó minden ellátást; alapellátási, sürgősségi, szakrendelői valamint kórházi ellátást a megelőzés

és szűréstől a rehabilitációig. Ezek a folyamatok a szervezet alkalmazási területétől függően átléphetik a szervezeti határokat.

A modell fő célja az, hogy a klinikai folyamatok megfeleljenek a minőségjellemzőkre kitűzött minőségcéloknak és minőségügyi követelményeknek.

A minőségfejlesztés során azokra a kockázatokra fókuszálunk, amelyeknek negatív hatása lehet valamelyik minőségügyi követelmény teljesülésére. Lehet, hogy a kockázati tényezők nem klinikai eredetűek, de a kockázat klinikai kockázatnak tekintendő, ha bármilyen negatív kihatása lehet valamelyik minőségjellemzőre. A feltárt kockázatok minimalizálásával javítjuk az egészségügyi ellátó rendszer eredményességét és hatékonyságát. Ennek a logikának köszönhetően a szervezet összes folyamatának és feltételrendszerének fejlesztését szolgáló intézkedések az outcome minőségének és biztonságának garantálása érdekében kerülnek meghatározásra.

Kijelenthető, hogy a modell teljesen összhangban van a TAMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 "Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – projekt célkitűzéseivel.

A modell működtetése

- a. El kell készíteni és rendszeresen felül kell vizsgálni a klinikai folyamatleltárt

Ebben a fázisban a gyógyító szakterületeken leggyakrabban előforduló klinikai folyamatait érdemes felleltározni.

- b. Meg kell határozni a kritikus folyamatokat.

A kritikusságot annak tükrében vizsgáljuk, hogy az egyes jelenleg működtetett klinikai folyamatok mennyire elégítik ki a súlyozott minőségjellemzőket az eredmény, erőforrás és folyamat tekintetében. A

kritikusságot csoportmunkában érdemes értékelni és pontozni.

- c. Meg kell vizsgálni a kritikus folyamatokban rejlő kockázatokat és ezek viszonyulását az elfogadható kockázati szinthez.

A stratégiai fontosságú minőségjellemzők (pl. szakmai eredményesség, megbízhatóság, hatékonyság, folytonosság) figyelembevételével team munkában javasolt azonosítani a nemkívánatos eseményeket. Nemkívánatos eseménynek minősül minden olyan körülmény, amelyben valamely priorizált minőségjellemző nem az elvárásnak megfelelően teljesül vagy a teljesülés bizonytalan. A kiváltó gyökér-ok ismeretében elemezni kell a nemkívánatos esemény előfordulásának valószínűségét valamint a következmény súlyosságát.

A kockázatelemzéshez a **2. sz. ábrán** szemléltetett kockázati mátrix alkalmazása ajánlott.

- d. A magas kockázatú elemekre vonatkozóan meg kell határozni a gyökér-okra ható intézkedéseket.

Mindenek előtt érdemes felülvizsgálni az érvényes szabályozások, az aktuális gyakorlat és szervezeti kultúra összhangját. Keresni kell a lehető leghatékonyabb, az outcome minőségére fókuszáló szabályozás kialakításának lehetőségét és hangsúlyt kell fektetni a szabályozások tudatosítására. Hangsúlyozandó, hogy szabályozás alatt nem minden esetben előíró dokumentumot értünk.

- e. Az intézkedéseket végre kell hajtani és az intézkedések hatékonyságát, valamint eredményességét mérni szükséges.

Az intézkedések és az új szabályozások bevezetése előtt - még a tervezési szakaszban - vizsgálni kell,

hogy a team megítélése szerint a hozandó intézkedések hatására a maradandó kockázat lecsökkenthető-e az elfogadhatósági szint alá.

Az intézkedésekhez meg kell határozni a felelősöket valamint a teljesítési határidőket.

A végrehajtást a vezetésnek nyomon kell követnie és a teljesülés igazolására szakmai kompetenciával bíró személyt javasolt kijelölni.

Az intézkedések gyakorlati bevezetését és ezek hatékonyságát belső audit során kiemelt figyelemmel érdemes megvizsgálni.

- f. A fejlesztések hatását vissza kell csatolni a klinikai folyamatleltárba.

Az kockázatelemzés segítségével optimalizált folyamat megváltozott kritikussággal bír, így indokolt a szervezeti egység folyamatleltárját legalább évente aktualizálni.

- g. A kockázatok értékelését rendszeresen meg kell ismételni.

Évente a vezetőségi átvizsgálás előtt vagy a stratégiai minőségjellemzők körének, vagy az erőforrások, a technikai / technológiai feltételek változása vagy szervezeti átalakulás esetén az érintett folyamatok kockázatelemzését meg kell ismételni. Az újonnan bevezetendő szakmai folyamatra a kockázatelemzést még a tervezési szakaszban el kell végezni.

A siker kulcsa a vezetőség elkötelezettsége a klinikai folyamatok minőségfejlesztése iránt, valamint a folyamatok és erőforrások megfelelő összehangolása, a felelősségek, kompetenciák kézbe tartása.

	Orvosi műszergyártás	Egészségügy
Előállított javak	Termék	Szolgáltatás
EU jogi szabályozás	The Medical Device Directive 93/44 EEC	Cross-border Healthcare Directive 2011/24/EU
Hazai jogi szabályozás	4/2009 (III. 17) EüM rendelet Előírja a megfelelőség igazolás módjait, amiben a teljes körű minőségirányítási rendszer a legmagasabb szint.	1997. évi CLIV. Törvény Belső és külső minőségügyi rendszerről rendelkezik, amelyben a tanúsítás alapú rendszerek szerepelnek a hatósági szakfelügyelettel és az akkreditációs rendszerrel együtt.
Átfogó nemzetközi érvényű általános rendszerszabvány	MSZ EN ISO 9001:2009 2015-ben változik, de az új verzió sem lesz ágazat-specifikus.	MSZ EN ISO 9001:2009 2015-ben változik, de az új verzió sem lesz ágazat-specifikus.
Átfogó nemzetközi érvényű ágazatspecifikus rendszerszabvány	MSZ EN ISO 13485:2012 Alapszabvány az ISO 9001:2008.	MSZ EN 15224:2013 Alapszabvány az ISO 9001:2008. Pillanatnyilag ezt a szerepet az ISO 9001 és MEES alapú rendszerek töltik be.
Termékszabványok	EN 60601-1:2006/A1:2013 Alapszabvány + hozzá rendelt összes termék-specifikus szabvány az elektromos orvosi eszközök esetén	A bevezetés alatt álló ISQua alapú BELLA standardok + Szakkollégiumok által kidolgozott szakmai irányelvek
Nemzeti szakmai koordináció / felügyelet	ÁEEK kereteiben működő EMKI	ÁEEK / Akkreditációra kijelölt szervezet (a kijelölés még nem történt meg)
Az egyedi minőségirányítási rendszerek tanúsítása	Független akkreditált tanúsítók	Független akkreditált tanúsítók
Az előállított javak megfelelőség igazolása	Független akkreditált laboratóriumok vagy elfogadott feltételekkel bíró szervezetek	Szakfelügyelők (33/2013. (V. 10.) EMMI rendelet), ÁEEK standard értékelők, akkreditációra kijelölt szervezet

1. táblázat

		Valószínűség				
		1 nagyon ritkán	2 kis valószínűséggel	3 lehetséges	4 nagyon valószínű	5 majdnem biztos
Következmény	5 katasztrofális	5	10	15	20	25
	4 jelentős	4	8	12	16	20
	3 közepes	3	6	9	12	15
	2 csekély	2	4	6	8	10
	1 elhanyagolható	1	2	3	4	5
		Szín	Kategória	Intézkedés		
			1-3 Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás		
			4-6 Alacsony	Könnyen bevezethető / olcsó beavatkozás		
			8-12 Közepes	Költséghatékony beavatkozás elfogadható időkereten belül		
			15-16 Magas	Sürgős beavatkozás		
			20-25 Kritikus	Azonnali beavatkozás		

2. ábra A kockázatelemzéshez ajánlott, kockázati mátrix

Változtatásmenedzsment - a minőségügyi rendszerek bevezetése és fejlesztése kapcsán - az egészségügyben

Prof. Dr. Polónyi István 

Bevezetés

Ez az írás a TÁMOP-6.2.5.A-12/1-2012-0001 keretében készült, „A klinikai audit bevezetését célzó változtatásmenedzselést megalapozó ismeretek” című segédanyag folytatása, amelynek az a célja, hogy a minőségügyi rendszerek bevezetésével kapcsolatos változ(tat)ásmenedzselési kérdések néhány összefüggését igyekszünk röviden bemutatni.

A változ(tat)ás menedzsment fogalma

A másodfokú, azaz a rendszer egészének módosulását eredményező vagy más néven morfogenetikus változás létrehozása által igényelt menedzserfunkciók:

- az (át)tervezés,
- az (át)szervezés és
- a (változás)vezetés,

Ezeket együttesen változásmenedzselésnek (vagy változtatásmenedzselésnek) nevezzük.

A változ(tat)ásmenedzselés alatt tehát a másodfokú (morfogenetikus) változtatások menedzselését értjük. (Mink et al., 1993 –ra hivatkozva Pataki 2004:7)

A minőségügyi rendszer fogalma

Az egészségügyben minőségügyi rendszer alatt (a 1997 CLIV. törvény alapján) a következőket értjük (121. §):

„Minden egészségügyi szolgáltató biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését, amelynek célja

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

A minőségügyi rendszerek bevezetése és fejlesztése általában változtatás-menedzselést igényel.

Változ(tat)ás menedzsment modellek

A változtatás menedzsment feladata a szervezeti változások folyamatainak tudatos irányíthatása. Ehhez nyújtanak segítséget a különböző változtatásmenedzsment modellek, amelyek a változtatást, mint folyamatot írják le, bemutatva annak elemeit, fázisait és azok sorrendjét.

Lewin három és Judson ötfázisú modellje

A **Kurt Lewin**, akinek a munkásságától számítják a változtatásmenedzsment kezdeteit, klasszikus modelljében három szakaszból álló folyamatot ír le, amelynek fázisai a következők:

1. **Felengedés / kiolvasztás (unfreezing):** amikor megteremtjük a régi állapottól való elszakadás motivációs feltételeit.
2. **Változtatás / mozgatás (moving):** amikor végrehajtjuk a szükséges változtatásokat.
3. **Megszilárdítás / visszafagyasztás (freezing):** amikor gondoskodunk a változás tartóssá válásának motivációs feltételeiről. Lewin (1972),

Lewin modelljében a hangsúly a változtatást megelőző, felengedési fázison van, amikor a cél a régi rutinná vált állapottól való elszakadás, az újítások elfogadásának elősegítése. Csak ezt követheti a konkrét változtatás. A felengedési fázis elmaradása esetén a változtatás véghezvitele kudarcba fulladhat. A változás tartóssá válásához, az eredményességhez nélkülözhetetlen a megszilárdítás fázisa. (Belényesi 2014:55)

Arnold Judson öt lépésben határozta meg a változás szakaszait:

1. A változtatás elemzése és megtervezése.
2. Kommunikáció a változásról.
3. A viselkedés megkívánt megváltoztatásának elfogadtatása.
4. A kezdeti átmenet létrehozása.
5. Konszolidálás és nyomon követés. Judson (1991)

Itt a lewini három szakaszból az első három a felengedésnek felel meg, a negyedik a mozgatásnak az

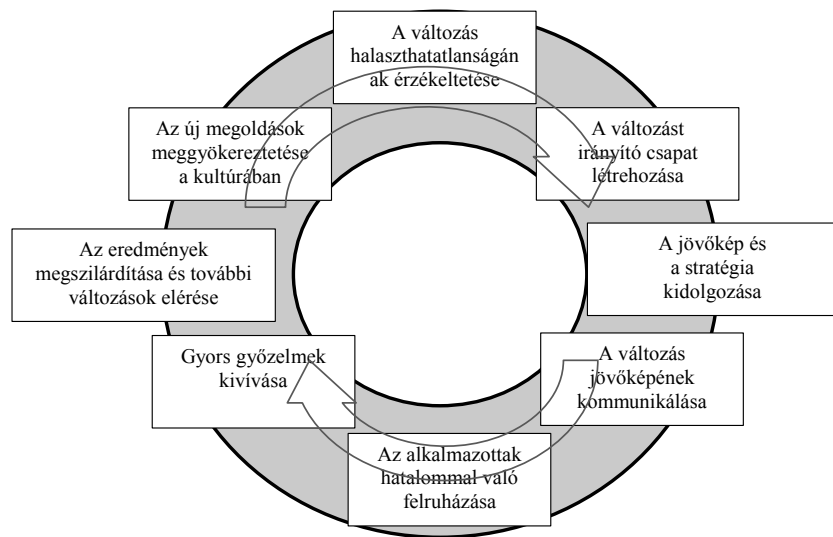
ötödik a megszilárdításnak. (Belényesi 2014:56) Ezzel megjelennek a változtatás menedzselés olyan rendkívül fontos elemei, amelyekről a továbbiakban több szó is esik majd: az elemzés, a tervezés és a kommunikáció.

Kotter nyolclépéses modellje

John P. Kotter (1999) írta le azt a nyolc lépéses változáskezelési folyamatmodellt (**1. ábra**), amely jelenleg talán a legismertebb, s legelfogadottabb megközelítés. Ennek a szakaszai a következők:

- 1) **A változás halaszthatatlanságának érzékeltetése:** amikor elsődleges szempont, hogy felismerjük, hogy változtatásra van szükség.
- 2) **A változást irányító csapat létrehozása:** erős, irányító csapatot kell kialakítani, kis létszámmal, magas elkötelezettséggel, akik képesek kidolgozni a jövőképet.
- 3) **Jövőkép és stratégia kidolgozása:** a hatékony jövőképeknek amelynek a következő hat fontos jellemzője van: elképzelhető, kívánatos, megvalósítható, fókuszált, rugalmas, és kommunikálható.
- 4) **A változtatás jövőképeinek kommunikálása:** az alkalmazottak megismertetése a jövőképpel, és az azzal történő azonosulás elősegítése.
- 5) **Az alkalmazottak hatalommal való felruházása:** a változtatás megvalósításához szükséges döntési jogkörök kialakítása.
- 6) **Gyors győzelmek kivívása:** a már elért eredmények alapján tájékoztatás és jutalmazás.
- 7) **Az eredmények megszilárdítása és további változások elérése.**
- 8) **Az új megoldások meggyökereztetése a kultúrában:** a napi munkafolyamatok változtatási javaslatai a jövőképek megfelelően.

Kotter szerint a lépések sorrendjének felcserélése veszélyeztetheti a változtatás sikerét. A Kotter féle változtatásmenedzsment modell lépései körfolyamatot alkotnak (1. ábra).



1. ábra A Kotter féle változtatásmenedzsment modell

Kotter vállalati esettanulmányok elemzése alapján feltárta a változások vezetése során elkövetett legfontosabb, leggyakoribb hibákat. A nyolc leggyakoribb hiba a következő:

- 1) Nem eléggé kifejlesztett sürgősségi érzés.
- 2) Nem eléggé ütőképes csapat a változások vezetéséhez.
- 3) A jövőkép hiánya.
- 4) Kevesebb kommunikáció a jövőképről, mint szükséges lenne.
- 5) Az új jövőkép útjából nem gördítik el az akadályokat.
- 6) Nem rendszeresen tervezik és érik el a rövidtávú eredményeket.

7) A győzelem túl gyors kihirdetése.

8) A változások nem ivódnak be a szervezeti kultúrába (Belényesi 2014:58).

Az ECO modell

Pieters és Young (2000) ECO (Ever Changing Organization = folyton változó szervezet) modellje a szervezetek változásra való képességének értékelésére született megközelítés. A gyorsan változó gazdasági és társadalmi környezetben nélkülözhetetlen a szervezetek változásra való képességének általános fejlesztése annak érdekében, hogy egy-egy konkrét változtatás megvalósítása minél kevesebb gondot okozzon. (Pataki 2004)

A modell, amelynek célja, hogy feltárja a vállalat változásokhoz való viszonyát, öt elemből áll. Ezek alapján a szervezetek változáshoz való viszonyulása öt típusba sorolható.

A változás szempontjából meghatározó öt elem a következő:

Környezet

- A változtatásokat szükségessé tevő hatások jókora része a környezetből származik: vevőktől, beszállítóktól, versenytársaktól, a technológiai fejlődésből, az üzlet globalizálódásával fontossá váló kulturális különbségekből, a kormányhivatalok által előírt szabályokból stb. Ezek ismerete nélkül képtelenség összhangba hozni a szervezet stratégiáját és felépítését a külső követelményekkel.

Stabilizáló alapot

- A környezet állandó változásai folyton destabilizálják, változtatásokra készítetik a szervezetet. Ezek a külső destabilizáló hatások széttzilálnák a szervezetet, ha

soha semmi sem maradna változatlanul, ha semmilyen belső stabilizáló ellenhatás sem próbálna egységes egyensúlyt teremteni az állandóság és a változás között.

Menedzselés a változásért

- A szervezet változtatásra való képessége az Ever Changing Organization. Sok vállalat inkább a stabil működésre van tervezve, mintsem a változásra. A menedzsment hozzáállása a változásokhoz alapvető tényező.

Folyamatos javítás

- A jól működő folyamatos javítás (szüntelen tökéletesítés) kialakítása sok időt és kemény munkát igényel.

Folyamatos tanulás

- Minden szervezetben mindig zajlik tanulás, a kérdés csak az, hogy rendszertelenül-e vagy szisztematikusan, és hogy hasznát látja-e a szervezet. A szervezet bármely részében szerzett új tudást meg kell osztani a többiekkel is, akik még hasznosíthatják. A szervezeti tanulás mércéje az, hogy mennyire hasznosítják a tanultakat a gyakorlatban.

Mint korábban volt róla szó, a szervezetek változáshoz való viszonyulása öt típusba sorolható. Az ECO modell alapján tehát a következő szervezeti orientációk különböztethetők meg:

Változástól irtózó szervezet

- A szervezet el akarja kerülni a változást, védekezik ellene: „Ha nem romlott el, ne javítsd meg!”

Változásnak ellenálló szervezet

- Előnyben részesítik a stabilitást és az állandóságot. Változás csak a csúcsmenedzsment kezdeményezésére vagy letagadhatatlan külső kényszer hatására fordulhat elő.

Változást menedzselő szervezet

- A változást menedzselő szervezetben elismerik a változások szüntelenül zajló természetét. Előnyben részesítik ugyan a stabilitást és az állandóságot, de elfogadják a változásokat, és készek alkalmazkodni. A folyamatos javítás és tanulás a vállalat működésének szerves részeivé válnak.

Változásbarát szervezet

- A változásbarát szervezetben azonosítják és eltávolítják a változtatások útjában álló akadályokat. A szervezet minden tagja eszközöket és időt kap a folyamatos javításban és tanulásban való részvételre,

Változáskereső szervezet

- A változáskereső szervezetek nagyra értékelik, és nem akarják elmulasztani a változást. Úgy tartják, hogy „aki egyhelyben ácsorog, az lemarad, és pusztulás vár rá”. Az embereket tartják a szervezet legfontosabb erőforrásainak, és ennek megfelelően fejlesztik és hasznosítják a képességeiket.

A szervezet helye ebben sorban (kontinuumban) a körülményektől függően lehet jó vagy rossz. Napjainkban egyre jobban gyorsulnak a változások, a korábban stabil környezetek egyre kevésbé stabilak, így egyre több szervezetnek kell egyre inkább a változásra készebb irányba elmozdulnia a fenti kontinuum mentén. (Pataki 2004)

A hazai egészségügyi szolgáltató szervezetek nagyobb-részt a fenti tipológia első felében helyezkednek el.

A DICE modell

A DICE modell – amelyet a Boston Consulting Group (2006) fejlesztett ki - a változásmenedzsment diagnosztizálására szolgáló modell, azaz annak a meghatározására, hogy sikeres lesz-e a változás menedzselése.

Az elnevezés a vizsgált tényezők angol kifejezésnek kezdőbetűiből áll:

- **D**uration, időtartam
- **I**ntegrity, integritás
- **C**ommitment, elkötelezettség
- **E**ffort, erőfeszítés.

Duration, időtartam – a program hossza és a felülvizsgálatok közötti idő hossza. A változtatás sikeretelenségének valószínűsége exponenciálisan nő, ha a felülvizsgálatok között eltelt idő a nyolc hetet meghaladja. Bonyolult változtatási projekteket kéthetente is érdemes lehet felülvizsgálni, míg a már ismerős vagy egyszerűbb eseteket elég lehet hat-nyolc hetente. Egy-egy ilyen felülvizsgálat esetében:

- A teamnek egy tömör jelentést kell készítenie az előrehaladásról.
- Ellenőrizni kell, hogy a csapat a tervezett úton halad-e, minden kitűzött feladatot rendben elvégzett-e.
- Fontos, hogy megbeszéljék a problémákat, amelyekkel a team szembesült, illetve meghatározzák,

hogyan befolyásolja mindez a projekt következő szakaszát.

- Szembe kell nézni a gyengeségekkel, és
- ha szükséges, folyamatokat kell megváltoztatni, közös erővel fel kell lépni további vagy más erőforrásokért, netán új irányok kijelölését kell javasolni.

Integrity, integritás - A végrehajtás integritása a változtatáson dolgozó teamnek az a képessége és hajlandósága, hogy a kezdeményezést véghez tudja és akarja vinni. A jó változásmenedzsereknek általában:

- jó a problémamegoldó képességük,
- eredményközpontúak, módszerek, bizonytalanságtűrők,
- jó a szervezőkészségük,
- hajlandók vállalni a felelősséget a döntéseikért, és
- miközben erős a motivációjuk, nem vágnak a rivaldafényre.

Commitment, elkötelezettség két szintre koncentrál.

- Az egyik, a felső szintű menedzserek elkötelezettsége létfontosságú ahhoz, hogy az alkalmazottak elkötelezettsége kialakuljon.
- A másik, az alkalmazottak elkötelezettsége, akiknek majd az új rendszerekkel, folyamatokkal vagy munkamódszerekkel kell dolgozniuk.

Effort, erőfeszítés. - A változtatás erőfeszítést kíván a mindennapi munkán túl az alkalmazottaktól. Az emberek túlterhelése veszélyezteti mind a vál-

toztatási programot, mind a normális működést. (max 10% többlet munkát okozhat)

A vállalatok előre felmérhetik változtatási programjuk sikerét, ha a DICE-modell minden tényezőjére – időtartam, integritás, elkötelezettség, erőfeszítés – megbecsülnek egy pontszámot. Minden tényezőt 1-től 4-ig kell osztályozni, ha szükséges, akkor feles osztályzatot is adva. Minél kisebb a pontszám, annál jobb. Tehát az 1-es pontszám jelenti azt, hogy az adott tényező (Pataki 2014) nagy valószínűséggel hozzájárul a program sikeréhez, a 4-es pontszám pedig, hogy nagy valószínűséggel nem járul hozzá.

A teljes DICE-pontszámot a következő képlettel számolhatjuk ki:

$$\text{DICE-pontszám} = D + (2 \times I) + (2 \times C1) + C2 + E$$

A pontok értékelése a következő:

- 7–14 pont: a változtatási projekt nagy valószínűséggel sikeres lesz. Ez a nyerő (win) zóna.
- 14–17 pont: a változtatási projekt sikerének kockázatai megnőnek, főként 17 pont felé közeledve. Ez az aggasztó (worry) zóna.

17–28 pont: a változtatási projekt kifejezetten kockázatos. Ha a projekt 18–19 pontot kap, akkor nagyon sok a sikert fenyegető kockázat. 20 ponttól fölfelé a projekt nem valószínű, hogy sikeres lesz. Ez a bajos (woe) zóna (Pataki 2014)

A változtatás menedzsment szakaszai

A változtatásmenedzsment szakaszai a következők:

1. A változtatás előkészítési szakasza

1/1. A nulladik szint (alapozás, előkészítés)

1/2. A szervezeti elemzések, helyzetelemzés elvégzése

1/3. A változtatási döntés meghozatala, lezárás vagy változtatási stratégia és taktika kialakítása

2. A változtatás megkezdése

3. A változtatás folyamata

4. A változtatás befejezése, működtetés

5. A változtatás értékelése

6. Az értékelésnek megfelelő további cselekvés

A következőkben a változtatásmenedzsment szakaszainak néhány fontos elemével foglalkozunk.

A változtatás szereplői

A változtatás szereplőit – az ellenállással szembeni viselkedés aspektusából kilenc kategóriába sorolja Russel-Jones (2005)

1. **Partnerek** – akik támogatják tervünket,
2. **Szövetségesek** – akik megfelelő bátorítás esetén támogatnak,
3. **Útitársak** – passzív támogatók, akik elkötelezettek lehetnek a tervnek, de nem a személyünknek, ill. személyesen a csapatnak,
4. **Hálótársak** – akik támogatják a tervet, de nem bíznak bennünk, vagy a csapatban,
5. **Semlegesek** – a bizonytalanok,
6. **Töltött fegyverek** – veszélyesek, mert ott is ellenállást szíthatnak, ahol nincs közvetlen érdekelttségük,
7. **Ellenfelek** – akik a terv ellen, de nem személyesen ellenünk vagy a csapat ellen vannak,

8. **Ellenségek** – akik a terv ellen, személyesen ellenünk és a csapat ellen vannak,
9. A **hangtalanok** – akiket ugyan érint a változtatás, de nincs elég hatalmuk ellenállni vagy támogatni, és nincsenek szószólók. (Russel-Jones 2005:91)

Conner az egyik legismertebb változásmenedzsment tanácsadó, ennél egyszerűbb közelítést alkalmaz, a változás négy jellemző szereplőjét azonosítja (Conner, D. R. 1993):

a.) Védnök(ök), - azok a személyek, ill. csoportok, akiknek hatalmuk van a változtatás legitimálására, jóváhagyására, szankcionálására (jutalmazására, büntetésére). Lényegében ők döntenek a szervezet új prioritásairól, ők felelősek a változtatáshoz szükséges feltételek megteremtéséért, a határidő és a költségvetés betartásáért. Hatáskörükbe tartozik a változtatás teljes színtere.

b.) Ügynök(ök) - azok a személyek vagy csoportok, akik a változtatás gyakorlati kivitelezéséért felelősek. Alapvető fontosságú, hogy az ügynök kellő támogatást kapjon a védnöktől.

c.) Célpont(ok) - azok az emberek vagy csoportok, akiknek meg kell változniuk. Ők a változtatás célpontjai, azért mert a szervezet rövid, ill. hosszú távú sikereiben ők a kulcsszereplők. A célpontok azok, akiket a siker érdekében képezni kell, hogy megértsék a változást, amit be kell fogadniuk, és be kell vonni őket a megvalósítás folyamatába.

d.) Szószóló(k) – azok a személyek vagy csoportok, akik változást szeretnének, de nincs meg hozzá a hatalmuk, ezért találniuk kell valakit, aki a javasolt változtatás védnöke lehet.

A változtatások bevezetését a szervezet legmagasabb szintjén kell elkezdni. Fel kell mérni, hogy itt kik vannak ellene és miért. Meg kell nyerni őket, hogy támogassák a változtatást, vagy legalább közömbössé kell őket tenni. Ha megnyertük a változtatásnak a legfelső szintű menedzsmentet, akkor felülről lefelé haladva a szervezeti szinteken lehet eltüntetni (vagy mérsékelni) az ún. fekete lyukakat. Alulról fölfelé haladva a szervezetben nem lehet sikeres ezek felszámolása (hiszen míg a vezető ellenáll, addig a beosztottak úgysem támogatják a változtatást).

Az előkészítő szakasz

Az előkészítő szakasz legfontosabb elemei a helyzet-elemzések, amelyek egyben az előrehaladás elemzését is szolgálhatják.

Erőtér vizsgálat – mint előkészítő és felülvizsgálati módszer

Lewin **erőtér-elmélete** szerint a szervezetre változást hajtó- és fékezőerők hatnak, amelyek súlyától függ, hogy a szervezet viszonylagos egyensúlyban van-e, vagy van-e lehetőség valamilyen változás megvalósítására. Ha csak a hajtóerőket növelik, akkor általában a fékező erők is növekedni fognak. Ezt a változással szembeni ellenállás növekedésének nevezik. Az ellenállást akkor lehet eredményesen csökkenteni, ha egy időben növelik a hajtó, és csökkentik a gátló tényezőket.

Az erőter-elemzéssel feltérképezhetjük egy szervezeten belül a tervezett változást segítő, támogató és az ezeket gátló, akadályozó tényezőket. Ezt követően lehetőségünk van a különféle tényezők befolyásolására, hogy a változást zökkenő-mentesebben bevezethessük.

A módszer leírása

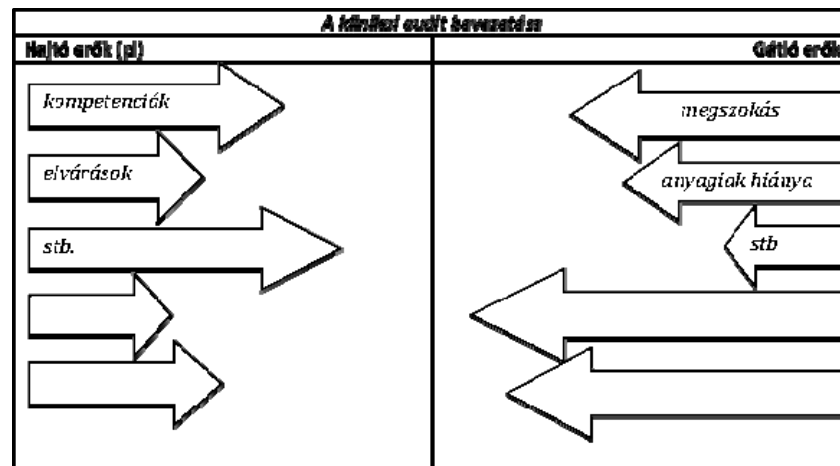
A változtatást, a változások bevezetését, mint arról már volt szó, általában ellenállás kíséri az adott szervezetben. A változás előnyeit hangsúlyozó érvekre mindig találkozhatunk ellenérvekkel, melyek akadályozzák, lassítják a változtatás érdekében tett lépéseket. A módszer segítségével idejében felismerhetők a lehetséges gátló tényezőket, és intézkedéseket lehet tenni ezek mérséklésére, ill. a hajtóerők erősítésére. Az erőtérelemzés segíti a változást mivel a résztvevőket kényszeríti, hogy együtt gondolkodjanak a változásról, és bevonásuk révén elkötelezi őket a változás mellett. Ezért fontos, hogy az elemzésbe lehetőleg a változásban érintettek minél nagyobb része valamilyen formában részt vegyen. A módszert a szervezetben célszerű bemutatni, s mindennapi példával gyakorolni (pl. fogyókúra, vagy a dohányzásról való leszokás).

A módszer lényege:

- Koordináta-rendszer segítségével ábrázoljuk a változást segítő erőket, tényezőket. A nyilak vastagságával jelöljük az erő nagyságát.
- Ugyanezt tesszük a gátló tényezőkkel is.
- Ha az ábránk egyensúlyban van, akkor tudjuk, hogy csökkentenünk kell a gátló erőket és törekednünk kell a segítő tényezők növelésére, erősítésére.
- Ha a gátló erők kerülnek túlsúlyba, akkor még sok munkánk van a változás bevezetéséig, hiszen ezeket az erőket semlegesítenünk kell.
- Amennyiben a támogató erők vannak többségben, akkor bátran tervezhetjük a változás bevezetését. (Expanzio é.n.)

Egy példa

A klinikai audit esetében javasolható formula (2. ábra):



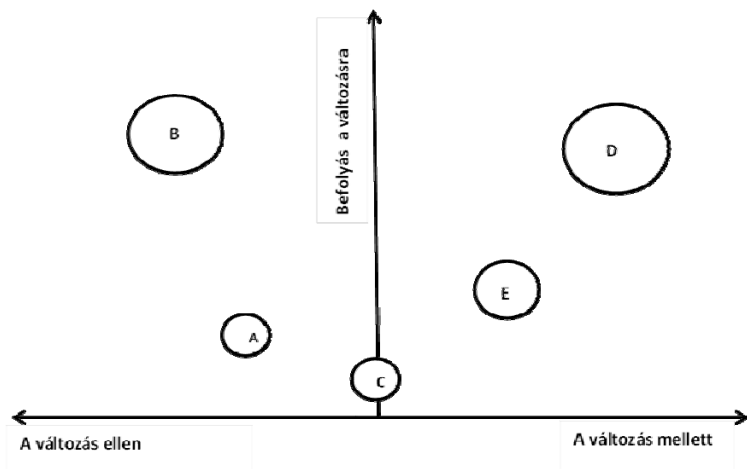
2. ábra Erőtérelemzés a klinikai audit esetében

A hajtó és gátló erők nagyságának megítélését segíti, ha azok nagyságát pl. 1-től 5-ig terjedő skálán becsültetjük a résztvevőkkel.

Az erőter-elemzést a projekt előrehaladása során többször el kell készíteni. Ez egyben az előrehaladást is méri, és visszajelzőként is szolgál.

Az érintetti térkép – mint előkészítő és felülvizsgálat másik módszere

Az érintetti térkép egy olyan elemzési módszer, ahol az érintetteket vagy az érintettek egy-egy csoportját egy koordináta tengely mentén ábrázoljuk aszerint, hogy támogatják vagy ellenzik a változást (vízszintes tengely), illetve hogy mekkora befolyásuk van a változás folyamatára (függőleges tengely) (3. ábra).



3. ábra Érintetti térkép

Az érintettek befolyásának nagyságát a függőleges tengely mentén történő elhelyezés, a csoport nagyságát a kör átmérője szemlélteti. Az ábra értelmezése:

- „A” érintetti kör, bár ellenzi a változást, alapvetően nincs rá lényeges hatással.
- „B” érintetti csoport szintén ellenzi a változást, és a befolyása is jelentős, ezért a kommunikációs terv kidolgozásakor rájuk kiemelten kell majd fókuszálni, és a megfelelő kommunikációval a pozitívabb hozzáállás, azaz a diagram jobb oldala felé kell őket terelni.
- „C” érintetti kör a diagram függőleges tengelye mentén helyezkedik el, hozzáállása a változáshoz semleges, ők azok az érintettek, akik ún. várakozó állásponton vannak.
- A „D” jelű érintetti csoport, mind pozitív attitűdje, mind pedig befolyásának nagysága révén a változás „védnöke”. Általában felelősséggel tartoznak a változás végrehajtásának sikeréért.

- Az „E” jelű érintetti kör relatíve kismértékben befolyásolja a változást, azonban támogató hozzáállásuk révén segítőkészek a végrehajtást illetően.

A változás sikerének alapvető feltétele, hogy minden érintett a fenti diagram jobb felső része felé mozduljon el. Jelentős és hosszú átfutási idejű változások esetében a feltérképezést célszerű többször elvégezni, mivel a változási folyamat során, a kommunikáció és az egyéb ráhatások nyomán változik az érintettek attitűdje. Az érintetti térkép időnkénti elkészítése lényegében visszajelzőként is szolgál.

(Változáskezelés. Fejlesztési módszertan 2013: 23-24)

„Humán-hatás” a változtatás folyamatában - A farkas a szekrényben és a fekete lyuk

A változásmenedzsment során szembesülnünk kell az-
zal, hogy a változtatás szereplői emberek a maguk racionális-irracionális viselkedésével.

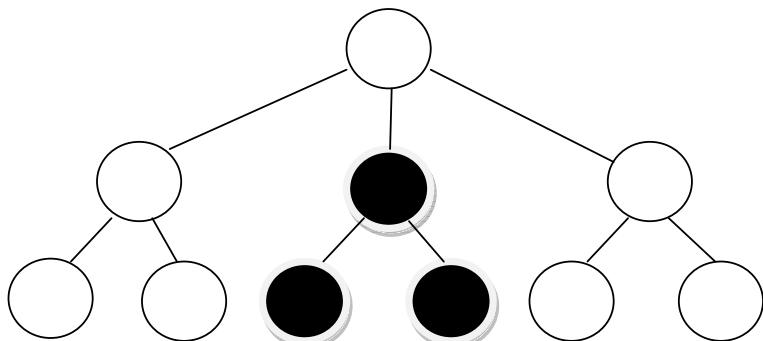
A „**farkas a szekrényben**” (vagy „mókár az ágy alatt”) jelensége, - **a változ(t)ástól való irreális félelem**, amely az ügynök és a célpont kapcsolatában fordul elő. Fontos, hogy az ügynökök próbáljanak mindig a célpontok fejével gondolkodni, félelmeiket – akár irreális félelmeiket - megérteni, kezelni. (Conner 1993)

- Conner egy példája a „**farkas a szekrényben**” jelenséget. A kisfia egy filmet megnézve félni kezdett, mert az volt a meggyőződése, hogy egy farkas bújt el a szekrényben. Szülei hiába nyugtatták, hogy nincs ott semmilyen farkas, hiába mutatták meg a szekrény belsejét. De végül is megtalálták a megoldást egy tini nindzsa teknőcöt állítottak a szekrény elé. Így a kisfiú megnyugodott, hiszen a tini nindzsa teknős megvédi a farkastól. „Ugyanígy kell kezelni a változás érzéke-

lését is minden munkahelyi szituációban. Tudomásul kell venni, hogy a szervezetben dolgozó emberek számára »a farkas a szekrényben« igenis létezik.” (Conner, 1993) Az ügynöknek rá kell jönnie, hogy ki nek mi a „farkasa”, és milyen „nindzsa teknőccel” üzhető el.

- **Irrealitás ellen irrealitással** kell fellépni a felnőttek világában is (pl. asztrológiával), ügyelve arra, hogy az irrealitásra nem hajlók számára ez esetleg visszatetsző, elriasztó lehet.

A másik jelenség a „**fekete lyuk**” (vagy „fejétől búzlik a hal”) effektus (**4. ábra**), amelynek lényege, hogy a fekete lyukként viselkedő személy, (vezető) nyomtalanul elnyel minden felülről jövő változtatási erőfeszítést, amely így nem jut el a szervezetben alatta lévőkhöz. (Conner 1993)



4. ábra A fekete lyuk

A fekete lyuk természetes dolog, szinte minden változtatás esetében jelentkezik. Ahhoz, hogy a változtatás létrejöhessen, a fekete lyukakat fel kell számolni, vagy kezelhető méretűvé kell tenni. A fekete lyuk annál veszélyesebb, a szervezetnek annál nagyobb hányadát blokkolja, minél magasabban szintű vezetőnél kezdődik.

A változtatások bevezetését tehát a szervezet legmagasabb szintjén kell elkezdni. Fel kell mérni, hogy itt kik vannak ellene és miért. Meg kell nyerni őket, hogy támogassák a változtatást, vagy legalább közömbössé kell őket tenni. Ha megnyertük a változtatásnak a legfelső szintű menedzsmentet, akkor felülről lefelé haladva a szervezeti szinteken lehet eltüntetni (vagy mérsékelni) a fekete lyukakat. Alulról fölfelé haladva a szervezetben nem lehet sikeres a fekete lyuk felszámolása (hiszen míg a vezető ellenáll, addig a beosztottak úgysem támogatják a változtatást).

Motiváció és ösztönzés

A változtatások menedzselése során tisztában kell lenni azal, hogy az embereket mi mozgatja, melyek a motivációik.

Az embert szükségletei cselekvésre készítetik. Ezeket a készítetéseket nevezzük motivációnak. A munkagazdagságtan egyik alapkérdése, hogy melyek azok a motivációk, amelyek az embert munkára serkentik.

A legismertebb ilyen motivációs (motiváció tartalomelméleti) modell **Abraham Maslownak** az 1950-es években kidolgozott szükségletek hierarchiája elmélete (**5. ábra**).



5. ábra A Maslow-féle szükségletpiramis

Az elmélet legfontosabb feltételezései a következők (Polónyi 200):

- az ember egyre többet akar, és igyekszik meglévő szükségleteit kielégíteni,
- az emberi szükségletek hierarchikus formában szerveződnek, az emberi szükségletek öt-szintű hierarchiát alkotnak.
- ha egy szükséglet-kielégítést nyer, elveszti motiváló erejét, és a magasabb szinten lévő szükséglet kap motivációs szerepet.

Frederick Herzberg az 1960-as években végzett motivációs kutatásainak eredményeként egy két tényezős motiváció (motiváció tartalomelméleti) modellt vázolt fel (6. ábra, Polónyi 2008).

Higiénés tényezők (a munkahelyi elégedetlenség okozói)	Motivátorok (az elégedettséghez vezető tényezők)
vállalati politika	teljesítmény
vezetés	elismertség
kapcsolat a felettesekkel	maga a munka
fizetés	felelősség
kapcsolat a munkatársakkal	előrejutás
munkafeltételek	növekedés

6. ábra A Herzberg-féle higiénés tényezők és motivátorok

Az elmélet szerint a higiénés tényezők meghatározott szintje szükséges a dolgozók elégedettségéhez, de e szint felett azoknak további hatásuk nincs. Ezt követően csak a motivátoroknak van ösztönző hatásuk.

Meg kell említeni, hogy léteznek motivációs folyamatelméletek is - pl. Adams méltányossági elmélete, vagy Vroom elvárás elmélete - amelyek feltételezése szerint a

dolgozók beosztásuk inputjait és outputjait értékelik és ez alapján szabályozzák teljesítményüket. (Polónyi 2008)

A fentiekhez azt is hozzá kell tenni, hogy az olyan változtatási menedzsment folyamatoknál, ahol tudásmegosztás és tudásdiffúzió is erőteljesen jelen van - érdemes a **tudásmenedzsment motivátorait is tekintetbe venni**. (7. ábra) A tudásmozgósítás motivációs közismert modellje alapján egyértelmű, hogy a fentiekén kívül a reputáció, a reciprocitás és a lojalitás is lehet motivátor – persze megfelelő, a tudásmenedzsment által kiemelten hangsúlyozott bizalmi légkör esetében.

A munka (magasabb szinten lévő) motivátorai	A tudásmegosztás motivátorai
Elismerés: - Véleményének meghallgatása - Személyének megbecsülése - Munkájának erkölcsi elismerése	Hírnév (reputáció): - Eszmei érték, de valóságos eredmények „biztos foglalkoztatás”
Maga a munka: - érdekesség, változatosság - Kihívás, felelősség - Elért eredmények	Reciprocitás: Segítség a kollégának, ha rendelkezik olyan ismeretekkel, amelyre szükségünk lehet
Fejlődés: - Az állandó tanulás lehetősége - Őszinte kommunikáció - Előmenetel	Altruizmus: - Szakmaszeretet - Lojalitás - Másik segítésének természetes vágya
Közösség: - Egymást segítő légkör - Team-munka - Emberi kapcsolatok	

7. ábra A munka és a tudásmegosztás motivátorai

A motivációs elméletek egyik legfontosabb tanulsága, hogy munkavégzésre való motivációban nem kizárólag az anyagi javak játszanak szerepet, sőt **minél magasabb iskolázottságú munkaerőről van szó**, - persze az anyagi javak megfelelő szintje mellett – annál inkább előtérbe kerülnek a szociális, a vezetési és az önmegvalósítási tényezők, valamint a tudásmegosztás motivátorai.

A tudásmozgósítás motivációs közismert modellje alapján egyértelmű, hogy

- a reputáció (pl. szakmai elismerés, publikálási, kutatási lehetőség, stb.),
- a reciprocitás (bevonás szakmai, tudományos testületekbe, teamekbe stb.) és
- a lojalitás (a szakma normáinak, elvárásainak kiemelt hangsúlyozása) is lehet motivátor

Mindezekhez megfelelő, a tudásmenedzsment által kiemelten hangsúlyozott **bizalmi légkör szükséges**.

Alapvető változtatási stratégiák

Fred Nickols (2010) négy alapvető változtatási stratégiát definiált (8. ábra).

- Empirical-Rational (racionális - empirikus)
- Normative-Reeducativ (normatív – re-educatív)
- Power-Coercive (erőn alapuló, kényszerítő)
- Environmental-Adaptiv (környezet adaptív)

Stratégia	Leírás
Racionális – empirikus	Az emberek racionálisak és követik saját érdekeiket, ha felismerik azokat. • A változtatás az információn, a kommunikáción és az ösztönzők által kínált lehetőségeken alapul.
Normatív – re-educatív	Az emberek társadalmi lények és ragaszkodnak a kulturális normákhoz és értékekhez. • A változtatás a meglévő normák és értékek újbóli meghatározásán és újraértelmezésén, továbbá az elkötelezettségek újjáalakításán alapul.
Erőn alapuló – kényszerítő	Az emberek alapján véve szolgálatkészek és általában azt teszik, amit mondanak nekik, illetve ami megtehető. • A változtatás eredményessége a hatalom gyakorlásán és a szankciók kiszabásán múlik.
Környezeti – adaptív	Az emberek ellenzik a veszteségeket és a tönkretételt, de készek alkalmazkodni az új körülményekhez. • A változtatás az új szervezet felépítésén, valamint az embereknek a régi szervezetből az új szervezetbe való fokozatos átvitelén alapul.

8. ábra A négy alapvető változtatási stratégia

A legtöbb sikeres változás a négy stratégia valamilyen mixére épül. Ritkán elegendő egy egységes stratégia.

Stratégia kiválasztásának néhány szempontja:

1. A változás mértéke. Radikális változás vagy átalakulás esetén a környezeti-adaptív stratégia a legjobb (azaz, új szervezet felépítése).

2. A rezisztencia mértéke. Erős ellenállás mellett leginkább ajánlhatók az erőn alapuló, kényszerítő és a környezeti-adaptív stratégiák. Gyenge ellenállás, vagy

egyértékes esetében a racionális-empirikus és normatív - re-educatív stratégiák kombinációja ajánlható.

3. Nagy létszám. Nagy létszámú szervezetben a négy stratégia mixe ajánlható (mindenki számára tartogat valamit). Változatos tagság esetén is keverék stratégiák a jók.

4. Nagy tét esetén. Amikor nagy a tét, semmit nem lehet a véletlenre bízni, alaposan meg kell vitatni a lehetséges stratégiákat. Miközben mérsékelt tét esetén nem ajánlott a kényszerítő stratégia, magas költségtétek esetén viszont a hatalom kényszerítő stratégiája ajánlható.

5. Időkeret. Rövid idő alatt a kényszerítő stratégia a legjobb. Hosszabb időkeret esetében a racionális-empirikus, a normatív - re-educatív, és a környezeti-adaptív stratégiák mixe javasolható.

6. Szakértelem. Nagy szakértelem esetén a mix stratégiák javasolhatók. Nem javasolt a kényszerítő stratégia.

7. Függőség. Függőség esetén lehet kényszerítő stratégia. De lehet racionális és normatív kombináció is.

Általánosságban elmondható, hogy nincs egyetlen változási stratégia. (Nickols 2010)

A változtatásmenedzselés lezárása

Egy projekt bevezetését célzó változtatásmenedzselés akkor ér véget, amikor a bevezetés véget ér. (A projekt eredményeinek fenntarthatóságával itt nem foglalkozunk.)

A változtatás eredményeinek mérése és elemző értékelésének több lehetséges módszere van. A klinikai audit bevezetése esetében gyakran van mérhető mutató, ami a bevezetés előrehaladását jellemzi. Ilyenek hiányában például **kérdőíves megkérdezéssel** lehet az előrehaladást, ill. az elért eredményeket közvetlenül az egyes változtatási szakaszok illetve a projekt lezárása után

vizsgálni. A másik lehetőség a fókuszcsoportos interjú, amely főleg az egész folyamat végén lehet az elért eredmények felmérésének eszköze.

Hivatkozások

- BELÉNYESI EMESE (2014): *Változásmenedzsmet a közigazgatásban* Nemzeti Közszolgálati Egyetem Budapest
- CONNER, D. R. (1993). *Managing at the Speed of Change*. Villard Books, New York.
- EXPANZIÓ HUMÁN TANÁCSADÓ KFT. *Erőtételezés (é.n.)*
<http://www.mpigyor.hu/tartalomuj/minosegirnnyitas/modszerek/erotelelemzes.htm>
- KOTTER J. P. (1999): *A változások irányítása*. Kossuth K., Budapest
- LEWIN, K. (1972): *A mezőelmélet a társadalomtudományban*. Gondolat K., Budapest.
- MINK, O. G., ESTERHUYSEN, P. W., MINK, B. P., OWEN, K. Q. (1993): *Change at Work*. Jossey-Bass San Francisco, California
- NICKOLS, F. (2010): *Four Change Management Strategies* Distance Consulting LLC
- PATAKI BÉLA (2004): *Változásmenedzsmet* Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem
- PIETERS, G. R., YOUNG, D. W. (2000): *The Ever-Changing Organization*. St. Lucie Press, Boca Raton, Florida
- POLÓNYI ISTVÁN (2007): *Minőségmenedzsmet* DE 2007
- POLÓNYI ISTVÁN (2008) *Humánmenedzsmet alapjai* Debreceni Egyetem Közgazdaságtudományi Kar
- RUSSEL-JONES, NEIL (2005): *Változásmenedzsmet* Üzleti zsebkönyv Manager Könyvkiadó és Könyvkereskedő Kft. 2005
- Változáskezelés. Fejlesztési módszertan* (A módszertan az ÁROP-1.2.18 azonosító jelű, „Szervezetfejlesztési Program” című kiemelt projekt keretében készült) KIM 2013
http://magyaryprogram.kormany.hu/download/c/53/70000/8_A_V_altozaskezeles_modszertan.pdf



1. Bevezetés

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rögzíti, hogy az egészségügyi szolgáltató csak minőségirányítási rendszer által meghatározott szabályrendszer keretei között működhet. Mindezen felül, az egészségügyi kormányzat az egészségügyi intézményekben alkalmazott minőségirányítási rendszerek további fejlesztését tűzte ki célul és teszi kötelezővé. E szándék szerint említett terület szakfelügyeletét, minőségértékelését, a minőségfejlesztési feladatok koordinálását, szakmai irányítását, dokumentálását, betegbiztonsági szempont érvényesítését az egészségügyi kormányzat, az Állami Egészségügyi Ellátó Központtal (ÁEEK) látta el.

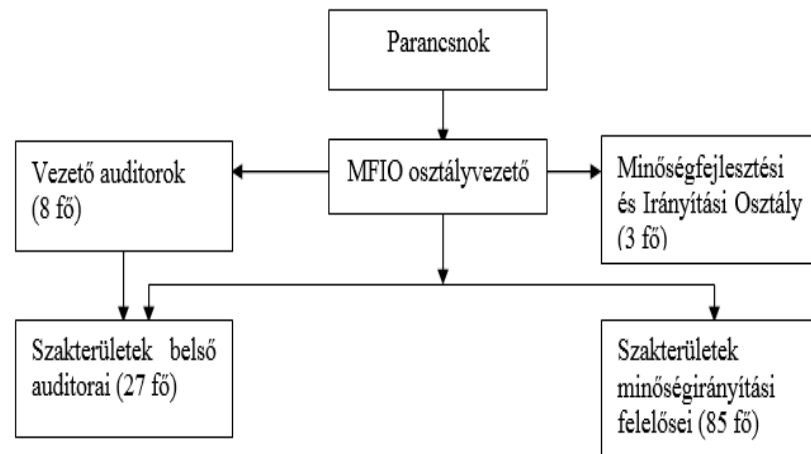
A NATO-hoz és az Európai Unióhoz való csatlakozásunkból adódó követelmény, továbbá, hogy katonai intézményekben a katonai minőségügy szabványa (STANAG), a szövetségi megbízhatósági és karbantartási kiadványok (ARMP), és a szövetségi minőségbiztosítási kiadványok (AQAP) alkalmazásra kerüljenek. E szabványok csak az ISO 9000 minőségirányítási szabványcsalád bázisán működtethetők.

A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ (MH EK) több szervezeti átalakításon, névváltoztatáson, valamint főigazgatói-, illetve parancsnoki váltásokkal járó nehézségekkel együtt hajtja végre mindennapi feladatait, ami a körülményeket tekintve más, mint egy „hagyományos” egészségügyi intézményben. A szinkront gátolja a civil és a katonai szabályzatok nem minden esetben meglévő összhangja is. Az Intézmény első számú vezetője a

Parancsnok, a menedzsment tagjai pedig a törzsfőnök, gazdasági igazgató, orvos igazgató, MH egészségügyi főnök, és a vezénylős zászlós. A felső vezetéssel való hatékony kommunikáció nagymértékben hozzájárult a munkatársak minőség és szervezet iránti elkötelezettségének javításához.

2. A minőségirányítási szervezet felépítése

A Parancsnok közvetlen irányítása alá tartozó Minőségfejlesztési és Irányítási Osztály (MFIO) elsődleges célja a folyamatos minőségfejlesztés a biztonságos betegellátás, a jogszabályi-, és szabványkövetelményekkel történő harmonizáció keretében, a dolgozók bevonásával.



1. ábra A szervezet felépítése

3. Az MH EK bemutatása

Néhány fontosabb adat az Intézményről (2015.01.05):
Rendszeresített dolgozói összlétszám: 3.566 fő

Rendszeresített gyógyító területen dolgozó létszám: **2.745 fő**

Rendszeresített kiszolgáló dolgozói létszám: **821 fő**

Aktív ágyak száma összesen: **1.177**

Rehabilitációs ágyak száma: **446 (OEP finanszírozott)**

Krónikus ágyak száma: **145 (+75 ágy szünetel)**

Mindösszesen: **1.768**

Ellátott fekvőbeteg: **41.139 eset,**

Járó: **1.008.631 eset,**

Rehab+krónikus: **5.982 eset**

A 23 aktív fekvőbeteg osztályon több mint 50 különböző feladatkörű részleg működik, ami lehetőséget biztosít arra, hogy a gyermekgyógyászat (PIC részleggel rendelkezünk) és a pulmonológia kivételével szinte valamennyi szakma működjön Intézményünkben. Az aktív osztályok elhelyezése megoszlik a két telephely között, azonban mindkét telephelyen működik belgyógyászat, sebészet, műtő és intenzív terápiás tevékenység. A szakmai struktúrából kiemelést érdemel a Sürgősségi Betegellátó Centrum, amely a hét minden napján végez fővárosi akut ügyeleti ellátást.

A járó beteg ellátást a központi telephelyen működő Járóbeteg Szakrendelő Intézet két műszakban közel 50 szakmában, 100 rendelésen, valamint Kecskeméten 23 szakrendelésen biztosítja. A kecskeméti telephelyen (Repülőorvosi, Alkalmasságvizsgáló és Gyógyító Intézet, RAVGYI) egynapos sebészeti ellátás is működik, amely terápiás sebészeti jellegű tevékenységet folytat.

Elhelyezkedésüket tekintve, krónikus utókezelés a Budakeszi úton, valamint rehabilitáció a Budakeszi úti,- Balatonfüredi,- és Hévízi telephelyeken található. A kedvező földrajzi, éghajlati, geodéziai lehetőségeket jól kihasználva, kimagasló eredményességgel járulnak hozzá az egyes betegségcsoportokban szenvedő pácienseink egészségének helyreállításában.

A Semmelweis Egyetem (SE) minősítése alapján a kórház csaknem valamennyi gyógyító osztálya szakképző hely. Havonta 103 fő saját rezidensünk-, és mintegy 34 fő külső szakképző helyről érkező rezidens tölti gyakornoki idejét Intézményünkben. Ezen felül részt veszünk a szakvizsgákra történő felkészítésben is. A SE Egészségtudományi Karának különböző szakairól – egyetemi okleveles ápoló, diplomás ápoló, dietetikus, gyógytornász – töltik a hallgatók szakmai gyakorlatukat intézményünk osztályain. 2012-ben az Egyetemtől megkaptuk az „Oktatókórház” címet. A volt Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet gyakorló és vizsgáztató helyé akkreditálta kórházunk osztályait, így a szakképző iskola tanulóinak gyakorlati képzése is Intézetünkben történik.

A Védelem-egészségügyi Laboratóriumi Intézet Toxikológiai Kutató Osztályához a Magyar Honvédség személyi állományából és más egészségügyi intézményekből érkeznek hozzánk vizsgálatra humán eredetű biológiai minták. Kiemelkedő kutató tevékenységet folytat vegyibiológiai-radiológiai és nukleáris fegyverek okozta sérülések vizsgálatában (CBRN), mérgező harcanyagok toxikológiai tulajdonságainak tanulmányozásában, kábítószerek és pszichotoxikus anyagok biológiai mintákból történő kimutatásában.

A RAVGYI a repülőorvosi alkalmassági vizsgálatok és általános katonai alkalmassági vizsgálatok végrehajtása, valamint repülőorvosi kutatások folytatása mellett elvégzi az I. fokú Felülvizsgáló (FÜV) bizottság működéséhez szükséges diagnosztikus feladatokat, előkészíti a FÜV táblát.

A Felülvizsgáló Intézetben történik a hivatásos és szerződéses katonai szolgálatra, valamint a katonai oktatási intézményi tanulmányokra való egészségi, pszichikai és fizikai alkalmasság elbírálása, továbbá egészségi állapot romlása esetén az egészségügyi szabadság, a szolgál-

latmentesség és a csökkentett napi szolgálati idő engedélyezése. Ez az Intézet működteti az I. fokú,- II. fokú,- és Központi FÜV Bizottságot, valamint a II. fokú Alkalmasság-vizsgáló Bizottságot.

A Közegészségügyi Járványügyi Intézet, Higiénés Laboratórium Vízvizsgáló részlege a Magyar Honvédség által üzemeltetett, a vízellátással és vízhasználattal kapcsolatos víz higiénés és vízminőségi vizsgálatokat végez, akkreditált státusszal.

4. Az MH EK és a szabványok

Megfelelő egészségügyi minőségirányítási és dokumentációs rendszer „üzemeltetése” nem csak törvényből adódó feladat, hanem orvos-, ápolásszakmai követelmény, és a jogaikkal egyre jobban tisztába lévő betegek igénye is. Ezzel az óriási folyamattírányítási és dokumentációs teherrel csak akkor lehet megbirkózni, ha a folyamatok valamilyen minőségirányítási rendszer vázára épülnek. Ezért kórházunkban 2008-tól a munkafolyamatok, az ISO 9001:2008, ISO 14001:2004 (a hévízi 1. telephely), a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES 1.0.) és az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény és egyéb hatályos jogi szabályzók keretei között működnek. 2011-ben a Honvédkórházat összevonták a Honvéd Egészségügyi Központtal, így a MEES 1.0 szabvány-követelményeket kiterjesztettük az újonnan integrált telephelyekre is. A katonai laboratóriumok rendelkeztek az MSZ EN ISO 17025 szabvánnyal, ezért a mai napig akkreditált vizsgálatokat végezhetnek.

Mára a második újratanúsító auditon vagyunk túl, nem kis szerénységgel állítva, hogy „megy ez már nekünk!”

Csak hogy a minőségfejlesztés nem áll meg egy ponton, nem mondhatjuk, hogy itt a pihenés ideje! Ezért mi már a:

- Minőségpolitika, Küldetésnyilatkozat-jövőkép, Környezetpolitika és az Integrált Irányítási Kézikönyv 7. változatát adtuk ki,

- Betegtájékoztatók, beleegyező és hozzájárulási nyilatkozatokból közel **390 féle szakma-specifikusat használunk**,
- Belső szabályzataink száma sem mondható csekélynek (Szabályzatok **31 db**, Eljárási utasítások **66 db**, Előírások **97 db**, Eljárásrendek- Orvosi **36 db**, Ápolásszakmai **136 db**, Transzfúziológiai **42 db**, Patológiai **80 db**, Laboratóriumi **8 db**, Kórházhygiénés **10 db**, Közegészségügyi **3 db**, Mobil Biológiai Laboratóriumi Komplexum **45 db**).

A fenti bizonylatokat a minőségirányítási rendszer (MIR) kialakítása óta osztályunk folyamatosan, tervszerűen, évente felülvizsgálja, szükség esetén módosítja, javaslatot tesz módosításukra, karbantartja, új vagy korszerűsített változatot ad ki, melyet az évenkénti kötelező vezetőségi átvizsgáláson értékelünk. Minden évben egy kicsivel többet tudtunk megmutatni úgy magunknak, mint a külsős auditoroknak is, megfogadva az első audit után az ÉMI TÜV SÜD Kft. ügyvezető igazgatója által mondottakat: „nem szabad azt gondolni, hogy ezzel véget ért az út, mert az Állami Egészségügyi Központ - ekkor még így hívták - ezzel a lépéssel csak a startpozícióba került. Innen kell, a megszerzett eszközök felhasználásával, lépésről lépésre tovább fejlődünk.”

Hát mi fejlődünk! Ezért is lett ennek a cikknek a címe: Végtelen történet

5. A 2015. év kihívásai

Már 2014 év végén, amikor túl voltunk a külső auditon, a menedzsment körében megfogalmazódott a továbblépés lehetősége, az „új” szabvány bevezetésének és alkalmazásának megvalósításának lehetősége. Nem szerettünk volna az első fecskék lenni, így teljes figyelmünket a szolnoki Hetényi Géza kórházra összpontosítottuk, várva a „híreket”. Mikor „felszállt a fehér füst”, teljes erőbedo-

bással álltunk neki az MSZ EN 15224:2013 szabvány alkalmazásának.

Célunk az volt, hogy az előírt 3 hónapos próbaműködés után 2015 decemberében az említett szabvány alapján váljunk tanúsított Intézménnyé.

Mit teszünk ennek érdekében?

Elsőként is felmértük a MIR rendszerünk és a bevezetni kívánt szabvány közti különbségeket. Jelen pillanatban három fő folyamatra fókuszálunk:

- a klinikai folyamatok kockázatértékelésére,
- a klinikai auditokra,
- és az önértékelésre.

Ezek a folyamatok eddig is jelen voltak a mindennapjainkban, de a dokumentálásuk nem történt meg, vagy egyszerűen nem így neveztük őket. Mindhárom folyamatra Eljárási Utasítást dolgoztunk ki a hozzá kapcsolódó bizonylatokkal, bizonylati törzslapokkal együtt.

Másodszorban a „szokásos” rendszerépítési elemekre fókuszáltunk, úgy, mint:

- Belső auditori átképzés (35 fő).
- Oktatások: az MSZ EN 15224 oktatása minden dolgozó részére (tesztírással)
- Információ áramlás biztosítása: a havonkénti parancsnoki, főorvosi-, és vezető ápolói értekezleteken állandó kiemelt téma a minőségfejlesztés és irányítás aktuális állapota. Minden osztály rendelkezik minőségirányítási felelőssel, akiken keresztül valósul meg a minőségügyi információk áramlásának biztosítása a szervezeti egységek, elemek és azok tagjai között.
- Belső auditok évenkénti elvégzése, 4 hetet igénybe vevő komplex feladatokkal, a szakképzett belső auditorokkal együttműködve.

- Az egészségügyi dokumentáció ellenőrzése évente kétszer.
- Elégedettségi felmérések elkészítése a kérdőív kiosztástól a visszagyűjtésen át a feldolgozás és az intézkedési terv kiadásáig, mely 4 hónapig tartó folyamat, közösen az Ápolásbiztosító Osztállyal.
- Indikátor rendszer kezelése, vagyis a legfontosabb minőségirányítási-, szakmai mutatószámaink nyilvántartása és kezelése, ez az Orvos-szakmai Osztály feladata, együttműködve a MFIO-val.
- Intézkedési tervek készítése és ellenőrzése, a visszacsatolások folyamatos megvalósulásával.
- A minőségirányítási dokumentációs rendszer naprakésszé tétele, napi karbantartása, rendszer-dokumentációk nyilvántartása, szakterületekre történő eljuttatása elektronikus úton, illetve papírdokumentáció formájában.
- Új belépők oktatásának megszervezése, oktatók előadásának szervezése- koordinálása, az oktatáson részt vevők nyilvántartása, az oktatás zökkenő-mentességének biztosítása, havonta egy nap, közel 10 témával, valamint az újraélesztés elméleti és gyakorlati bemutatásával.
- Minőségügyi Tanács működtetése évente kétszeri ülésezéssel.

Hogy állunk most?

A klinikai kockázatértékelés esetében:

Szervezeti elemenként 10 BNO kód került meghatározásra, melyre szakmai protokollok, helyi eljárásrendek készítése a feladat, figyelembe véve az Intézményben már alkalmazott szakmai protokollokat, irányelveket, kiadványokat, szabályzatokat, eljárásrendeket és előírásokat. A klinikai folyamatok kritikusság szerinti besorolása (nem a betegségek kimenetelének a kockázatát, hanem

a kórházban történő ellátási folyamat kockázatát becsüljük meg) zajlik az adott osztály osztályvezető főorvosának felügyelete mellett. Magát a kockázatbecslést az osztályvezető főorvos által megbízott orvos végzi, ami a kockázatértékelési táblázat kitöltését jelenti a Kockázati mátrix segítségével. A bázis év (2015) fő feladata egy olyan folyamat kiválasztása, melyre értékelést kell végezni a magas kockázati besorolás miatt, melyet indikátorral (adatokkal) szükséges alátámasztani. Az elvégzett kockázatértékelés alapján Intézkedési tervet dolgozunk ki, melynek eredményét októberben ellenőrizzük.

A klinikai audit esetében:

A tervezett audit szeptemberben lesz, mely a műtétes szakmáknál az antibiotikum profilaxis hatékonyságának felmérését foglalja magába.

Az önértékelés esetében:

Minőségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenység az Önértékelés elvégzése, mely csapatmunkával valósul meg, egy-egy képviselővel minden szervezeti egységből, valamint a vidéki telephelyekről, így 12-en kezdtük meg a munkát. Az Intézmény szabályozottságát, az erőforrásokat és a stratégiát elemezzük. Az önértékelő kérdőív kitöltése brain storming módszerrel történik, pontozással. Nagy segítséget nyújt, a már 2010-2012 között működő TQM rendszerünk, valamint a 2013-ban jóváhagyott Operatív Belső Kontroll Rendszerének Szabályzata is.

Az elért eredményeink megtartása mellett, fontos célunk a minőségirányítási munka tartalmi elemeinek tudatos fejlesztése. Szeretnénk kihasználni a továbbképzések, konferenciák adta lehetőségeket, valamint tevékenyebb benchmarking tevékenységet folytatni. További minőségfejlesztést lehetne elérni különböző szakmai protokollok kialakításával, a gyógyszermodul bevezetésével és alkalmazásával. Mindezek hatására - megfelelő menedzsmenttámogatás mellett - az Intézmény munkájában

komoly költséghatékonyságot remélünk. A minőségirányítási rendszer kiterjesztése további intézményi folyamatokra olyan rendszerszerű és eddig feltáratlan bajokra világíthatnak rá, amelyek feltárásával az MH EK tevékenységeinek kockázatát kezelhetnénk (rizikómenedzsment).

Idén két újabb vidéki telephelyünkre kerül kiterjesztésre a Környezetközpontú Irányítási Rendszer (ISO 14001:2004).

Az általunk működtetett rendszer legfontosabb előnye, hogy a minőségirányítás egységessé teszi az osztályok működését. Ezzel minden tevékenység ellenőrizhetővé válik. Az Intézmény életében létrejövő változások nem befolyásolták a menedzsment minőség iránti elkötelezettségét, sőt a rendszer fenntartása és fejlesztése az Intézmény stratégiájában és a Szakmai Tervében is fontos célként, és komoly előnyként jelent meg.

Sajnálatos tény, hogy csak az elmúlt 15-20 évben jelent meg a minőségirányítási oktatás a főiskolákon, egyetemeken, így a régebben végzett orvosok nem tartják a „gyógyító- orvosi” munka részének a dokumentálást. Ezért elengedhetetlen a folyamatos képzés, az ellenőrzések számának növelése, hogy az egészségügyi és kiszolgáló dolgozói állomány minőségügyi elkötelezettsége erősödhessen.

A minőségirányítási feladatok, illetve az auditra való felkészülés minden esetben csapatmunka, ami nem csak a minőségirányítási felelősök és a belső auditorok feladata, hanem valamennyi munkatársé is.

Számos nehézség ellenére büszkék vagyunk a tanúsított rendszerünkre, nálunk nem „csak egy papír a falon” szlogen forog közzájón, hanem a Parancs! Értetem! kifejezések is.

Bevezetés

Az újszülött és koraszülött mentést Magyarország központi régiójában a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat (PCAM) végzi, immár 26 éve. A PCAM-nál 2008 óta működik tanúsított minőségirányítási rendszer. Vajon lehetséges-e rendszerszerű minőségfejlesztés a neonatológiai sürgősségi ellátásban, illetve milyen újdonságot hozott a PCAM tevékenységében a minőségirányítási rendszer bevezetése?

Specialitások

Ahogy a gyermekgyógyászok azt mondják, hogy a gyermek nem kicsi felnőtt, és az újszülött nem kicsi gyermek, ugyanúgy a koraszülött mentő sem egy kicsi mentőszolgálat. Nemcsak a betegek és betegségeik különböznek az Országos Mentőszolgálat feladataitól, de szervezeti felépítésében, finanszírozásban és irányításban is különleges szempontoknak kell megfelelnie.

A PCAM nonprofit kisvállalkozói kategóriába tartozó közhasznú szervezet, mely hiánypótlóan végez állami feladatokat, alapítványi keretek között. Működésének finanszírozása részben az Országos Mentőszolgálat által periódikusan kiírt nyílt európai közbeszerzési eljárásból származó forrásból, részben civil indíttatású „köz célú kötelezettségvállalásokból” történik. A rendelkezésre álló erőforrások korlátozottak, éppen ezért kiemelkedően fontos a jól szabályozott és legfőképp költséghatékony működés.

A PCAM az országban működő 8 neonatológiai mentőszolgálatból abban tér el, hogy nem a saját, intenzív köz-

ponthoz tartozó felvételi területét látja el, az ott lévő 1-3 alacsonyabb progresszivitási szintet képviselő küldő intézménnyel, hanem 11 úgynevezett III-as szintű neonatális intenzív centrumot (NIC) és 52 egészségügyi intézményt szolgál ki, a közbeszerzési tenderben meghatározott ellátási területén. Intézményi szakmai háttérét a Semmelweis Egyetemmel fennálló együttműködési szerződés biztosítja. Napi munkája során az I.sz. Gyermekklinikával és a II. sz. Szülészeti Klinikával áll szoros szakmai kapcsolatban, ugyanakkor önálló szervezetként működik, azaz sem szervezeti, sem gazdaságilag, sem alkalmazottait tekintve nem része az Egyetemnek.

Hívásait a mentésügyi rendeletben (5/2006. [II. 7.] EüM rendelet a mentésről) foglaltak szerint számos intézményből kapja. Ezek 97%-a kórházi, 3 %-a az Országos Mentőszolgálatról érkező prehospitális ellátásra irányuló riasztás. Mivel szinte mindegyik intenzív osztályon más és más ellátási protokollt alkalmaznak, így a kivonuló PCAM neonatológiai mentőegységeinek mindig alkalmazkodniuk kell a különböző helyszínekhez, intézetekhez, illetve protokollokhoz. Ehhez nélkülözhetetlen a megfelelő kommunikáció, a jó kapcsolattartás és a munkatársak rendszeres továbbképzése.

A szakmai-szervezeti-gazdasági önállóság bizonyos fokú „védtelenséget”, kiszolgáltatottságot is jelent, éppen ezért nagyon fontos a PCAM számára, hogy a tevékenységének minden lépése jól szabályozott, átlátható és jól dokumentált legyen. Ennek a 26 éves „kényszernek való megfelelés” ugyanakkor a betegbiztonsági kockázati elemeket lényegesen csökkenti.

A PCAM betegek, az újszülöttek, különösen pedig az igen kis súlyú koraszülöttek nagyon sérülékenyek, ezért nélkülözhetetlenek a megfelelően működő, speciálisan az újszülöttek ellátására tervezett, bevizsgált műszerek és eszközök, hiszen csak ezek használatával lehet biztonságosan és kíméletesen ellátni őket. Emellett nagyon nagy náluk az infekció kockázata, kiemelkedő szerepe van tehát a megfelelő higiénés szabályok betartásának, mely csak jól képzett, fegyelmezett szakembergárdával lehetséges. Az újszülöttek, koraszülöttek állapota igen rövid idő alatt romolhat, ellátásukat ezért gyorsan, hatékonyan kell végezni. Nincs idő kísérletezgetésre, találgatásra, szigorú szakmai protokollok alapján kell őket ellátni. Ehhez is rendszeres (tovább)képzésre/gyakorlásra, és nem utolsó sorban a tudományos evidenciákra alapuló hatékony ellátási irányelvekre van szükség.

Az ellátás-biztonság mellett szintén kiemelt jelentőséggel bír a betegelégedettség elvárások sajátos eszközök alkalmazását igénylik. E speciális betegcsoporttal ugyanis a hagyományos módon nem lehet „beszélgetni”. A kommunikáció velük csak az affektív pszichológia korszerű eszközeit használva, tudatosan alkalmazott „érzelmi” úton lehetséges, melyhez csupán eszköz a megfelelő verbális kommunikáció. „Érzelmi jelenlétre” nem csak a mentési-sürgősségi ellátók részéről van szükség, hanem kitüntetetten az édesanya, az édesapa, valamint a hozzátartozók, és nem utolsó sorban a helyi személyzet részéről is. Az ő megnyugtatóssága, irányítóssága szintén a mentőegység feladata, melyhez fontos a megfelelő kapcsolattartás, jó kommunikációs készség és a szakmai hozzáértés.

A jól szabályozott, átlátható működés, a szabatos dokumentáció, a szigorú szakmai protokollok, a rendszeres továbbképzés, a megfelelő kapcsolattartás a „szolgáta-

tásban részesülőkkel”, mind azt sugallják, hogy a koraszülött mentésben különösen nagy segítséget jelenthet egy hatékony minőségirányítási rendszer működtetése.

A minőségirányítási rendszer bevezetése az általánosan elterjedt prekonceptiók miatt, miszerint ez csupán túlzott szabályozást és jelentősen megnövekedett dokumentációs terhet jelent, gyakran jelentős ellenállást vált ki a dolgozókból. Ez azonban leküzdhető, amint a munkatársak megértik, vagy megtapasztalják, hogy a rendszer „hátrányai” messze elmaradnak a várttól, ugyanakkor az előnyök jelentős segítséget jelentenek a hatékony működésben.

Minősegbiztosítás a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálatnál

Noha tanúsított rendszer csak 2008-tól működik a Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálatnál, valójában a szervezet felépítése és kialakítása már a kezdetektől, vagyis 1989-től ezen elvek alapján történt. 1999-ben kísérlet történt az ISO 9001-es szabvány szerinti minőségirányítási rendszer bevezetésére és tanúsíttatására, ez azonban forráshiány miatt félbe maradt. Végül 2008-ban sikerült a MSZ EN ISO 9001:2001-es szabvány szerint bevezetni és tanúsíttatni a rendszert, melyet 2010-ben, az időközben kiadott új szabvány (MSZ EN ISO 9001:2009) szerint sikeresen akkreditáltattunk. A PCAM tevékenységei (mentés és őrzött szállítás, oktatás, telemetriás szűrés, stb.) közül egyelőre csupán a mentésre és őrzött szállításra, valamint az ezeket kiszolgáló folyamatokra vonatkozóan történt tanúsítás.

A kezdetek (1989-2007)

A Peter Cerny Alapítványi Mentőszolgálat az elindulását követően a dolgozói létszámban, az eszközpark nagyságában, és az esetszámban is fokozatosan növekedett,

ugyanakkor az erőforrások ebben az időszakban bizonytalanul, és csak lassú ütemben gyarapodva álltak rendelkezésre. A minőségbiztosítás elemei ennek ellenére már ebben az időszakban megjelentek.

Elkészült a szervezeti és működési szabályzat (SzMSz), mely pontosan szabályozza az egyes dolgozók felelősségi körét, a kivonulás menetét, viselkedési normákat, stb.

A betegellátás szabályozására szakmai protokollok készültek az időszerű tudományos evidenciák és nemzeti szakmai irányelvek figyelembevételével. Ezek gyűjteménye könyv formájában meg is jelent. [Medicina Bp. 1998]

A dolgozók rendszeres továbbképzéseken vettek részt, sőt a PCAM munkatársai más intézményekben dolgozó egészségügyi szakemberek részére is tartottak oktatásokat (interaktív újszülött újraélesztési tanfolyamok). [Gyermekegyógyászat 2002]

Az adatkezelési és dokumentációs rendszereket kezdetektől jellemezte, hogy a betegellátás minden lépése részletesen dokumentálva volt, a riasztástól (diszpécserlap) a betegátadásig (esetlap). Emellett a 24 órás szolgálat egyéb eseményei is naplózásra kerültek. A különböző eltérésekről, váratlan eseményekről, hibákról, stb. szolgálati jelentés készült. Az informatikai rendszer az elektronikus adatkezelés 1994-es kialakításával lehetővé tette az esetlapok digitális rögzítését, és az adatokból havi rendszerességgel összefoglaló elemzés készítését. Anyagi okok miatt a gépkocsik műholdas ellenőrzése (2008), valamint a beérkező hívások rögzítése és visszajátszási lehetősége (2010) csak a következő időszakban valósulhatott meg.

Tanúsított rendszer (2008-tól)

Az ISO 9001-es szabvány szerint minőségirányítási rendszer bevezetése és tanúsíttatása mindezek után 2008-ban már nem sok újdonságot hozott. Ugyanakkor szükségessé vált a dokumentációs rendszer szabvány szerinti revideálása. Ez elsősorban a meglévő űrlapok formai átszerkesztését, illetve néhány, főleg a nyomon követhetőséget és átláthatóságot szolgáló dokumentum, nyilvántartás (pl. takarítási napló, átadó füzet) bevezetését jelentette. Megtörtént néhány, még hiányzó folyamat leírása, illetve a szakmai protokollok revideálása, és formai egységesítése.

A már korábban is gyűjtött indikátorok (hó végi összesítő elemzések, mint pl. az esetek/őrzött szállítások, vagy a gépi lélegeztetések, illetve újraélesztések száma) mellett újabb, a folyamatokat leíró, illetve jellemző adatok gyűjtése is indult, melyek elemzésével az egyes folyamatok (pl. kivonulási idők) mérhetővé váltak. Így ezek az adatok a kibővített esetlap-adatbázisból könnyen kinyerhetők és lekérdezhetők.

A visszajelzések gyűjtése, elemzése szélesebb teret nyert. Az eltérések dokumentálását biztosító szolgálati jelentések nyilvántartása lehetővé tette ezek könnyebb visszakeresését, elemzését. De emellett egyéb csatornák (pl. „Ötletláda”, kérdőívek) is nyíltak a visszacsatolás számára.

A minőségcélok meghatározása minden évben további fejlesztéseknek nyitott utat. Ilyen volt pl. az orvosi protokollok aktualizálása vagy az esetlapok megújítása.

„Fájdalommentes” átállás

A PCAM-nál az átállás a tanúsított rendszerre szerencsére könnyen, „fájdalommentesen” zajlott. Ennek leg-

főbb oka az volt, hogy a rendszer alapvető elemei már a mentőszolgálat elindulása óta működtek, és a minden napok természetes részévé váltak. Emiatt a minőségbiztosítás csupán minimális többletmunkát igényelt. Ugyanakkor a rendszer előnyei nem csak a vezetőség, hanem a dolgozók számára is nyilvánvaló voltak, ezért mindkét csoport elkötelezett volt. Ehhez persze az is kellett, hogy a minőségirányítási rendszer ne a „szankciók”, hanem a folyamatos fejlesztés, javítás eszköze legyen.

A rendszer előnyei a PCAM számára

A minőségbiztosításnak köszönhetően a PCAM tevékenységének minden folyamata átláthatóvá, nyomon követhetővé, ellenőrizhetővé vált. Például egy kivonulás minden lépése a riasztás felvételétől a visszaérkezésig dokumentálva és rögzítve van, elemezhető. Ez egyrészt védelmet jelent mind jogi, mind pedig szakmai támadásokkal szemben, másrészt megkönnyíti az esetleges eltérések okainak feltárását, és ezek kiküszöbölésével megelőzhető a hibák ismétlődése. Mindezek az ellátás illetve a szolgáltatás minőségének javulásához vezettek. De nem csak a betegellátás, hanem más folyamatok (pl. anyagbeszerzés) is áttekinthetőbbek és elemezhetőek lettek, ezáltal a működés költséghatékonyabbá vált, vagyis a minőségbiztosításnak pozitív gazdasági hozadéka is volt.

A célzott adatgyűjtési és mérési eredmények felhasználása segítette a folyamatok jobb tervezését, ami minőségi és gazdasági javulást eredményezett. Például, az adatbázis alapján a kivonulási idők, valamint megtett út elemzése segített abban, hogy a feladatok időzítése pontosabb legyen, kevesebb esettorlódás forduljon elő, és az időpontos szállításokra (pl. amikor beteget adunk, vagy veszünk át egy másik neonatológiai mentőegység-

nek/-től) pontosabban érkezzünk. Ezt egy a szolgálatvezetés és a diszpécseri munka könnyítését szolgáló „randevú-időzítő segédletként” használjuk.

A tudásmenedzsment és a folyamatos oktatás kérdéskörében komoly eredményeket hozott a MIR bevezetése. Noha korábban is voltak rendszeres továbbképzések, ezeknek az igények és szükségletek szerinti célzott tervezésével jobb eredményeket sikerült elérni. Mindezek mellett a minőségbiztosításnak köszönhetően bevezetett tanfolyam-értékeléseken alapuló megújított továbbképzések színvonala is folyamatosan javíthatóvá vált.

A minőségbiztosítás hozadéaként megkezdődött a szolgáltatását igénybe vevők „vevőelégedettségi” mérése is. A PCAM „vevői” egyrészt a riasztó intézmények, vagyis a mentést vagy őrzött szállítást megrendelő kórházi osztályok, másrészt a betegek, vagyis az újszülött babák és szüleik, családtagjaik. A visszajelzések gyűjtése egyrészt kérdőíves formában, kampányszerűen történik, másrészt folyamatosan az Alapítványhoz elektronikusan vagy postai úton beérkező köszönő- vagy akár panaszlevelek útján (bár ez utóbbi a PCAM 26 éves fennállása során még nem fordult elő!). Emellett számos hozzászólás, és visszajelzés érkezik a PCAM facebook profiljára is. A vevői elégedettség vizsgálata volt az egyik célja az „Ilyen volt - Ilyen lett” fotó pályázatnak is, melyre a PCAM által szállított gyermekekről érkeztek újszülött kori és későbbi képek, valamint a mentésük rövid története, melyeken keresztül nagyon sok pozitív visszajelzést kaptunk.

A pozitív visszajelzések ösztönzően hatnak a munkatársakra. A kérdőívekben egy-egy „leponozás” pedig rámutat azokra a területekre, ahol tudunk még fejlődni. Ezeket a kérdéseket a havi rendszerességgel tartott ér-

tekeztelen megbeszéltük minden érintett munkatárssal, ami a hibák kiküszöböléséhez vezetett.

A minőségcélok meghatározása állandó innovációt (minőségfejlesztést) eredményez. Ennek köszönhetően számos technikai fejlesztés történt. Ilyen volt például a már említett „iTrack GPS” nyomkövető rendszer, mellyel folyamatosan nyomon követhető és dokumentálható a gépkocsik mozgása, valamint a megkülönböztető jelzés használata. Ez amellett, hogy lehetővé teszi a diszpécser-ek és a szolgálatvezető számára a feladatok optimális elosztását, védelmet is jelent, ha közlekedési kihágás miatt (pl. gyorshajítás) eljárás indul az Alapítvány ellen (ilyenkor ugyanis igazolható, hogy a mentő-gépkocsi a „gyorshajítás” során megkülönböztető jelzéssel közlekedett). De ilyen fejlesztés volt a telekommunikációs hálózat kiépítése és a telefonhívások hangrögzítésének megoldása, mely lehetővé teszi, hogy a riasztások hanganyagát visszahallgatva pontosítsuk, vagy vitás esetben igazoljuk a riasztás körülményeit. Ez megint csak növelte a biztonságot, és jogi védelmet is jelent. A rögzített hanganyagokat a diszpécser-ek továbbképzésénél is fel lehet használni.

Következtetések

A PCAM-nál szerzett tapasztalatok alapján az ISO 9001-es szabvány szerinti minőségirányítási rendszer hatékonyan szolgálja a neonatológiai sürgősségi feladatok ellátását. Az adminisztratív terhek mérsékelt növekedését a minőségirányítási rendszer működésének előnyei teljes mértékben kompenzálják. A szabvány által megkövetelt dokumentációs fegyelem pedig jelentős védelmet is jelent egy nem állami, de hiánypótlóan állami feladatot ellátó közcélú, a KKV szektorba osztható, nonprofit szervezetnek. Emellett a rendszer működtetése, mivel hasznos innovációs kényszert generált, számos újítást hozott

a PCAM működésébe. Az alapítványi mentőszolgálatnál végzett részletes adatgyűjtés és rendszeres adatelemzés, valamint az indikátorok monitorozása révén a minőségirányítási rendszer megeremti mind a hazai, mind a nemzetközi összehasonlíthatóság (benchmarking) lehetőségeit. Mindezek alapján úgy tűnik, hogy a koraszülött mentésben nem csak hasznos, de szükséges is a minőségbiztosítás alkalmazása.



Mottó: „Nem szükséges változtatni, a túlélés ugyanis nem kötelező.” (Deming)

Bevezetés

A kórházi minősegbiztosításban az egészségügyi dolgozók által ma már elfogadott gyakorlat az ISO minősítés megszerzése, de sokan nem gondolják, hogy ezzel legfeljebb a megfelelőséget, de nem a kiválóságot, folyamatos javulást lehet garantálni. A hosszabb távú minőségügyi célok megvalósítására törekvés csak nagyon kevés szervezeti egységre jellemző, a megújuló újítási rendszer (PDCA-ciklus, Deming-kör) alkalmazása esetleges, nagyon ritkán tudatos a hazai egészségügyi gyakorlatban.

Problémafelvetés

A szerző elemzi a kórházi sürgősségi ellátásban a minősegbiztosítást segítő és hátráltató tényezőket (**1. táblázat**).

1. táblázat A minősegbiztosítást segítő és hátráltató tényezők a kórházi sürgősségi ellátásban

Egységes nemzetközi és hazai sürgősségi alapelvek (szemlélet, egykapus rendszer, TRIAGE)	↔	A gyakorlati megvalósításban kórház-specifikus elemek is vannak.
Prehospitalis integráció Napi munkakapcsolat a mentésirányítással (OMSZ, Légimentő KHT)	↔	Alig van kapcsolat a háziorvosokkal és az alapellátási ügyletekkel. A beteg-utak és beutalások rendje nem ellenőrzött. (Krónikus, hospice, szociális ellátást igénylő betegek az SBO-n; akut betegek az SBO helyett szakambulanciákra kerülnek)
Integráció kórházon belül és a társintézményekkel	↔	Az akut jellegű progresszív betegellátás kórházi szintű szemlélete még nem egységes (intézményenként, szakterületenként, személyenként változó; hosszú TAT idő, várakozás konzíliumokra). Szűk kiáramlási keresztmetszetek: kevés magas dependenciájú ágy, kevés aktív ágy, kevés krónikus ágy.
Szakma-specifikus dokumentációs rendszer: TRIAGE lap, sürgősségi lánzlap. Szakma-specifikus (door-to) indikátorok. Helyi sürgősségi protokollok. ISO minősítés	↔	Országosan még nem egységes, kórházanként különböző dokumentációs rendszer. Az indikátorok alkalmazása esetleges. Országosan egységes, kidolgozott sürgősségi protokollok hiánya. A megújuló újítási rendszer (PDCA-ciklus, Deming-kör) alkalmazása esetleges és ritkán tudatos)
Tárgyi és személyi feltételek biztosítása. Betegforgalomhoz igazított munkarend (csúszóműszak, délutános műszak).	↔	Szakember-hiány: kevés sürgősségi szakorvos, kevés jól képzett sürgősségi szakápoló.
Finanszírozás Havi fix összegű díjazás, OENO, SHBCs	↔	El nem számolható beavatkozások, gyógyszerek, logisztikai anyagok
Informatika: A speciális sürgősségi igényeknek megfelelő helyi informatikai támogatás.	↔	Informatika: Az informatikai kapcsolat hiánya a prehospitalis ellátókkal (alapellátás, OMSZ). Egészségügyi intézményenként különböző, egymással nem kommunikáló informatikai rendszerek. Sürgősségi modul hiánya.

1. A kórházi sürgősségi ellátásban a minőségbiztosítást segítő tényezők

Egységes és jól kidolgozott nemzetközi és hazai irányelvek

1.1.1. A sürgősségi ellátás szemlélete és feladata

A sürgősségi ellátás feladata azoknak a heveny egészségkárosodásoknak a kezelése, ahol a kimenet, a rizikó és a kezelés megkezdésének ideje fordítottan arányosak, az időtartam pedig órákban határozható meg.

A sürgősségi betegellátás feladata az akut kórfolyamatok multidiszciplináris szemléletű menedzselése, amely kiterjed a korai felismerésre, a korai segélynyújtásra és állapotstabilizálásra, a korai differenciál-diagnosztika biztosítására, a korai adekvát kezelés megkezdésére és a beteg kór állapotának megfelelő ellátási szintre való korai juttatásra.

Ez a láncolat biztosíthat a beteg számára ideális kimenetet - ez a túlélési lánc progresszív szemlélete.

Ez a szemlélet a szükséges ellátáshoz való folyamatos hozzáférést és esélyegyenlőséget jelent az ellátás minden láncszemében: bárkinek, bármikor, bármilyen problémával. Tevékenységét mind a diagnosztika, mind a kezelés szempontjából a definitív ellátás szemléletében végzi. Az ellátás első 24 órájában involválja a kritikus állapotú betegek ellátásának készségét éppen úgy, mint más szakterületekét.

1.1.2. „Egy-kapus” rendszer

A korszerű, hatékony akut kórházi ellátási struktúra egyik legfőbb eleme az „egy-kapus” rendszer működtetése: minden akut beteg egy ponton lép a rendszerbe, amely minden sürgősséggel érkező beteget fogad a nap 24 órájában és az év minden napján folyamatosan. Ezáltal a

betegek elhelyezése, megfelelő koordinálása és továbbutalása más osztályokra átláthatóvá és hatékonyvá válik.

A sürgősségi betegellátás két alapelve a **triage** és az **integráció**.

1.1.3. Triage

A triage (súlyossági állapot alapján történő betegosztályozás) egy ellátási és szervezési gyakorlat, melynek lényege, hogy a beteg aktuális állapotához rendelt időhatárokon belül szervezze a beteg köré a megfelelő ellátói szintet, kapacitást, készséget. Ezáltal biztosítja a beteg biztonságát és az ellátás megfelelőségét. Az adott beteg vonatkozásán túl a triage az ellátórendszer kapacitásával való gazdálkodás felelősségét is jelenti.

A súlyosság osztályozására licence joggal a Kanadai Sürgősségi Társaság által létrehozott 5 fokozatú besorolást, triage skálát (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale - CTAS) alkalmazzuk (HTAS). A triage ápoló a betegek súlyossági állapotának megfelelően állítja fel a betegek vizsgálati sorrendjét, melyet a betegek állapotának változása esetén szükség szerint módosít. Az ellátás tehát nem érkezési, hanem súlyossági sorrendben történik.

A Kenézy Gyula Kórház és RI a megyében egyedülként rendelkezik a legmagasabb szintű traumatológiai centrummal, mely a Sürgősségi Betegellátó Osztállyal szoros együttműködésben látja el feladatát. 2010. február 1-től osztályunk a kórház Traumatológiai Centrumával szoros szakmai kapcsolatban – elsőként az ország 9 legnagyobb traumatológiai centruma közül – elindította az akut traumatológiai betegek súlyossági osztályozását. Az ún. debreceni „Y-modell” kidolgozásával ötvöztük a magas színvonalú európai traumatológiai ellátást az angolszász betegosztályozási gyakorlattal: a beteg egy ponton lép az akut kórházi ellátórendszerbe, majd a közös triage után a beteg

állapotának megfelelően vagy a traumatológián vagy a sürgősségi osztályon látják el. Az egyponthoz beléptetés és a közösen, egységes elvek alapján működtetett triage rendszer lehetővé teszi, hogy a triage ápoló a beteg vezető panasza és állapota alapján a két szakterület között az ellátási sorrendet megfordíthatja, mely a beteg maximális biztonságát szolgálja. Eredményeinket publikáltuk és a Szakmai Kollégium Traumatológiai- és Kézsebészeti Tagozata és Tanácsa követendő példaként állította a két centrum együttműködését és a triage rendszert.

1.1.4. Integráció

Az ellátás egyes láncszemeit, az ellátás filozófiáját, a benne résztvevőket egységes szemlélet alapján integrálni kell. A sürgősségi ellátás, mint elv és mint gyakorlat is beteghez integrált és nem szakmánkénti ellátást jelöl, ezáltal megtörténik az izolált ellátási és szakmai területek elsődleges szintézise, integrációja. Csökken a „betegutak” száma és hossza, gyorsabbá és egyszerűbbé válik a kivizsgálás és az ellátáshoz jutás.

A sürgősségi osztálynak integráló szerepe, kiemelt szervezői funkciója van nemcsak intézményen belül, hanem a megyei és a régiós egészségügyi ellátás területén is; az egészségügyi ellátás teljes vertikumával, így a prehospitalis és a hospitalis ellátórendszerrel is szorosan együttműködik. (1. ábra)



1. ábra A sürgősségi osztály helye az ellátási láncban

1.1.5. Kapcsolat a prehospitalis ellátórendszerrel

Napi munkakapcsolat a mentésirányítással, az OMSZ és a Légimentő KHT-val, TETRA rádió stb.

1.1.6. Kapcsolat a társintézményekkel

Sürgősségi együttműködési megállapodás a DE KK és a Kenézy Gyula Kórház és RI között, beteg-utak kidolgozása

A **toxikológiai ellátás** sürgősségi szakfeladat és nem pszichiátriai. A toxikológiai betegek ellátására szoros munkakapcsolat a DE KK Toxikológiai Laboratóriumával, a KAITO-val és a Pszichiátriai Osztállyal. 2015. június 1-től 12 ágyas toxikológiai részleget működtetünk, osztályunk látja el nemcsak a vidéki, hanem a debreceni intoxikált betegek többségét is.

Chest pain unit működtetése – szoros munkakapcsolat a helyi kardiológusokkal és a Kardiológiai Klinikával, EKG szerver működtetése.

A betegutak elemzésével, a szűk keresztmetszetek feltárásával a Sürgősségi Betegellátó Osztály folyamatosan intézkedési javaslatokat tesz a két intézmény vezetői felé az akadályozó tényezők felszámolására.

1.1.7. Integráció kórházon belül

Beteghez integrált ellátás (sürgősségi radiológia, konzíliumok), betegutak rendjének kórházi szabályozása. (2. ábra)



2. ábra Az aktív kórházak belső struktúrája

Az aktív kórházak belső struktúrája

Egységes kórházi orvos- és ápolásszakmai protokollok kidolgozása, a társosztályok együttműködése tömeges baleset, katasztrófahelyzet esetén. Ez javítja a minőséget, a hatásosságot és a gazdaságosságot.

MET (Medical Emergency Team)

A légzés és keringés összeomlásának halálozási aránya igen magas. Bármely kórházban évente számos olyan beteg hal meg, aki az időben alkalmazott sürgősségi és intenzív terápiás kezeléssel menthető lenne. Amennyiben sikerül időben felismerni, hogy mely betegeket fenyegeti szívmegállás veszélye, akkor a beteg élete sokkal nagyobb valószínűséggel menthető meg. Első feladat tehát a nagy rizikójú betegek felismerése.

A keringésmegállást az esetek jelentős részében (70-90%-ban) periarrest (szívmegállás előtti) jelenségek előzik meg. Ezek a jelenségek jól meghatározhatók és alkalmazásukkal kidolgozható egy riasztási és ellátási rendszer, melynek célja a keringésmegállás megelőzése.

Napjainkban a funkcionális kórházakban a beteghez szervezzük az ellátási folyamatot.

A Medical Emergency Team (MET), más néven Sürgősségi Mobil Team feladata az intézmény területén a keringés- és légzésmegállás megelőzése, ugyanakkor reanimációs szolgáltként is működik.

A MET (Medical Emergency Team), mint szervezeti egység, szellemiségével elősegíti a kórházi betegek kritikus állapotának korai felismerését és megfelelő korai ellátását, az akut jellegű progresszív betegellátás egységes szemléletét valósítja meg nemcsak a Sürgősségi Betegellátó Osztályon, hanem az intézményen belül is. A MET haszna, hogy csökkenti az összkórházi halálozást és a keringésmegállások számát. Potenciális előnyeként

említhető, hogy integrálja a betegutakat, növeli a betegek biztonságát - különösen fokozott kockázatú betegek esetén -, hangsúlyozva a korai intenzív ellátás előnyeit, és egységesíti a minőségi kórházi ellátást súlyos állapotú betegeknél. A betegek számára folyamatos, időszerű, minőségi vonatkozásban eredményes és hatékony, mindenki számára egyformán hozzáférhető ellátást, ezáltal esélyegyenlőséget biztosít.

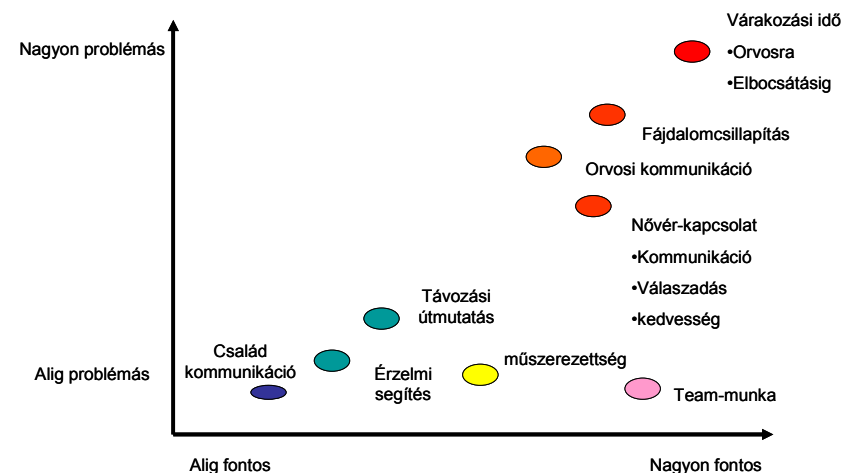
Minőségügyi tényezők

1.1.8. Szakmaspecifikus dokumentációs rendszer

Triage lap, sürgősségi lázlap stb., mely segíti az ellátás megfelelő dokumentálását, ugyanakkor országosan még nem egységes, kórházanként különböző.

1.1.9. Szakmaspecifikus indikátorok

A szakmaspecifikus (door-to) indikátorok kidolgozása során figyelembe vették a betegelégedettség szempontjait elemző nemzetközi vizsgálatokat (3. ábra).



3. ábra A beteg-elégedettség szempontjai - nemzetközi vizsgálat

Ezen indikátorok alkalmazásával súlyossági kategóriánként tudjuk értékelni a betegek ellátásának időintervallumait, mérjük a belépéstől a triage-ig, a belépéstől az orvosi vizsgálatig valamint a belépéstől a távozásig / áthelyezésig eltelt időt. Az első két indikátor kizárólag az SBO munkájáról, míg a harmadik indikátor az egész intézmény tevékenységéről ad információt (leletközlési idő, konzíliumok elvégzésének időintervalluma, társosztályok ügyeleti - készenléti rendszere stb.). Segítségükkel naponta ill. havonta (vizsgáló orvosokra lebontva is) elemezzük az időkorlátok betartását, az esetleges késedelem okát. Folyamatosan intézkedéseket teszünk a szakmai indikátorok javítására.

1.1.10. Sürgősségi protokollok

A helyi sürgősségi protokollok jelentősen javítják a sürgősségi ellátás szakmai színvonalát.

1.1.11. ISO minősítés

A kórházak rendelkeznek ISO minősítéssel. A szabványosítás jelentősen segíti a – külső szemlélő számára – sokszor kaotikusnak tűnő sürgősségi ellátás egységesítését.

Tárgyi és személyi feltételek biztosítása

Kubatúrális és tárgyi feltételek

Az elmúlt évek beruházásai (TIOP-2.2.7 Pólus pályázat, TIOP-2.2.2 pályázat) révén a hazai kórházi sürgősségi ellátás kubatúrája és műszerezettsége jónak mondható, bár a pályázatok csak az akkori tárgyi minimumfeltételek biztosítását támogatták, melyek azóta jelentősen megváltoztak.

Osztályunk III. progresszivitási szintű, felszereltsége, műszerezettsége a minimumfeltételeket jelentősen meghaladja. Az elmúlt 10 évben két alkalommal pályázati forrásból, további egy alkalommal kórházi önerőből bő-

vítésre és felújításra került az osztály. Jelenleg 37 ágyon (melyből 25 finanszírozott) látjuk el betegeinket: ebből 10 ágyon a kritikus állapotú betegek ellátására sürgősségi őrzőt, 12 ágyon toxikológiai részleget működtetünk. A sürgősségi őrzőben sürgősségi és intenzív szakorvosok és szakápolók dolgoznak. Légtechnika, betegőrző monitorok, központi monitor, invazív és non-invazív lélegeztetés, centrális és invazív vérnyomás-mérés, szinkron és aszinkron cardioversio, dialízis, túlnyomásos folyadék-adagoló készülék, mellkasi kompressziós eszköz stb. alkalmazásának lehetősége is rendelkezésre áll. Toxikológiai részlegünkön elkülönítve tudjuk kezelni a mérgezett betegeket. A 6 fekvőkocsi elhelyezését lehetővé tevő gyorsítító biztosítja a fekvőkocsin elhelyezett betegek megfelelő, állandó ápolói felügyelet mellett történő kulturált elhelyezését a vizsgálati eredmények megérkezé- séig. Nagy figyelmet fordítottunk a megfelelő komfortfo- kozat biztosítására is kis ágyszámú klimatizált, fürdőszo- bás kórtermek kialakításával.

1.1.12. Megfelelő képzettségű és számú humán erőforrás biztosítása

Osztályunkon vegyes (közalkalmazotti illetve közremű- ködői) jogviszonyban foglalkoztatjuk munkatársainkat.

Megfelelő betegbiztonság

A veszélyeztető betegek miatt térfigyelő kamera-rend- szer, megfelelő betegrögzítés, elkülönítés (toxikológiai, fertőző betegek) stb. szolgálja betegeink biztonságát.

Finanszírozás

Progresszivitási szintenként havi fix összegű díjazás, OENO, SHBCs finanszírozás.

Informatika

A sürgősségi betegellátás speciális dokumentációs rend- szeréhez helyileg kialakított informatikai támogatás.

2. A kórházi sürgősségi ellátásban a minőségbiztosítást hátráltató tényezők

Alapelvek

Bár egységes nemzetközi és hazai sürgősségi alapelvek alapján szervezzük a hospitális sürgősségi ellátást, a gyakorlati megvalósítás kórház-specifikus és heterogén.

2.1.1. Kapcsolat a prehospitális ellátórendszerrel

A háziorvosokkal és az alapellátási ügyeletekkel a jelenleginél sokkal szorosabb, szervezett munkakapcsolatra, konzultációs fórumokra, visszajelzésekre lenne szükség.

Országosan jellemző, hogy a betegutak és a beutalások rendje nem ellenőrzött, gyakran kaotikus. A hospice illetve krónikus ellátást vagy szociális elhelyezést igénylő, továbbá a gyorsabb ellátáshoz jutás reményében érkező, de nem sürgősségi ellátást igénylő betegek is az akut ellátórendszert terhelik, elvonva a kapacitásokat a valóban sürgősségi ellátást igénylő betegektől. Ugyanakkor sok sürgősségi ellátást igénylő beteg sem a megfelelő ponton lép az ellátási rendszerbe, gyakran különböző szakambulanciákra kerülnek beutalásra a sürgősségi osztályok helyett.

2.1.2. Integráció kórházon belül

Az akut jellegű progresszív betegellátás kórházi szintű szemlélete még nem egységes, intézményenként, szakterületenként változó, gyakran személyfüggő. (Hosszú leletközlési idő, várakozás konzíliumokra stb.)

Szűk kiáramlási keresztmetszetek: kevés aktív ágy, kevés magas dependenciájú (intenzív, szubintenzív) ágy, kevés krónikus, hospice ágy.

Minőségbiztosítás

2.1.3. Sürgősségi indikátorok

Új sürgősségi indikátorok kidolgozása lenne szükséges. A jelenleg általánosan alkalmazott sürgősségi indikátorok jók, figyelembe veszik a betegelégedettség legfontosabb szempontját: a várakozási időt, de csak egy szegmensét mutatják az ellátásnak és a minőségnek. Ugyanakkor a sürgősségi osztályok működésének országos szintű felméréséhez a korábbiakban alkalmazott „indikátor-dömping” a mindennapi gyakorlatban kezelhetetlen, elkészítése időigényes.

2.1.4. Sürgősségi protokollok

Országosan egységes, kidolgozott sürgősségi protokollok hiánya.

2.1.5. Megújuló újítási rendszer

Az ellátási feltételek biztosításáért és a betegek megfelelő elhelyezéséért folytatott mindennapi harc elvonja a figyelmet és az energiát a hosszabb távú minőségügyi célok megvalósításától. A megújuló újítási rendszer (Deming-kör), a Hoshin-menedzsment, stb. alkalmazása esetleges, nagyon ritkán tudatos, a szervezeti egység vezetője felkészültségének és elhivatottságának függvénye.

Személyi feltételek

Országosan jellemző a szakemberhiány. Kevés sürgősségi szakorvos: erkölcsi és anyagi megbecsülés hiányában kevés jelentkező, nagy elvándorlás külföldre illetve a társszakmák irányába. Kevés jól képzett sürgősségi szakápoló: a képzés színvonala heterogén, intézmény és oktató-függő.

Finanszírozás

A kórházi sürgősségi ellátás jelentősen alulfinanszírozott. Nemcsak azért, mert egy egy betegség akut szakának a

kezelése a legdrágább, hanem azért is, mert a legdrágább, legnagyobb értékű beavatkozások, gyógyszerek, logisztikai anyagok alkalmazása (invazív- és non-invazív lélegeztetés, invazív vérnyomás-mérés stb.) nem számolható el a sürgősségi osztályon.

Informatika

Nincs vagy csak részleges az informatikai kapcsolat a prehospitális és a hospitalis ellátás között: alapellátás – kórházak, OMSZ - kórházak. A kórházanként különböző, egymással nem kommunikáló egészségügyi informatikai rendszerek a sürgősségi ellátást jelentősen nehezítik. A legtöbb egészségügyi informatikai rendszer nem rendelkezik a sürgősségi ellátás speciális igényeihez kifejlesztett sürgősségi modullal.

Összefoglalás

- Országosan komoly erőfeszítések történtek az egységes elvek szerint működő, minőségi ellátást nyújtó sürgősségi ellátórendszer kiépítésére, melyet a helyi adottságok és a krónikus szakemberhiány jelentősen nehezítenek.
- Új, a mindennapi gyakorlatban jól és könnyen kezelhető, kellő minőségügyi információt nyújtó további sürgősségi indikátorok kidolgozása lenne szükséges.
- A megújuló újítási rendszer (PDCA ciklus, Deming-kör) tudatos alkalmazása a kórházi sürgősségi ellátás minőségbiztosításának további jelentős fejlődését eredményezheti.
- Minél magasabb szakmai színvonalon működik egy sürgősségi osztály, annál inkább betölti kapuőr funkcióját, annál nagyobb egészségnyereséget produkál, ugyanakkor annál nagyobb finanszírozási veszteséget is termel.

- Az egészségügyi informatikai rendszerek kommunikációjának megteremtése illetve sürgősségi modul alkalmazása lenne szükséges.
- Az egészségügy bármely szakterületét érintő átfogó, országos illetve helyi egészségpolitikai döntések minden esetben hatnak a sürgősségi ellátórendszer működésére, ugyanakkor a sürgősségi ellátórendszert érintő változások is visszahatnak az egész egészségügyi ellátórendszerre.

Források

- Pikó, K., Berényi, T., Dózsa, Cs., et al. (szerk.) (2006) A hazai sürgősségi ellátás fejlesztésének programja.
www.msotke.hu/downloads/szakmai/surgossegi_program_2006.pdf
Letöltve: 2015.06.22.
- Mezőfi Miklós: A sürgősségi és az intenzív terápia szerepe és kapcsolata a fekvőbeteg ellátásban
www.aleph.hu/~motesz/docs/cikk11.pdf Letöltve: 2015.06.22.
- Mezőfi Miklós: Sürgősségi funkcionális kórház – válasz az egészségpolitika és a finanszírozás kihívásaira (2007)
www.memklub.hu/letoltesek/doc_download/110-mezofi
Letöltve: 2015.05.15
- Mezőfi Miklós: Sürgősségi ellátás területi tervezése és koordinációja (2007)
egk.tatk.elte.hu/index.php?option=com_docman&task=doc...gid.. Letöltve: 2015.05.15.
- Dózsa Csaba: A sürgősségi ellátás fejlesztése a Semmelweis Terv – struktúraváltás és az EU-s fejlesztések tükrében (2012)
www.msotke.hu/downloads/eloadasok/msotke2012/dozsa_csaba.pdf
Letöltve: 2015.06.22
- Dózsa Csaba: A sürgősségi ellátás költségei (2010)
www.kmcongress.com/eloadasok/msotke2010/dozsa.pdf Letöltve: 2015.06.22.
- Fehér Ottó: Vezetési tanácsadás – A PDCA (2001-2015)
<http://web.t-online.hu/siriusbt/pdca.html> Letöltve: 2015.05.15.
- Teljesítmény modellek – Benchmarking Bt
www.benchmarking.hu/teljesitmeny_mgmt/telj_model1.html Letöltve: 2015.05.15.

Bevezető

Dr. Antal Gabriella

Egy egészségügyi szolgáltató számára fontos a szolgáltatás minősége. Az egészségügy is egyfajta „piac”, egy szabályozott piac, de ugyanazok a törvények érvényesülnek. Egy szolgáltatónak azért érdeke a jó minőség, hogy a betegek, háziorvosok szemében jó híre legyen, s ezzel megalapozza hosszú-távú stabil helyét az ellátórendszerben. Az ellátottak – betegek, hozzátartozók elégedettsége tehát kulcsfontosságú, de fontos a szakmai szabályok érvényesülése, a betegek biztonsága, az alkalmazottak hozzáállása, az infrastruktúra színvonala, s mindezek biztosításának feltétele, a stabil gazdálkodás. Érthető tehát, hogy a vezetés teljes vertikumát át kell, hogy hassa a működés biztonsága folyamatos szem előtt tartása. Azt is mondhatjuk, a vezetés „csak” erről szól. Számomra nem jelent újfajta gondolkodást, hogy a minőségügy az operatív vezetés része, nem egy külön feladat a kórházban.

A múlt

Zsombikné Zsirkai Rita

Ahhoz, hogy rá tudjak világítani a mondanivalómra, szükség van egy kis visszatekintésre az elmúlt 17 évre. A Törökbálinti Tüdőgyógyintézetben az **ISO 9002:1994** minőségirányítási szabvány bevezetésére már 1998-ban történtek előkészületek. 1997. évi CLIV törvény alapján minden intézményben szükséges minőségirányítási rendszert működtetni. Az akkori vezetés is már fontos feladatának tekintette, hogy mind betegeink, mind finanszírozóink megelégedettek legyenek. Ennek elnyerése

azonban csak magas színvonalú minőségi munkával volt elérhető.

2000. december 20-21.-én került sor az első tanúsításra, mely rendszert azóta is folyamatosan fenntartunk, fejlesztünk, és újra tanúsíttatunk. Mind munkatársaink, mind a vezetőség büszke a kiépített és magas színvonalon működtetett rendszerre, melynek elválásai már rutinszerűen behívódtak intézetünk vérkeringésébe.

Dr. Antal Gabriella

Sokat lehetne arról vitatkozni, melyik a legjobb minőségügyi rendszer, melyiknek mi az előnye, jobb-e egyik a másiknál vagy sem. Ez egy felesleges polémia. Egy szolgáltatás minőségét nem a szabályok, nem az alkalmazott rendszer adja, hanem az alkalmazók hozzáállása. Tökéletesen felépített és dokumentált rendszer sem ér semmit, ha a folyamatok végén, ahol az eredménynek kell megszületnie, nem jól működik. Mert ott van a lényeg, s fordítva is igaz: bármilyen rendszert ki lehet építeni, tartalommal megtölteni úgy, hogy az eredmény jó legyen. Akkor most miért mégis BELLA? Mert ez a „miénk”. Magyar gyakorló szakemberek indultak el a leggyakoribb hibákra megoldást keresni, ők dolgozzák ki, folyamatosan alakítják, tanulják, tanítják. Közel hozta egymáshoz az intézményeket ez az új feladat, megismertük egymás dolgait, gondolkodásmódját, pezsgő viták alakulhattak ki a megbeszéléseken, képzéseken. Mert a magyar egészségügyi ellátórendszerre készül, melyre nem húzható rá egy az egyben bármilyen külföldi sablon, keretrendszer. Mert 2012 óta, mióta valamennyi fekvő-betegellátó intézmény állami tulajdonba került, szinte kínálja magát a helyzet egy egységes minőségügyi sza-

bályrendszerre. Eddig „mindenki másképp csinálta”, saját igénye és a különböző tanúsító cégek igényessége szerint. Így nem voltak az intézmények összehasonlíthatók, hisz nem voltak egységes keretrendszerek és indikátorok, és nem volt – még ma sincs – egységes akkreditációs eljárás. És mert van egy TÁMOP 6.2.5. projekt, mely összefogja az ún. „középirányító szerv”, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ valamennyi központosított irányítói feladatát, benne a minőség menedzselését is.

A jelen

Zsombikné Zsirkai Rita

2013. novemberben intézményünk csatlakozott **TÁMOP 6.2.5.A-12/1-2012-0001** azonosító számú „A Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben - Egységes külső felülvizsgálati rendszer kialakítása a járó- és fekvőbeteg ellátásban, valamint gyógyszer-tári ellátásban – című projekthez, melynek szimbolikus neve: **BetegELLátók Akkreditációja** a biztonságos betegellátásért, azaz **BELLA**. E projekt szakmai-, intézményi koordinátori tisztségét töltöm be, és e szemszögből szeretném megvilágítani a cikk mondanivalóját.

Meggyőződésem, hogy az „ISO-s múlt” nagy előny és nagy segítség volt a vezetőség kezében ahhoz, hogy az akkreditációs rendszerhez szükséges standardokat megértsük és intézményünkre nézve komplementálni tudjuk.

Előnyt jelentett számunkra, hogy minőségirányítási munkatársként, már nagy tapasztalatra tehettem szert a rendszerek terén, és minden intézményi munkatársat személyesen ismerek. Az új belépő munkatárs már belépéskor felkereste a minőségirányítási irodást és oktatásban részesült a rendszer alapjaiból. Ezt az alkalmat mindig kihasználtam arra, hogy megismerjem új munkatársunk minőség iránti elkötelezettségét, személyes múltbeli tapasztalatát és előéletét. Azon munkatársak,

akiknél egyértelműen megmutatkozott az elkötelezettség és rendszerszemlélet, már szinte azonnal a minőségirányítási csapatba bevonásra kerültek, akár folyamatgazdaként, akár auditorként. A személyes ismeret azonban a régi munkatársak esetén is nagy előnyt jelentett. Személyre szabottan lehetett tudni, mely munkatárs, milyen szinten vonható bele a minőségirányítási munkába, kinek milyen vezetői ambíciói, milyen egyéb rejtett képességei vannak, melyet a saját munkaterületén nem, de a minőségirányítás területén nagyszerűen kamatoztathat.

Az intézetben az ISO minőségirányítási rendszer kiépítésében kezdetek óta részt vettem, a folyamatok leírása és a szabályozások kidolgozása a saját kezemen keresztül történt meg, így minden szabályozott folyamatot ismerem, tudtam a helyét, ismertem a lényegét. Mindennek függvényében elmondható, hogy rendszerszinten ismerem a kórházat a BELLA-ba való belépés időpontjában. A BELLA rendszer bevezetése - véleményem szerint - vérfrissítést jelentett intézményünknek.

A felkészülési folyamat legnagyobb hozománya – úgy gondolom – a kollegiális szakmai segítségnyújtás volt. A projekt kapcsán több intézmény egyforma szemléletű, minőség iránt elkötelezett munkatársa került egymással kapcsolatba. A jó metodikák, tapasztalatok megosztásra kerültek, és nagyon sokat tanulhattunk egymástól. Véleményem szerint, nem csak megyei, most már országos szinten is elmondható, hogy ilyen szintű, szakmai összefogás semmilyen más téren nem tapasztalható.

A BELLA projekt és abban való részvétel egy új lehetőséget jelentett nem csak számomra, hanem intézetünk számára is. A standardok megismerését, közös értelmezését, átbeszélését, gyakorlati bevezetését követően a szakmai fejlődést is elősegítő szakma-specifikus standardok születtek. Ezen új szabályok elsősorban a beteg-

biztonság szemszögéből nézve lettek fontosak: eredményesebb, biztonságosabb szakmai ellátást tesznek lehetővé. Reméljük, hogy mindennek következtében betegeink elégedettsége nő, mely egyik legfontosabb és legkívánatosabb szempont az ellátók részéről. A standardok megismerése, értelmezése után az off-line önértékelések pedig feltárják a rejtett hibákat.

Könnyebb feladatok

Dr. Antal Gabriella

Számomra, mint vezető számára, sosem volt kétséges a minőségirányítás, mint vezetői eszköz alkalmazásának a jelentősége. Melyik vezető nem szeretné, ha a dolgok jól mennének az intézményében, ha tapasztalt, talpraesett humánerőforrás végezné a dolgát, ha jók lennének a szakmai mutatók, a betegelégedettség, ha kevesebb lenne a panasz, s mindez még hatékony erőforrás felhasználással is járna? Így a varázsszó mára a **minőségbiztosításról a működés biztonságára** változott. Nem volt nehéz a felső vezetésben és a középvezetésben elérni, hogy az emberek motiváltak legyenek az új rendszer kialakításában. A nagy feladat az lesz, hogy a tudást, a motivációt valamennyi dolgozóra ki tudjuk terjeszteni, hogy meg tudjuk őket nyerni az ügynek, mert a végeredmény – a végeken, a betegágy mellett – csak akkor lesz jó.

Az alábbiakban néhány, viszonylag könnyen megvalósult standard elvárást mutatok be. Minden új munkatárs egy patronáló munkatársat kap a munka kezdetén, aki motivált abban, hogy szisztematikusan mindent átadjon, majd együtt, a munkahelyi vezető bevonásával értékeli a tanultakat, s a beilleszkedés sikerességét az új munkahelyi kollektívába. Ez az értékelés a munkáltatót is hasznos információval látja el, ami a munkaviszonyra, vagy akár a bérezésre is befolyással lehet. A rendszeres vezetői ér-

tekezleteken a „Betegbiztonság” kérdése áll a fókuszban, mely áthatja a tevékenységünk teljes vertikumát. Az öt évre készített Szakmai Fejlesztési Tervben megjelennek a standard elvárásai, és mindehhez évente operatív intézkedési terveket készítünk, melyeket év végén természetesen elemzünk, értékelünk, s reményeink szerint továbbfejlesztünk. Az online NEVES – Nem Várt Események – jelentő rendszerhez kapcsolódva nemcsak számszerű adatokat kapunk vissza, valamint összehasonlítási lehetőséget más intézményekkel, hanem elemzést is a különböző lehetséges okokra. Új szakma-specifikus eljárások születtek pl.branülálás, kézhigiene, pre-, postanalitikai hibák területén, melyekhez máris klinikai auditot kapcsoltunk. Átgondoltuk a kommunikációt. Részben egy belső, aktív kommunikációs felületet alakítottunk ki, hogy mindenki hatékonyan, időtakarékosan tudjon informálódni, egyeztetni minden felmerülő kérdésben. Részben fejlesztettük az intézmény honlapján a betegeknek, lakosságnak, érdeklődőknek szóló külső kommunikációnkat (www.torokbalintkorhaz.hu).

Intézményi koordinátori feladatok

Zsombikné Zsirkai Rita

Ez első és legfontosabb dolog: vezetőségi elkötelezettség nélkül nem megy!!! Ha nincs megfelelő elhivatottság és az intézményi koordinátor megfelelő támogatása a vezetőség részéről, akkor bizony érvénybe lép az alábbi közmondás: Egy fecske nem csinál nyarat!

A vezető egyik igen fontos feladata a megfelelő intézményi koordinátor kiválasztása, mely személynek olyan munkatársnak kell lennie, aki megfelelő rendszerszemlélettel, minőségirányítási tapasztalatokkal, és vezetői, koordinátori vénával van megáldva, hisz ezek után ő lesz a vezetőség jobb keze. Az intézményi koordinátori első feladataim egyike volt, hogy olyan munkatársakat, orvosokat, szakdolgozókat vonjak be a

projektbe, akik részvételével megalakítható a betegbiztonsági team. A csoport kialakításra kétféle lehetőség kínálkozott. Vagy téma-specifikus kiscsoportok kerülnek kialakításra, vagy a betegbiztonsági team minden tagja megismer minden standardot, és részt vesz annak bevezetésében. Mi az utóbbi mellett döntöttünk. Természetesen standard szerinti folyamatgazdák (felelősök) az operatív programok keretében kijelölésre kerültek. A folyamatos információáramlás és megbeszélés egyik alappillére lett a minőségi munkavégzésnek.

Tanácsadói feladatok

Az intézményi koordinátorokkal való folyamatos kapcsolattartás és jó munkatársi viszony kialakítása nagyon fontos feladat volt. Nem csak az intézetek kaphattak hasznos tanácsot tőlem, de én, mint tanácsadó nagyon hasznos információval gazdagodtam az intézményi látogatásaim kapcsán. Segítséget nyújtottam a standardok értelmezésében, munkatársak oktatásában, a gyakorlati bevezetésben, a feladatok, felelősök, határidők megjelenésében. Tapasztalatom szerint az intézmények többségében a téma-specifikus kiscsoportok kialakítását választották módszertanként.

A jövő

Nehézségek és lehetséges megoldások

Nehézség: TÖBBLETMUNKA

Megoldás: vitathatatlan, de a végén biztonságosabb munkavégzés áll. Biztonság a betegnek és a munkatársnak is!

Nehézség: TÖBBLET IDŐRÁFORDÍTÁS

Megoldás: Igen, de megtérül. Kevesebb lesz a feleslegesen végzett feladat, egyszerűsödnek a folyamatok, kevesebb protokoll

Nehézség: HR HIÁNY (ELKÖTLEZETT EMBEREK)

Megoldás: A BELLA a HR hiányt nem oldja meg, de a feladatok racionálisabban is feloszthatók

Nehézség: MOTIVÁCIÓ HIÁNYA

Megoldás: a vezetés is elkötelezett! A Megbecsülés értékes!

Nehézség: FOLYAMATOS FEJLŐDÉS – NAPI RUTINBA ÉPÍTÉS

Megoldás: folyamatos elemzés, a rejtett hibák kiszűrése.

Nehézség: NINCS BEVEZETETT MIR RENDSZER, csak PILOT

Megoldás: De a folyamatok ismertek (of- line önértékelés segít)

Nehézség: MEGISMERTETNI ÉS ÉRTLEMEZNI A STANDARDOKAT,

Megoldás: Oktatás, Megbeszélés, Tanácsadás

Nehézség: MŰKÖDIK EZ NÁLUNK – VAGY MÉGSE?

Megoldás: A Feladatok újra átgondolása

Nehézség: HOVA ÍRJUK LE? KI FOGJA LEÍRNI?

Megoldás: Nem leírni, működtetni kell!!!!

Összegzés

Időszerű a változás. A szabvány és az irányelv típusú szabályozások évtizedek óta ismertek, sikerrel alkalmazták. A tanúsítások azonban mára inkább a stabilitást jelentik, nem a megújulást. Véleményünk szerint, szükséges az egységes állami egészségügyi rendszerben valódi egészségügyi tartalommal megtölteni egy új követelményrendszert, ezt a fenntartónak elvárni, s az intézményeket összehasonlítható mércével mérni. Az ellátás színvonalát a jövőben biztosan javítja a paradigmaváltó, beteg-centrikus gondolkodásmód, melynek középpontjában a BETEGBIZTONSÁG és a hibák kiküszöbölése áll. Valamennyi intézmény vezetését és munkatársát csak lelkesíteni tudjuk!

BELLA standardok bevezetésével kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok a Zala Megyei Kórházban intézeti koordinátori szemmel

Bognárné Laposa Ilona 

Előzmények

Az egészségügyi kormányzat 2008-ban döntötte el, hogy Európai Unió forrásból támogatást nyújt egy -standardokon alapuló-, külső értékelési rendszer, az egészségügyi szolgáltató akkreditációs rendszerének kialakítására és elindítására.

Az akkreditáció alapját az egészségügyi szolgáltatók biztonságosabb, hatékonyabb és eredményesebb működését támogató standardok jelentik.

2012. december 1. és 2014. november 30. között futó BELLA fantázia nevű TÁMOP-6.2.5.-A/12/1 jelű projektben a fejlesztők vállalták, hogy a hazai standardokat a nemzetközi követelmények mentén fejlesztik ki. Ezt követően indították el a TÁMOP-6.2.5/B-13/1-2014-0001 jelű pályázatot. A pályázati konstrukció keretében meghirdetett egészségügyi szolgáltatók akkreditációs felkészítésére Intézetünk sikerrel pályázott. A pályázat célja „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – területi együttműködések kialakítása”.

A BELLA lényege

„BetegELLátók Akkreditációja a biztonságos betegellátásért” - amely magában foglalja az ellátási formára specifikus standardokon alapuló működést, összpontosít az ismert gyengeségekre és kockázatokra, a betegellátásban érintett, szervezeti egységek standardok szerinti működését értékeli.

A standardrendszer hazai sajátosságokat figyelembe véve a megbízhatóságra fókuszál, célja a betegellátás biztonsági kockázatainak felismerése és kezelése a standardok segítségével, a betegellátási folyamat minden lényeges kockázati lépését lefedi.

A Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok (DEMIN XV.) konferencia részét képezte a BELLA standardok bevezetésének tapasztalatai, „jó gyakorlatok” bemutatása. Az előadásomban saját gyakorlatunkat vázoltam és ismertettem azokat a nehéz, de eredményes pillanatokat, amellyel próbáljuk megvalósítani a projektet, a projektben foglaltakat megvalósítani és átültetni a napi működési gyakorlatban.

Az eddigi lépések

Intézetünkben a bevezetési program 2014. október 14-én kezdődött, dr. Belicza Éva, a projekt szakmai vezetőjének bevezető előadásával, melyen -az intézet felső vezetésével közösen- részt vettek a belső koordinátori jelöltjeink (40 fő). Intézetünk oktatásához kapcsolódtak a keszthelyi és hévízi belső koordinátori munkatársak is.

A további 4 oktatási alkalommal előadásokat hallottak és konzultációs gyakorlatokon vettek részt a belső koordinátor jelöltek.

Témák voltak: esés, decubitus, nem várt események, helyzetértékelés, betegazonosítás, gyógyszerelés, betegellátás fekvő területen, betegátadás, korlátozó intézkedések, vizsgálatok és konzíliumok rendje.

Az oktatások célja, hogy a résztvevők értsék az akkreditációs standardokat, képesek legyenek ezeket saját munkahelyi környezetükben értelmezni és alkalmazni.

A program fontos résztvevői az intézeti koordinátorok, ők ezekkel az oktatásokkal párhuzamosan Budapesten felkészítő oktatásokon vettek részt.

A következő 6 hónapban a fő cél a munkatársakkal történő megismertetés, önértékelés végzése – értsék meg a standardok szerinti elvárásokat, legyenek képesek saját működésüket az elvárásokkal szemben megítélni, szükséges intézkedések megfogalmazása és konkrét tervek kidolgozása a változtatások lebonyolítására. A feladatokhoz ún. segéd- és háttéranyagokat biztosítanak a projekt szakmai vezetői, és tanácsadók segítik az intézeti megvalósítást.

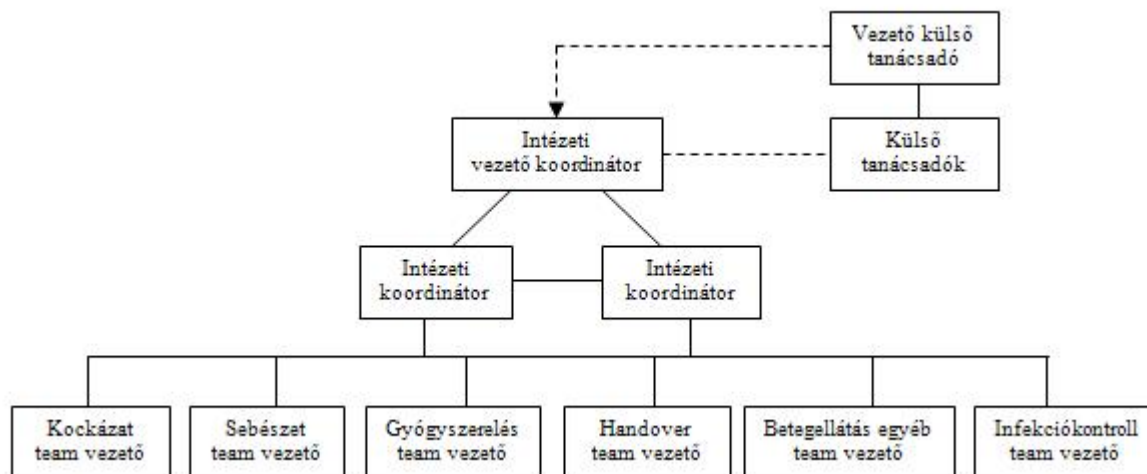
Az intézeti koordinátorok folyamatosan kapcsolatot tartanak a felső vezetéssel, a belső koordinátorokkal és minden fontos lépésről tájékoztatást adnak a munkatársaknak. Fő célunk, hogy a standardok megismerése és al-

kalmazása új ismereteket és szemléletet valósítson meg a mindennapi munkavégzésünk során. Hangsúlyt helyezünk a betegellátás javítására, fejlesztésére, biztonságára, költséghatékonyságára, törekedve a beteg- és dolgozói biztonságra.

Gyakorlati tanácsok:

- Az intézet ágyszámát, szakterületeit, magas kockázati ellátási területeit figyelembe véve határozzuk meg az intézeti koordinátorok számát.

Javasolt munkakörök: orvos, szakdolgozó, minőségirányítási szakember (vezető). A kiválasztottak lehetőleg motiváltak, a munkatársak által elfogadottak, jó kommunikációs képességgel rendelkezők, jártasak legyenek a saját szakterületükön, „minőségirányítási vénával” rendelkezzenek. (1. ábra)



1. ábra A Zala Megyei Kórház, BELLA projekt team felépítése

- A **teamek tagjainak kiválasztásakor** figyelembe kell venni a vonatkozó standardokat érintő szakmai területeket is (pl. intézeti jogász, munkavédelmi osztályvezető, higiénikus, finanszírozási és beszerzési munkatárs, stb.). Keressünk tapasztalatlant, fiatal, „örök elégedetlenkedőt”, „jó gyakorlatot” alkalmazó sikeres munkatársakat egyaránt.
- **Belső kommunikációhoz nélkülözhetetlen** az intranet használat és levelezési csoport létrehozása a teamekkel paralel. (1 fő adminisztrátor, aki összefogja a levelezést).
- A kommunikációval kapcsolatosan örök érvényű igazságok, amelyeket megtapasztaltunk:
 - o Kommunikáció csak az esetben jön létre, ha a **fogadó megértette az információkat** – a hatékony kommunikáció mindig fogadó-orientált.
 - o A **fogadó cselekvésétől függ végső soron az információ sorsa, azt elfogadja, végrehajtja, elfelejti, tagadja vagy végső esetben szándékosan ellene tesz.**
 - o Fontos tudnunk, hogy az információ elérte-e a célját? Szükség van-e további kiegészítő információkra?
 - o Kommunikáció két-irányú utca, az információ felvevője ne csak passzív résztvevő legyen, hanem **tudja, hogy észrevételeire, visszajelzéseire igényt tartunk.**
 - o Egy szó gyakran különböző dolgot jelent a két fél számára, ennek tisztázása fontos, hogy ki mit ért az adott szó alatt.

- **Team ülések előkészítése** (terembiztosítás, technika biztosítása, időpont egyeztetés, ismételt tájékoztatók a team ülésekről – egyéni egyeztetések).
- A projektterv – **GANTT időterv** (havi, heti, napi feladatok lebontása), projekt szemlélet elsajátítása, megismertetése nélkülözhetetlen a változtatások megtervezéséhez és levezényléséhez.
- **Munkatársak motiválása** a bevonás előtt (pl. orvos munkatársaknak főigazgatói motivációs találkozás), majd ezt követően sok-sok munkamegbeszélés, magyarázat, példamutatás, meggyőzés azzal kapcsolatosan, hogy nem szólunk bele a szakmai munkába, hanem a működést segítjük a standardok alkalmazásával.
- **Mini pilot projekt végzése** az általunk legjobban működő tevékenységet magában foglaló standardra (pl. betegazonosítás).

Cél a pilot projektnél felmérni az erőforrás szükségletet, időszükségletet egy-egy team ülésre (1,5 óra), az önértékelések végrehajtására, az eredmények feldolgozására, és ez alapján tervezni a többi standard bevezetését.
- Az intézeti koordinátorok által **elemző, értelmező team ülés** a külső tanácsadói team ülés előtt (a BELLA program lényegének ismertetése – 10 dia képben, közös értelmezése a standardoknak a team tagokkal).
- A team tagok esetleges igazolt távolléte, értelmezési nehézségek esetén az intézeti koordinátorok rendelkezésre állása egyéni beszélgetésre is. (személyre szóló motiváltság lehetőségének növelése).

- A team ülések előtt a tárgyalásra kerülő standardok írásos megküldése – konzultáció lehetősége.
- Személyre szóló megbízólevelek a Főigazgató által jóváhagyva.
- A **külső tanácsadók általi időterv** egyeztetése, meghatározása, lehetőség szerint nem változtatva rajta, tekintettel a műszakbeosztásokra, ügyeletekre és távollétekre.
- A standard értelmezésekor felmerülő egyéb kérdésekben ún. vendégresztvevő meghívása (pl. foglalkozás-egészségügyi orvos).
- Az **osztályos önértékelési kérdőívek feldolgozása** történjen meg a team ülésre az adminisztratív munkatárs által.
- A véleményeket és értékelést a team ülésen azokhoz a standardponthoz rendeljük, vetített formában, amelyek segítik a közös megbeszélést.
- A team megbeszéléseken a hangsúly a „jó gyakorlat” bemutatására helyeződik, pl. az önértékelés kivitelezése során alkalmazott módszerre - a kérdés mellett a gyakorlati kivitelezés megfigyelése is érdekes és tanulságos lehet. (mást mondott, és másképp végezte a műveletet az interjúba bevont munkatárs). Természetesen vita kialakulhat, és ki is alakul, ilyenkor az intézeti koordinátoroknak, team vezetőnek megfelelő technikákat kell alkalmazni annak érdekében, hogy ne fadjon el a vélemények ütköztetése – a további együttműködés ne sérüljön.
- A team megbeszéléseken az egyik intézeti koordinátor folyamatosan jegyzeteli a „jó gondolatokat”, ame-

lyek később a feladat és kivitelezés meghatározásánál hasznos segédeszköznek bizonyulhatnak.

- A team megbeszélésekről ún. **„Team programot” vezetőnk**, amelyben jól nyomon követhető az időpont, a megbeszélés témája, felelősök, határidő, feladatok.
- **Tanácsadókkal kapcsolattartás**, 24 órában elérhető elektronikus levelezéssel és telefonon. (személyekre lebontva külön nyilvántartás a szervezéssel kapcsolatos egyeztetésekről, pl. parkolás, étkezés, technika, módszer, helyszíni látogatás szervezése, stb.).

Összefoglalás

„A BELLA nem varázspálca, nekünk kell a feladatokat elvégezni, a szükséges energiát befektetni!” (Horváth Anikó, felkészítő tanácsadó, Budapest, 2015. március 25.)

Cél, hogy a munkatársak képesek és hajlandóak legyenek saját munkafolyamataik átgondolására, újratervezésére.

A légzési elégtelenség gyakori oka az akut súlyos asthma bronchiales roham, melynek során a kialakuló légúti obstrukció életet veszélyeztető állapotot idézhet elő, végső esetben akár halálhoz vezethet. Ezen betegek valóban sürgősségi ellátási igénnyel lépnek fel, tekintettel arra, hogy az életveszélyes funkciózavar miatt időkritikus kórképként kell tekintünk őket. Ezen magas időfaktorú állapotban, a nem megfelelő rizikófelmérés eredményeként az adekvát terápiával való késlekedés egyértelműen hozzájárul a folyamat progressziójához, ezáltal olyan invazív beavatkozások válhatnak szükségessé (endotrachealis intubáció, invazív gépi lélegeztetés stb) melyek jelentős megbíztonsági kockázatokat is magukban hordoznak, amellett, hogy jelentősen megnövelik a kórházban, az intenzív osztályon töltött napok számát és ezáltal az ellátás költségét. Ebben az áttekintő cikkben bemutatásra kerülnek a prehospitális és hospitalis sürgősségi ellátó rendszer által alkalmazott diagnosztikus lehetőségek ezen betegcsoport helyes rizikó statifikációjához. Ismertetjük az állapotsúlyosság meghatározásához szükséges eszközrendszereket és a hazánkban alkalmazott triázs rendszert, mely a sürgősségi osztályos ellátás során meghatározza az ellátás időbeli sürgősségét, megfelelő eszközt és humán erőforrást rendel a beteg ellátásához, a rendelkezésre álló erőforrások optimális allokációja révén. 

Kulcsszavak: asthma bronchiale, sürgősségi ellátás, rizikó meghatározás, triázs rendszer

Bevezetés

Az asthma bronchiale krónikus légúti gyulladásos betegség, melyet bronchospasmus, bronchialis oedaema és váladékretenció kísér. A kezelésben döntő szerepe van a megfelelő szintű kontroll elérésének, mellyel a heveny fellángolások száma, a sürgősségi megjelenések illetve a kórházi felvételek csökkenthetőek, továbbá az ellátásra fordított költségek is mérsékelhetőek.

Az akut exacerbáció során a nehézlégzés progresszíven fokozódik, köhögés, sípoló légzés, mellkas feszülés lép fel, ennek tükrében a GINA (Global Initiative for Asthma) klasszifikációja alapján 4 súlyossági kategóriát (**1. sz. ábra**) különítünk el:

1. enyhe
2. középsúlyos
3. súlyos
4. életveszélyes asthma= fenyegető légzésleállás

A súlyosság megítélése a következő szempontok figyelembe vételével történik: nehézlégzés, beszédkészség, tudatállapot, légzésszám, légzési segédizmok használata, „zihálás”, pulzusszám, pulzus paradoxus jelenléte, PEF (Peak Expiratory Flow), artériás oxigén és szén-dioxid érték, szaturáció eredménye (**1. ábra**).

Az exacerbáció súlyossága	Enyhe	Közép-súlyos	Súlyos	Életveszélyes-fenyegető légzésleállás
Nehézlégzés	járaskor	beszédkor	nyugalmi	
Testhelyzet	fekszik	ül	Kitámaszkodva ül	
Beszéd	folyama- tos	szaggatott	szavakat mond	zavart
Éberség	mérsékelt izgatottság	izgatottság	erős nyugtalan-ság	zavartság, aluszékony-ság
Légzés szám	emelkedett	emelkedett	>30/perc	
Légzési segédizmok	nem	igen	igen	paradox
Sípolás	mérsékelt	hangos	hangos	„néma tüdő”
Pulzus	<100/perc	100-120/perc	>120/perc	bradycardia/-tachycardia
Pulzus paradoxus	nincs	10-25 Hgmm	>25 Hgmm	hiányzik, kifáradás
Csúcsáramlás (PEF) a referenciaértéke %-ban	>80%	60-80%	<60%	nem mérhető!
PaO2	normális	>60 Hgmm	< 60 Hgmm	
PaCO2	<45 Hgmm	<45 Hgmm	>45 Hgmm	
SaO2	>95%	91-95%	<90%	

1. ábra Állapot súlyosság meghatározása

Alapvetően az enyhe exacerbáció otthon kezelhető lenne (házi orvos, házi orvosi ügyelet), a közepesen súlyos, amennyiben a bevezetett kezelésre nem következik be megfelelő állapotjavulás (objektív paraméterek alapján) kórházi beutalást igényel.

A súlyos és életveszélyes állapot ellátása a sürgősségi ellátó rendszer (mentőszolgálat, sürgősségi osztály) feladata, ahol a súlyosság megítélése, a rizikóorientált megközelítés, a légúti obstrukció oldása, az oxigenizáció biztosítása, az ismételt exacerbáció megelőzése valamint a rizikóorientált diszpozíció képezik az ellátás gerincét.

Mit jelent ez a sürgősségi ellátó rendszernek?

Az USA-ban 2007-ben 1.75 millió sürgősségi osztályos megjelenés és 456.000 kórházi felvétel háttérében állt akut asthma bronchiale vezető diagnózisként (1). Látható, hogy a megjelent esetek közel negyede került csak hospitalizációra, a betegek nagy része tehát a sürgősségi ellátás keretei között ellátható volt. Hazánkban az egészségügyi ellátó rendszer átalakításával a megjelenő sürgősségi betegellátó osztályok vették át az akut asthma bronchiales betegek ellátását a belgyógyászati, tüdőgyógyászati osztályoktól. Ez a változás 2006-tól kezdődően érzékelhető és az OEP adatbázisában láthatóan mintegy négyszeres betegforgalom növekedést jelentett 2006-2010 között (2). Feltehetően az azóta megnyíló sürgősségi osztályokkal ez a szám tovább növekedett és a betegek ellátása gyakorlatilag teljesen a sürgősségi osztályokra strukturálódik.

Prehospitalis sürgősségi ellátás lehetőségei

Általánosságban megállapítható hogy az asthma bronchiales betegek akut exacerbációja döntően az Országos Mentőszolgálat mentőegységei, kisebb arányban a háziorvosi, házi orvosi ügyeleti szolgálatok által kerülnek ellátásra.

Alapvetően az iránydiagnózisként fulladást-nehézlégzést panaszoló betegekhez az Irányító Csoport prioritás I. szint alapján eset illetve rohamkocsi szintű mentőegységet riaszt. Ezen mentőegységek egészségügyi szakmai személyzete mentő-szakápoló mellett esetkocsin általá-

ban mentőtisztet (főiskolai diplomával rendelkező magasan képzett sürgősségi szakember), rohamkocsi szinten pedig oxyológus-sürgősségi szakorvost jelent.

Az eszközös feltételrendszer gyakorlatilag mindkét szinten közel azonos: Lifepak 12 vagy Lifepak 15 EKG-defibrillátor-monitor egység (non invasív vérnyomásmérő, pulzoxymeter, EKG, capnographia). A prehospitális sürgősségi ellátás során dominálón a fizikális vizsgálat és az eszközös vizsgálatok (pulzoxymetria) adta eredmények képezik a súlyosság megítélésének és a kezelés megválasztásának, a gyógyintézetbe utalás elbírálásának alapját. Az ágy mellett elvégezhető noninvasív légzésfunkciós vizsgálatok (PEF, FEV1 mérés) fontos szerepet kaphatnak az ellátás során, tekintettel arra, hogy könnyen hordozható készülékről van szó, melynek eredménye objektíven tükrözi a beteg állapotsúlyosságát és a folyamat progresszióját. Döntéstámogató szerepet kaphat a kezelés optimalizációjában, a korai noninvasív lélegeztetés elbírálásában.

A gyógyszeres lehetőségek megfelelnek az érvényben lévő irányelvekben megfogalmazottaknak, így lehetőség van gyors hatású hörgőtágító (salbutamol) aerosol, illetve nebulizátor segítségével kombinált hörgőtágító és anticolinerg szer (ipratropium bromid és fenoterol) inhalációs alkalmazása mellett, sc. súlyos esetben iv. adagolható béta 2 mimetikum (terbutalin-szulfát) adagolására. Természetesen rendelkezésre állnak a szteroid (metylprednisolon 40mg) és a metilxantin (teophyllin) származékok is.

Minden emelt szintű mentőegység rendelkezik az oxigenizáció alábbi eszközeivel:

- a. oxigén szonda
- b. oxigén maszk

- c. nem vissza légző szelepes reservoiros oxigén maszk
- d. magas áramlású oxigén hajtotta nebulizátoros maszk
- e. lélegeztető ballon több méretű arcmaszkkal
- f. lélegeztető gép (dominálon IPPV és SIMV illetve CPAP, BiPAP üzemmóddal)

Bizonyos mentőegységeken elérhető a noninvasív lélegeztetés eszközrendszere, és az időben prehospitálisan elkezdett noninvasív lélegeztetéssel elkerülhetők az invasív gépi lélegeztetéssel és endotracheális intubációval járó kockázatok, szövődmények, komplikációk.

Szintén elérhető az oxigenizációt és monitorozást együttesen biztosító oxigén szonda+ capnograph egység, melynek használta sajnos jelenleg erősen opcionális pedig az asthma bronchiales rohamban a hörgőgörcs mérséklődése, enyhülése a capnographias görbén nyomon követhető, így a terápiára adott válasz egzaktabban megfigyelhető, mérhető és dokumentálható.

Lehetőségek a sürgősségi osztályon

A sürgősségi osztályra érkező betegek ellátása és menedzselése jól meghatározott elvek és folyamatok alapján történik, melyben alapvető a rizikóorientált szemlélet, az idődependencia az erőforrások optimális allokációja érdekében. Ennek egyik rendszerszintű alapkőve a betegosztályozási- triázs rendszer működtetése, melynek alapján a mentőszolgálat által beszállított és a spontán érkező betegek is egységes szakmai megítélés alá esnek.

A Canadai Triage rendszer hazai adaptációja az egységes Magyar Sürgősségi Triázs rendszer (MST) alapvetően öt állapotsúlyossági kategóriába sorolja a betegeket, melyben az akut légzőszervi kórképek dominálón az első három súlyossági kategóriába tartoznak, ez is jelzi ezen folyamatok időkritikus voltát. Az életveszélyes asthma bronchiales roham azonnali, a súlyos asthma bronchiales roham (PEF < 40 %) a kritikus, míg az enyhe

illetve közepes súlyosságú asthma bronchiale ($PEF > 40\%$) a sürgős kategóriába sorolandóak, meghatározott ápolói és orvosi kontaktidőkkel! Ezen idők betartása gyakorlatilag az egyik legjellemzőbb minőségi indikátora lehet egy sürgősségi osztály működésének. Mint látható triázs szinten az állapot súlyosság megítéléséhez is alapvető a noninvasív légzésfunkciós vizsgálatok alkalmazása, sajnos napi gyakorlat szintjén kevés osztályon alkalmazzák. Természetesen sürgősségi osztály szintjén ezen betegeknél az alapvető pulzoxymetria kiegészül(het) vérgáz vizsgálattal POCT szinten.

Az invazív artériás vérgáz vizsgálat indikációs köre is egyértelmű, rutinszerűen nem indokolt minden állapot súlyossági kategóriában, csak ha a $PEF < 50\%$, kezdeti kezelésre nem reagáló esetekben illetve tudatzavar esetén indokolt! A hagyományos képalkotó vizsgálatok (AP mellkas rtg) gyakran túldimenzionáltak, nem minden beteg esetében ajánlottak, mivel nincs bizonyíték arra, hogy a leletnek szövödménymentes asthmás fellángolás eseteiben terápiás konzekvenciája lenne, zajló infekció esetén, pneumothorax gyanújakor jöhetnek szóba. A rutin laborvizsgálatok szerepe is kérdéses, az akut fellángolások esetében az enyhe és közepes súlyos epizódokban nincs szerepük, infekció gyanúja esetén, illetve súlyos és életveszélyes rohamokban adnak érdemi segítséget. Minden akut asthma exacerbációban rutinszerűen tehát nem indokoltak!

A sürgősségi osztályon nyújtott kezelés célja a súlyos hipoxémia rendezése, a légúti obstrukció gyors megszüntetése, valamint a relapszus kockázatának csökkentése a terápiás válasz gondos követésével, valamint a rizikóorientált diszpozíció.

A hipoxémia rendezésére a prehospitális ellátásban is használatos eszközök mellett két speciális eszköz (a

kontrollált oxigénadást biztosító Venturi rendszer, illetve a Boussignac CPAP rendszer) is rendelkezésre áll, melyek által nyújtott előnyöket nem aknázzuk ki teljes mértékben. A kontrollált alacsony áramlású oxigenizáció jelentőségét támasztja alá, hogy a súlyos exacerbációban folyamatos pulzoxymetriával ellenőrizve jobb kimenetelt eredményez, mint a magas áramlású 100 %-os O_2 adása (3). A légúti obstrukció gyors rendezésének legjobb módja a rövid hatású béta-2-agonisták (SABA) adása, melynél az adagolást elősegítő toldalékoknak-spacereknek nagy jelentősége van nem csak gyermekek esetében, hanem a kevésbé együttműködő, nem teljes körűen edukált felnőtt betegeknél is.

Felnőttek és gyermekek közepes-és súlyos exacerbációjában az egyedül alkalmazott SABA-hoz képest ipratropium bromiddal kiegészítve csökkent a hospitalizáció és a PEF/FEV_1 javulása nagyobb mértékű volt (4).

A szisztémás kortikoszteroid korai bevetése csökkenti a relapszus valószínűségét, sürgősségi osztályos felvétel után egy órán belül alkalmazott kortikoszteroid (felnőtt: 120-180 mg/nap iv. 3-4 adagban elosztva 48 órán át, majd 60-80 mg/nap, majd tovább csökkentve; A evidencia), csökkenti a kórházi felvételek számát (5). Minőségi indikátorként szintén jól alkalmazható.

A hagyományos szerekhez adott intravénás metilxantin származékok (aminophyllin, theophyllin) sem a gyermekek, sem a felnőttek asthma bronchiales fellángolásának kezelésében nem jár további haszonnal a kórházi felvételek számának csökkentésében (6). Ugyanakkor jelentősen megnő a mellékhatások valószínűsége, elsősorban a hányásé, a szívdobogásérzésé és a szívritmuszavaré, egyedül terápia rezisztens súlyos epizódban lehet indokolt (7). Sajnos ennek alkalmazása mind a prehospitális, mind a kórházi sürgősségi ellátás során

időnként rutinszerűen történik, nem pedig a valós állapotsúlyosság alapján.

Intravénás magnésium-szulfát rutinszerű használata szintén nem ajánlott. Alkalmazása javasolt kezdeti kezelésre nem reagáló esetekben (FEV₁ <25-30 %), perzisztáló hypoxaemiában, ekkor 2 g-ot alkalmazunk 20 perc alatt iv. infúzió formájában, nebulizált formában salbutamollal is alkalmazható (8).

A nem invazív, pozitív nyomású lélegeztetés (CPAP+NIV) a súlyos akut fellángolások szokásos kezelése melletti kiegészítő módszer. A beavatkozás ígéretes eredményeket hozott az objektív tüdőfunkciós paraméterek terén, és csökkentette a kórházi felvételek számát (9)! Hangsúly a korai elkezdésen és a megfelelő beteg kiválasztáson alapul. Sürgősségi osztályon az általa nyújtotta lehetőségeket nem kihasználni elfogadhatatlan, sőt a prehospitális gyakorlatban is jelentős segítséget nyújthat megfelelő eszközrendszer és felkészültség esetén.

Amennyiben a folyamat progressziója miatt endotrachealis intubáció és invazív gépi lélegeztetés történik, mint nagy rizikójú betegcsoportnál különös gondossággal kell eljárni. A gyorsított intubáció (RSI technika: iv. narcotikum és relaxáns), megfelelő gyógyszerválasztás mellett is biztonságosan akkor alkalmazható, ha a nehéz légút biztosítás és a sikertelen légút menedzselésére is rendelkezünk tervvel, eszközrendszerrel valamint megfelelő gyakorlattal, ez kiemelkedően fontos betegbiztonsági szempont ezen betegcsoport sürgősségi ellátása során.

Az ellátási folyamat utolsó elemeként következik, de jelentősége óriási, a rizikóorientált elbocsátás (diszpózió). Melyik beteget bocsájthatjuk haza, milyen feltételek teljesülése mellett, melyik beteget kell mindenáron

hospitalizálni, és melyik osztály biztosítja számára a legmegfelelőbb ellátást (intenzív osztály, pulmonológia, belgyógyászat stb), ezek a legfontosabb eldöntendő kérdések, melyet a sürgősségi orvosnak gyakran pulmonológiai konzílium nélkül kell meghoznia!

Kezelés után 1 órával a klinikai állapot és a légzésfunkciós eredmények (PEF/FEV₁) jobban tükrözik a hospitalizációs igényt, mint az érkezéskori státus. Hospitalizáció ajánlott, ha a kezelés előtt a PEF/FEV₁ <25%, vagy a kezelés után <40%. Amennyiben a kezelés után a PEF/FEV₁ 40-60 % közötti megfelelő rizikófelmérés után dönthetünk a beteg otthonába bocsátásáról.

Rizikófelmérés szempontjai:

- nem
- idős kor
- >8 exp. SABA használat 24 óra alatt
- exacerbáció súlyossága
- anamnesisben súlyos-életveszélyes roham (intubáció, gépi lélegeztetés)
- gyakori sürgősségi ellátási igény
- orális szteroid használat

A hazabocsátás feltétele, hogy a beteg után-követése biztosított háziorvosi szinten (egy héten belül pulmonológus), ellenőriztük a beteg gyógyszerhasználatát, az inhalációs készítmények (rohamoldók) alkalmazását, írásos utasítással látjuk el a beteget ismételt állapotromlás esetén.

Módszer

Vizsgálatunk során arra kerestük a választ, hogy ki és milyen keretek között látja el az egyes állapot súlyosságai csoportokba tartozó betegeket, valamint hogyan tudott a hazai sürgősségi ellátó rendszer (prehospitalis és hospitalis) megfelelni ezen kihívásoknak.

Az Országos Mentőszolgálat emelt szintű mentőegységei (eset kocsai), illetve Kórházunk Sürgősségi Betegellátó Osztálya által 2014. november-2015. május között ellátott asthma bronchiales betegek ellátását elemeztük. A mentőszolgálat esetautóit PEF/FEV1 mérésre alkalmas csúcsáramlás- mérővel szereltük fel és ugyanezt a készüléket használtuk a Sürgősségi Betegellátó Osztályon a beérkező betegek állapot súlyossági besorolása (triázs) során, illetve a kezelésre bekövetkező választ is ezzel monitoroztuk. A mentőszolgálatnál alkalmazott esetlapok, illetve a kórházi betegdokumentáció (triázs lap, ambuláns lap, zárójelentés) áttekintésével elemeztük az állapot súlyossági kategóriákat, a diagnosztikus és terápiás ténykedéseket, a diszpozíciós döntéshozatal alátámasztottságát. Abban az esetben, ha a beteg elvárt PEF/FEV 1 értékei nem voltak ismertek, a referenciaértékekhez viszonyítottuk a légzésfunkciós eredményeket, melyet kor, nem és testmagasság alapján normogramból határoztunk meg. Minden betegnél három mérést végeztünk és a legjobb eredményt vettük alapul. Szintén megteremtettük a vizsgálatban résztvevő mentőegységeken a noninvasív lélegeztetés eszközrendszerét (CPAP és NIV maszkok formájában) és az orvos és mentőtisztek részére elméleti és gyakorlati felkészítést végeztünk, mely kiterjedt a csúcsáramlás-mérő készülék helyes használatára, illetve a noninvasív lélegeztetés prehospitalis lehetőségeire és módozataira.

Eredmények

2014. november-2015. május között összesen 52 beteget vontunk a vizsgálatba, akik asthma bronchiale akut exacerbációja miatt kerültek a sürgősségi betegellátás rendszerébe. 16 férfi (átlagéletkor:55.25 év) és 36 nő (átlagéletkor:49.22 év).

A betegek 27%-a (14 beteg) helyszíni mentő ellátást követően otthonukban maradtak, kórházi beszállításra nem került sor. A helyszínen maradt betegek túlnyomórészt az enyhe (28%) és közép súlyos (43%) állapot súlyossági kategóriába kerültek, 29%-uk azonban az elsődleges állapotfelmérés során (légzésszám, szívfrekvencia, Spo2 érték, PEF alapján) súlyos akut asthmában szenvedtek. Ez utóbbi csoportban megfigyelhető a kezdeti kezelésre bekövetkező kedvező válasz mellett (Spo2 emelkedése, légzésszám csökkenés, PEF javulása) a beteg saját felelősségére történő lakáson hagyás, ahol az állapotváltozás objektív értékekkel történő alátámasztása (PEF javulás) és ennek egészségügyi dokumentációban történő pontos rögzítése elengedhetetlen kíváncsi a prehospitalis ellátóval szemben! (1. táblázat)

Prehospitalis ellátás	n=52
Ventolin 2 exp.	54 %
Ventolin > 2 exp.	4 %
Berodual oldat	70%
Steroid (metilprednizolon) 40 mg	19 %
Steroid (metilprednizolon) 80 mg	57%
Steroid (metilprednizolon) 120 mg	16%
Steroidot nem kapott	8%
Aminophyllin (theophyllin)	43%
Magnezium-szulfát	50%
Oxigén (6-12 l/min)	87%
Spo2 mérés	100 %
PEF/FEV 1 mérés	53%

1. táblázat Prehospitalis ellátás

A sürgősségi betegellátó osztályra került betegek 21%-a enyhe, 47 % közepes, 32 % súlyos állapotkategóriába tartozott és mindössze a betegek 37 %-a igényelt kórházi felvételt, a betegek nagy része (63%) sürgősségi ellátást követően otthonába bocsájtható volt. A sürgősségi ellátást követő hazabocsájtás után ismételt hospitalizációra (14 napon belül) nem került sor. Mindösszesen a betegek 5%-ánál volt szükség non-invasív lélegeztetésre és 2 %-uk igényelt endotracheális intubációt és invasív lélegeztetést.

A sürgősségi betegellátó osztályon minden betegnél történt saturatio mérés, 68 %-ban artériás vérgáz vizsgálat, légzésfunkciós vizsgálat a betegek 83%-ánál, mellkas rtg 53%-ban készült, laboratóriumi vizsgálatra pedig 84 %-ban került sor (**2. táblázat**)!

Sürgősségi osztályos ellátás	n=38
Ventolin 2 exp.	37%
Berodual oldat	69%
Bricanyl sc.	10 %
Steroid (metilprednizolon) 40 mg	11 %
Steroid (metilprednizolon) 80 mg	5 %
Steroid (metilprednizolon) 120 mg	5 %
Aminophyllin (theophyllin)	27 %
Magnezium szulfát	42 %
Oxigén (4-8 l/min)	53 %
Non invasív lélegeztetés	5%
Intubáció, invasív lélegeztetés	2 %

2. táblázat Sürgősségi osztályos ellátás

Megbeszélés

Az akut asthma exacerbáció sürgősségi ellátásának alapja az objektív állapot meghatározásra alapuló súlyossági besorolás és az ezt követő minél adekvátabb ellátás, melyben a gyors hatású hörgőtágítóknak (SABA) illetve a korai szteroid kezelésnek van a legnagyobb je-

lentősége, a kontrollált oxigenizáció mellett. Sajnos hazánkban a betegágy mellett használható légzésfunkciós készülékek (PEF/ FEV 1 mérés) nem igazán terjedtek el, pedig a beteg saját maga képes lenne értékelni állapotváltozását és megfelelő oktatás mellett képes lenne saját gyógyszerelését ehhez mértén módosítani. Az enyhe és közepesen súlyos exacerbációk megfelelő háziorvosi kontroll mellett otthon is kezelhetők lennének, de sajnos mivel a háziorvosi eszközrendszer nem tartalmazza az állapotsúlyosság korrekt megítéléséhez és a kezelésre bekövetkezett válasz értékeléséhez szükséges eszközöket (pulzoxymeter, csúcsáramlás mérő készülék), ez hazánkban nem igazán valósul meg. Ezért is figyelhető meg, hogy még az enyhe és középsúlyos állapotú betegek is nagyrészt a sürgősségi ellátó rendszerhez fordulnak, nemegyszer felesleges terhelést okozva. Magának a noninvasív légzésfunkciós eszközöknek a sürgősségi ellátásban (háziorvosi ügyelet, mentőszolgálat, sürgősségi osztály) való rendszeresítése bizonyosan hozzáadott értékkel szolgálna az akut asthma exacerbációk kedvezőbb ellátásához, mivel látható hogy a legfontosabb első vonalbeli szereket, a gyors hatású hörgőtágítókat még így sem alkalmazzák az indokolt mértékben. Szintén megfigyelhető a szteroidok indokolatlan mellőzése és a metilxantin származékok illetve a magnezium-szulfát túlzott (időnként indokolatlan) használata.

Amennyiben a PEF/FEV1 vizsgálat lehetősége adott, ennek a diagnosztikai lehetőségnek mellőzése a szakmai igénytelenség kategóriájába tartozik, tekintettel arra, hogy egy olyan noninvasív eszközről van szó, mely objektíven tükrözi a súlyossági állapotot, a terápiára bekövetkezett választ. Jelentőséggel bír, a diszpozíciós döntéshozatalban valamint csökkenthetné az esetenként indokolatlan invasív artériás vérgáz vizsgálatok számát!

A noninvasív lélegeztetési lehetőségek (CPAP, BiPAP) megteremtésével, a prehospitális sürgősségi ellátásban, lehetővé válna az endotracheális intubáció (iv. narcotikum és relaxáns használatával) és pozitív nyomású lélegeztetés (IPPV) elkerülése, annak minden ismert szövődményével (barotrauma, lélegeztetéssel összefüggő infekciók stb) együtt. Betölthetnénk egy jelenleg tátongó űrt az oxigenizációs lehetőségek és a gépi lélegeztetés között.

Irodalom

1. Akinbami Lj, Moorman JE, Liu X: Asthma prevalence, health care use, and mortality: United States, 2005-2009. Natl Health Stat Report. 32:1-14 2011.
2. Az asthma bronchiale diagnosztikája és gyógyszeres kezelése felnőttkorban. OEP Finanszírozási protokoll, Budapest, 2011.08.11.
3. Global Strategy for asthma management and prevention (2014.)
4. Rodrigo GJ, Castro-Rodriguez JA. Anticholinergics in the treatment of children and adults with acute asthma: asystematic review with meta-analysis. Thorax 2005;60:740-6.
5. British guideline management of asthma (2012.)
6. Nair P, Milan SJ, Rowe BH. Addition of intravenous aminophylline to inhaled beta(2)-agonists in adults with acute asthma. CochraneDatabaseSystRev2012;12:CD002742
7. Egészségügyi szakmai irányelv –Az asztma diagnosztikájának, kezelésének és orvosi gondozásának alapelveiről felnőttkorban- Klinikai egészségügyi szakmai irányelv, 2014.
8. Powell C, Dwan K, Milan SJ, et al. Inhaled magnesium sulfat in the treatment of acute asthma. Cochrane DatabaseSystRev2012;12:CD003898.

9. LimWJ, Mohammed Akram R, Carson KV, et al. Non invasive positive pressure ventilation for treatment of respiratory failure due to severe acute exacerbations of asthma. Cochrane Database Syst Rev 2012;12:CD004360.
10. Barnes P.J. Theophylline. Am J Respir Crit Care Med, 2013.188.901-906.
11. Lazarus SC. Emergency treatment of asthma. N Engl J Med. 2010;363(8):755–764.
12. Fanta CH. Asthma. N Engl J Med. 2009;360:1002–1014

Hirdessen a

MAGYAR MINŐSÉG[®]-ben
a Magyar Minőség Társaság havi folyóiratában

Jók a legjobbak közül

Beszélgetés Dr. Pápai Györggyel

Sződi Sándor



„...Az a legfontosabb számomra, ha a beteg visszamosolyog ránk, amint megnyugszik. Nagyon hiszek a „jó szó” erejében.! ”

Dr. Pápai György

- Szeretnék kérni egy rövid szakmai önéletrajzt, bemutatkozást!

- 1969 szeptember 30-án születtem Nyíregyházán. A Krúdy Gyula Gimnáziumban érettségiztem 1988-ban. A Mentőszolgálatnál ezt követően, a gimnázium befejezése után kezdtem el dolgozni a sikertelen felvételimet követően. Mentőápolóként kezdtem a munkát, még a régi Nysa, UAZ időszakban, kemény telek idején. Eleinte természetesen utolsó soros mentőkocsival, majd szépen lassan eset-, majd roham ápolóként a nyíregyházi, kisvárdai és debreceni mentőállomásokon. Az egyetemi évek alatt is dolgoztam félállásban az OMSZ-nál, majd mentőtiszt-III-ként Debrecen, Berettyóújfalu és Létavértes mentőállomásokon vonultam. 1996-tól belgyógyászként dolgoztam a nyíregyházi Megyei Kórházban, e mellett Mátészalkán és Nyíregyházán vonultam mentőorvosként. 2001-ben belgyógyászati szakvizsgát tettem, majd 2005-ben oxyologus lettem, 2009-ben pedig a sürgősségi szakvizsgát szereztem meg. 2005-től a nyíregyházi mentőállomás vezetője-

ként dolgoztam már főállású munkaviszonyban, 2006. szeptember 1-től pedig az Észak-alföldi Régió orvos igazgatójaként végzem munkámat. Jelenleg a honvédkatasztróorvostani szakvizsgám előtt állok, emellett a LAKIDI doktori iskolában a PhD fokozat megszerzése előtt állok. 2006-tól 2008-ig egészségügyi szakmenedzseri iskolát jártam ki, majd kaptam diplomát a Debreceni Egyetemen és ez év júniusában a Népegészségügyi Karon megszereztem a menedzseri diplomám mester fokát is. 2015. márciusában a Hajdú-Bihar Megyei Orvosi Kamara az „Év Orvosa”-nak választott. Edigi munkám során igyekeztem a régió munkáját megfelelő módon koordinálni, kiemelten a szakmaiságra fordítottam nagyobb hangsúlyt, képzések, tanfolyamok és ellenőrzések alkalmával. Jelentős szerepet vállaltam a régióban a cardio és cerebrovasculáris betegek ellátásának és betegút rendszerének a kidolgozásában, emiatt a Magyar Stroke Társaság tiszteletbeli tagja is lettem.

- Mi motivált elsősorban, amikor a mentőszolgálat mellett döntöttél?
- Imádom a hirtelen és váratlan szituációkat és a gyors döntési helyzeteket. Nagyon fontos az is, hogy az igazi nagy bajban, gyorsan és jól döntve legyek képes valóban megmenteni valaki életét.
- Több előadásodat volt alkalmam hallgatni és ezek mindig arról győztek meg: a minőség iránt nagyon elkötelezett vagy.
- Csak így lehet minőségi munkát végezni, ha azt a minőségbiztosítási alapelvek mentén végezzük. Nekünk, a sürgősségben dolgozóknak, az első vonalban nagyon kell az, hogy meghatározott, ellenőrzött szakmailag minőségbiztosított eljárási rendek, protokollok alapján végezzük a munkánkat, itt nincs idő sokat gondolkodni, töprengeni az eddigi tapasztalatainkon, hanem egy nagyon komoly eljárásrendet követve lehet csak helyesen és a beteg érdekében a legjobban dönteni. Ezek nem közhelyek.
- Mi jelenti számodra minőséget? Mit értesz a mentés minőségén? Jelent-e a minőség versenyelőnyt munkátokban?
- A mi munkánkban ezt nagyon nehéz mérni, de szükséges. Az utóbbi években építette ki a Mentőszolgálat szakmai vezetése azokat a „legjobb gyakorlat” alapján végzendő tevékenységeink pontos és szabályozott leírását, ami komoly előrelépés a minőséggel végzett, helyszíni sürgősségi munka megteremtése felé, ebben nagyon bízunk és ezt támogatjuk is.
- Tudom, hogy fontosnak tartod a folyamatos fejlesztést, a modern technikák követését. Hogyan tudod ismerek

teidet fejleszteni. Mit teszel a személyes megújulásod érdekében?

- Minden évben, akár többször is átnézem a szakmai ajánlásainkat, protokolljainkat. Ezeket megpróbálom tanítani is. Egy-egy új külföldi szakmai ajánlás most már nagyon hamar eljut hozzánk, és ennek a szellemében írjuk át az ajánlásainkat. A legjobb példa erre: a stroke-ról szóló amerikai ajánlás megjelenése után pár hónappal már mi is kiadtuk a szakmai grémium által láttamozott ajánlásunkat, azóta is ezek alapján végezzük a munkánkat, remélem az ideggyógyászok legnagyobb meglepetésére.
 - Saját régiódban melyek a mentőszolgálat legfontosabb tennivalói?
 - Én elsősorban szakmai vezető vagyok, így számomra az a fontos, hogy a betegek a legmagasabb szakmai színvonalon kapják meg az ellátást, és nekem ez a legfontosabb! Az összes többi csak a vezetőséggel járó teher, itt elsősorban a jogi, műszaki, gazdasági stb. tennivalókra gondolva. Emiatt a szakmai fejlődést, ellenőrzést, iránymutatást tartom a legfontosabbnak, ebből sosem lesz elegendő.
 - Mentős múltadból, eseteidből légy szíves kiemelni néhány siker-történetet!
 - 1989. január 16. hajnal 2 óra 10 perckor vezetem le az első szülést egy Nysa-ban. Hát az nagy élmény volt, szerintem minden résztvevőnek! Azóta több is volt már, de az első...
- A legfontosabb számomra az, ha a beteg visszamosolyog ránk, ha megnyugszik. Én nagyon hiszek a „jó szó” erejében! És ezt nagyon könnyű elérni kivonulásaink során, akár minden nap is. Sikertörténet számomra a

transztelefonikus EKG rendszer kidolgozása és bevezetése, amellyel tudom, hogy több ember életét mentettük meg, de ugyanilyen a stroke ellátási szabályunk is, amellyel meg nagyon sok embert mentettünk meg a féloldali bénulástól, beszédképtelenségtől.

- **Hogyan értékelik az emberek a mentősök munkáját? Javult-e az állomány presztízse?**
- Általában pozitívan értékelik a munkánkat, én ezt hiszem, hogy a mentők presztízse magas. Sajnos az anyagi megítélésünk nem olyan jó, de ez jellemző a többi, az egészségügyben dolgozóra is. Jó hallani az utcán, boltban a lakosoktól, hogy elismernek bennünket, tisztelik a munkánkat.
- **A családi háttér mennyire segíti munkádat?**
- Nagyon. Feleségem, Dr Kamarási Viktória gyermekorvos és az Egészségügyi Kar oktatója, két iker-gyermekem, Benjámin és Gréta pedig 8 évesek. Nekem ők hárman a legfontosabbak a világon.
- **Jut időd pihenésre, kikapcsolódásra? Mi a kedvenc hobbid?**
- Nem nagyon, de én így szeretem. Ha mégis jut, akkor a gyermekeimre és a családomra fordítom, kirándulunk, „Magyarország száz csodája” című könyvek tartalmát próbáljuk megtekinteni és emellett a barátainkkal vagyunk. Velük főzünk, sportolunk, játszunk társasjátékot.
- **Nagyon szépen köszönöm válaszaidat! További munkához sok kitartást és nagyon jó egészséget kívánok!**

**Érdeklik a minőségügy fejleményei?
Találkozni szeretne a legismertebb
szakemberekkel?**

**Fejleszteni szeretné minőségügyi
ismereteit?**

**Kérjük legyen tagja a
Magyar Minőség Társaságnak!**

[Lépjen be itt](#)

A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI

➤ Minőségszakemberek Találkozója

2015. november 03.

Tervezett pályázatok:

- Magyar Minőség Háza Díj 2015.
- Magyar Minőség Szakirodalmi Díj 2015.
- Az Év (szakterület megnevezése) Irányítási Rendszermenedzsere 2015.
 - Magyar Minőség e-Oktatás Díj 2015.
 - Magyar Minőség Portál Díj 2015.
 -

Pályázati Díjak és a **Magyar Minőség** elektronikus folyóirat legjobb szerzőinek Díj ünnepélyes átadása

XXII. NEMZETI MINŐSÉGÜGYI KONFERENCIA PROGRAM

2015. szeptember 17-18.

Hotel Ramada Balaton * 8220 Balatonalmádi, Bajcsy-Zsilinszky u. 14.

Plenáris 2015. szeptember 17. délelőtt 10:00 - 13:00
„Minőség - Innováció - Fenntarthatóság”

09:00 Regisztráció

Elnök: Kormány Tamás - ISO 9000 FÓRUM, társelnök

10:00 Megnyitó: Boros András - ISO 9000 FÓRUM, alelnök

10:10 Elnöki üdvözlét: Rózsa András - ISO 9000 FÓRUM, elnök

10:15 (P1) Sikeres innovációk az életminőség javításáért
Farkas József - Sanatmetal Kft, man. director

10:45 (P2) Egy prezentációs világsiker hasznossága a mindennapokban
Dr. Németh Zoltán - DrPrezi Kft., Prezi Champion,
EDxWoman szakmai felkészítő, PestBeszéd
Retorika Klub alapító-elnök, felsővezetői szakmai coach

11:10 Kávészünet

11:40 (P3) Környezeti fenntarthatóság - álom vagy valóság
Galambos Sándor - NYÍRSÉGVÍZ Zrt., műszaki
vezérigazgató helyettes

12:10 (P4) Eseménytől a fejlesztésig a légiközlekedésben
Székely Zoltán - HungaroControl Zrt., biztonsági igazgató

12:40

Törzsvendégek elismerése

13:00

Tájékoztató információk; Közös fotókészítés

13:15

Büféebéd

„22 ÉVE A MINŐSÉG SZOLGÁLATÁBAN”

SAKMAI TÁMOGATÓ:



EQQ MNB
Európai Minőségügyi Szervezet
Magyar Nemzeti Bizottság

**EUROPEAN
ORGANIZATION
FOR
QUALITY**

2015. szeptember 17. délután 14:30 - 17:30

„A” Szekció: *A MIR 2015. évi változásai, az új követelményeknek való megfelelés*

Elnök: Gyöngy István - ÉMI-TÜV SÜD, MS vezető

- 14:30 (A1)** Az ISO 9001:2015 lehetőségei az irányítási rendszerek fejlesztésére
Tohl András - SGS Hungary Kft., technikai vezető
- 14:55 (A2)** Az energiai irányítási rendszerek integrálásának tapasztalatai
Monostoriné Ország Mária - Dunastyr Polisztirolgyártó Zrt., HSQE igazgató
- 15:20 (A3)** Az új szabvány kihívásai kivitelezői vállalat szemszögéből
Tulipán Tamás - Bilfinger IT Hungary Kft., társasági HSQE vezető
- 15:45** Kávészünet
- 16:05 (A4)** Az új szabvány(o)kra történő áttérés feladatai - tanúsítói oldalról
Bujtás Gyula - EMT Első Magyar Tanúsító Zrt., vezérigazgató
- 16:30 (A5)** A kockázatkezelési rendszer a gyakorlatban
Nagy-Pál Attila - MAVIR Zrt., MIR és folyamatfejlesztési vezető
- 16:55 (A6)** Az új 2015. évi ISO szabványok, mint a Lean gyakorlat alapja
Dr. Németh Balázs - Kvalikon Kft., ügyvezető igazgató
- 17:20-17:30** Kérdések – Válaszok

2015. szeptember 17. délután 14:30 - 17:30

„B” Szekció: *Minőség és biztonság az emberi kockázatok függvényében*

Elnök: Kurucz Mihály - HungaroControl Zrt., SQM osztályvezető

- 14:30 (B1)** Kockázatok és dilemmák az új ISO EN 9001:2015 szellemében
Bolya Árpád - ÉMI-TÜV SÜD Kft., vezető auditor
- 14:55 (B2)** Minőség a biztonságban
Dr. Sutka Sándor - Pannon Guard Zrt, elnök vezérigazgató
- 15:20 (B3)** Közlekedésbiztonság, mint a tömegközlekedés legfontosabb minőségi eleme
Berhidi Zsolt - BKV Zrt., Forgalmobiztonsági és Üzemeltetési osztályvezető
- 15:45** Kávészünet
- 16:05 (B4)** Az új ISO 9001:2015 szabvány szerinti kockázat-értékelések és integrált irányítási rendszerek az auditor szemével
Zrupkó János - DNV Magyarország Kft., ügyvezető igazgató
- 16:30 (B5)** A biztonságtudatosság kultúrájának kialakítása a nukleáris projekteknél
Puskás László - MVM Paks II. Atomerőmű Fejlesztő Zrt., engedélyezési és nukleáris biztonsági vezető
- 16:55 (B6)** Energiairányítási jogszabályok a gyakorlatban
Papp Zsolt Csaba - ÉMI-TÜV SÜD Kft., vezető auditor
- 17:20-17:30** Kérdések - Válaszok
- 17:45** Grill teraszon: kóstoltatás: Stari Sör, Kaldeneker Lekvárosház, Pek-Snack Kft.
- 19:30** Gálavacsora a Tramontana I-II. termekben
- 21:00** Berecz András, ének- és mesemondó művész vidám műsora
- 22:00** Tombola; Zenés Party a Hotel Ramada közreműködésével

2015. szeptember 17. délután 14:30 - 17:30

Egészségügyi Szekció: Minőség - innováció - fenntarthatóság az egészségügyben

Elnök: Dr. Kecskés Gábor - Zala Megyei Kórház, orvos igazgató

14:30 (EÜ1) **Az egészségügyi szakképzés minőségügye, kihívások és intézkedések**
György Annamária - Egészségügyi NYKK, minőségirányítási vezető

14:55 (EÜ2) **Klinikai kockázatelemzésre épülő minőségfejlesztés**
Dr. Tölgyes Anna, főigazgató - Kelemen Éva, MIR vezető, JNSZ Megyei Hetényi Géza Kórház - Rendelőintézet

15:20 (EÜ3) **Akkreditáció és tanúsítás lehet a sikeres páros**
Dr Kovács Iván - SZTE Szentgyörgyi Albert KK, stratégiai igazgató

15:45 Kávészünet

16:05 (EÜ4) **Innováció az ápolásoktatásban - lehetőségek és a valóság**
Semmelweis Egyetem, AEI Ápolástan Tanszék: Raskovicsné Dr. Csernus Mariann PhD adjunktus, Balogh Zoltán PhD, Simkó Katalin, Páll Nikolett

16:30 (EÜ5) **Minőség és innováció nyugat-európai és magyar kórházakban**
Komma Olivér KKT Tervező Kft., egészségügyi infrastruktúra tanácsadó
Dr. Kecskés Gábor- Zala Megyei Kórház, orvos igazgató

16:55 (EÜ6) **Egészségügyi kockázatok integrált kezelésének számítógéppel támogatott gyakorlata**
Dr. Horváth Zsolt - Óbudai Egyetem, Kandó K. VMK, adjunktus

17:20-17:30 Kérdések - válaszok, aktualitások

17:45

Grill teraszon: kóstoltatás: Stari Sör, Kaldeneker Lekvárosház, Pek-Snack Kft.

19:30

Gálavacsora a Tramontana I-II. termekben

21:00

Berecz András, ének- és mesemondó művész vidám műsora

22:00

Tombola; Zenés Party a Hotel Ramada közreműködésével

2015. szeptember 17. délután 14:30 - 17:30

Oktatási Szekció: „Radicsné Szerencsés Terézia Emlékülés”

Elnök: Tóth Géza - Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Hivatal, szakmai vezető

14:30 (KO1) **A köznevelés megújuló értékelési keretrendszere - A tanfelügyelethez kapcsolódó intézményi önértékelés**
Molnárné Stadler Katalin - M&S Consulting, ügyvezető

14:50 (KO2) **A Nemzeti Minőségi Díj jelentősége szervezeten belül és azon kívül**
Hegyiné Mladoniczky Éva - Szandaszőlősi ÁIMI, igazgató

15:10 (KO3) **Hogyan lehet sikeresen pályázni IIASA-SHIBA díj minőségi elismerésre**
Rózsa András - ISO 9000 FÓRUM, elnök

15:30 (KO4) **Az intézményi önértékelés sikerei és dilemmái a felsőoktatásban**
Orosz Lajos - Nemzeti Közszolgálati Egyetem, minőségügyi megbízott

15:50 Kávészünet

16:10 (KO5) **Sikeres hálózati építéssel a minőségi oktatásért, a befogadó nevelésért**
Koczor Margit - OFI, közoktatási szakértő

16:30-17:30 Kerekasztal a résztvevőkkel
Moderátor: Koczor Margit

17:45	Grill teraszon: kóstoltatás: Stari Sör, Kaldeneker Lekvárosház, Pek-Snack Kft.
19:30	Gálavacsora a Tramontana I-II. termekben
21:00	Berecz András, ének- és mesemondó művész vidám műsora
22:00	Tombola; Zenés Party a Hotel Ramada közreműködésével

2015. szeptember 18. délelőtt 09:30 - 13:00

*„C” Szekció: Lean menedzsment és költséghatékonyság
MESZK Zala Megye: A szünetekben egészségügyi szűrés és
dietetikus tanácsadás*

Elnök:	Kalmár Balázs - SMR Automotive Hungary Bt., logisztikai vezető
09:00 (C1)	Célok, folyamatok, emberek - Egy lean transzformáció sikertényezői és buktatói Molnár Szabolcs - Lean Enterprise Institute Hungary, elnök
09:25 (C2)	Lean transzformáció a gyakorlatban Mátrai Norbert - vezető tanácsadó, BANOR Tréning Központ Szilágyi Roland - Lean vezető, Kirchoff Hu. Kft.
10:00 (C3)	Stratégia menedzsment Hoshin módszerrel egy közszolgáltatónál Tokovics Klára - Kecskeméti TERMOSTAR Hőszolgáltató Kft., gazdasági ig.
10:25	Kávészünet
10:45 (C4)	A Lean szemléletű folyamatfejlesztés eredményei Szabó István - Kienle & Spiess Kft., folyamatfejlesztő, Six Sigma Black Belt
11:10 (C5)	Lean és a vezetői feladatok támogatása az irodában Mészáros Tamás - DMS One Zrt., üzletfejlesztési vezető Dr. Szabó Zs. Roland - Bud. Corvinus Egyetem, egyetemi adjunktus

11:40 (C6)	Folyamatok újjászervezése Lean szemlélettel Lendvai Lovasi Mónika - Magyar Telekom Nyrt., MIR projektvezető
12:05 (C7)	Kiváló működés rendszere (OES) a TiszaTextil Kft-nél Majorosné Rácz Anikó - TiszaTextil Kft., EBKM vezető
12:30	Kérdések - Válaszok
13:00	Büféebéd
14:30	Hazautazás

2015. szeptember 18. délelőtt 09:30 - 13:00

*„D” Szekció: Emberi erőforrás és kommunikáció, mint minőségi
sikertényezők
MESZK Zala Megye: A szünetekben egészségügyi szűrés és
dietetikus tanácsadás*

Elnök:	Mezriczky László - ISPIRO Consulting Kft, ügyvezető
09:30 (D1)	A kommunikáció és a visszajelzés kultúrájának kialakítása Tóth Péter - Continental Automotive Kft. Veszprém, emberi erőforrás vezető
09:55 (D2)	A duális mérnökképzés dilemmái és lehetőségei a felsőoktatásban Dr. Ailer Piroska - Kecskeméti Főiskola, rektor
10:20 (D3)	Utánpótlás-nevelés és a vállalatvezetés átadása kkv-nál Macher Endréné - Macher Kft., ügyvezető igazgató
10:45	Kávészünet

11:10 (D4)	Emberi erőforrás és minőség a projektirányításban Schwarzenberger Istvánné dr. - BMS Informatikai Kft., ügyvezető igazgató
11:35 (D5)	A minőség és a gyártáskommunikáció Dr Szvetelszky Zsuzsa - ELTE oktató, szociálpszichológus, pletykakutató
12:00 (D6)	Kommunikáció és motiváció a produktív állomány körében Halász Erika - SMR Automotive Bt., oktatási csoportvezető Frey Gergely - SMR Automotive Bt., Plant 1 operációs igazgató
12:30	Kérdések - Válaszok
13:00	Büféebéd
14:30	Hazautazás

2015. szeptember 18. délelőtt 09:30 - 13:00
„E” Építésügyi szekció: Minőség és versenyképesség az építésügyben
MESZK Zala Megye: A szünetekben egészségügyi szűrés és dietetikus tanácsadás

Elnök:	Németh László, MC Bauchemie Kft., MIR vezető
09:00 (E1)	Az európai és a hazai építőipar versenyképességének és fenntarthatóságának összevetése Horváth Sándor - ÉVOSZ
09:25 (E2)	A műszaki ellenőr szerepe a minőségbiztosításban Molnár Dénes - igazságügyi mérnökszakértő

09:50 (E3)	Mit ellenőriz az Építésfelügyeleti hatóság? Egyes építésügyi kormányrendeletek módosítása Kiss Andor - PMKH, vezető főtanácsos, építésfelügyelő
10:35	Kávészünet
11:00 (E4)	A látszóbetonok az utcaépítészetben és középületeken Tatai Lajos - Ornamentika Kft., ügyvezető igazgató
11:25 (E5)	A versenyképesség javítása minőségügyi eszközökkel Biró Virág - KÉSZ Építő Zrt., minőségügyi szolgáltatások üzletágvezető
11:50 (E6)	Qualicoat, az építészetben felhasznált, festett alumínium védjegye, garancia a minőségre Zanathy Valéria - Vekor Kft., laboratórium vezető Fehér Imre - Alumínium Felületkezelők Magyarországi Szövetsége, titkár
12:15 (E7)	Posztumusz Ybl díjak az építészetben Winkler Barnabás - HAP Tervezőiroda Kft.
12:45	Kérdések - Válaszok
13:15	Büféebéd
14:30	Hazautazás



ISO 9000 FÓRUM Egyesület

1124 Budapest Fürj u. 18.; Levélcím: 8401 Ajka, Pf. 186.
Tel. Bp.: (1) 319-3071; Tel. Ajka: (88) 501-233; Mobil: 06-20-9610-085
Fax Bp.: (1) 319-2562; Fax Ajka: (88) 501-234
E-mail: isoforum@isoforum.hu; Honlap: www.isoforum.hu

----- Alapítva 1994 -----

NMK2 JELENTKEZÉSI LAP-EOQ MNB, MMT, Szövetség

XXII. Nemzeti Minőségügyi Konferencia * 2015. Szeptember 17-18.

Hotel RAMADA Balaton * 8220 Balatonalmádi, Bajcsy-Zs. u. 14.

Résztevő neve / beosztása:					
Tel:		Mobil:		E-mail:	
Intézmény/vállalkozás neve:					
Intézmény/vállalkozás székhelye, címe:					
Szervezet adószáma:					
Számlázási név (ha más mint az előbbi):					
Számlázási cím (ha más mint az előbbi):					
ISO 9000 FÓRUM tag („X”)	IGEN	☐	BELÉPÉSI SZÁNDÉK	IGEN	☐
EOQ MNB tag	IGEN	☐	(Jelölje „X”-el)		
MMT tag	IGEN	☐			
Szövetség a kiválóságért	IGEN	☐			

RÉSZVÉTELI DÍJ (Forint/fő/2 nap)

Részvételi igényét kérjük bejelölni „X”-el			Részvételi díj FÓRUM, EOQ MNB, MMT, Szövetség tagoknak	Részvételi díj NEM tagoknak
Szept. 17 - 18.	IGEN	☐	68.500,-Ft +Áfa	85.600,-Ft +Áfa

A részvételi díj magába foglalja a szervezési költségeket, a pdf előadásokat, a konferencia kiadványt, a vendéglátás költségeit (meleg ebéd, büfé a szünetekben, gálavacsora).

SZÁLLÁS DÍJ (Ft)					
Igényét „X”-el kérjük bejelölni	Szállásköltség éjszaka / fő	Szeptember 16.		Szeptember 17.	
Egyágyas elhelyezés	11.900,- Ft +Áfa	IGEN	☐	IGEN	☐
Kétágyas elhelyezés (2 fő/2 ágyas)	14.800,- Ft +Áfa	IGEN	☐	IGEN	☐
A szállás költsége tartalmazza: a szállást amerikai büféreggelivel, az uszoda és wellness részleg használatát (25 m-es medence, szauna, gőzkabin, jacuzzi, fitneszterem), ingyenes WiFi vezeték nélküli internet csatlakozást, parkolást a zárt, külső parkolóban, szobai széf használatát, illetve a 450,- Ft/fő/éjszaka idegenforgalmi adót. A szállás költsége nem tartalmazza az Áfa-t! FONTOS! Jelölje aláhúzással, hogy mely szekciókban szeretne részt venni: Szept. 17-én: A; B; EÜ; KO; Szept. 18-án: C; D; E; Szállodai szoba korlátozott számban foglalható, kérjük jelentkezésüket minél hamarabb elküldeni! JELENTKEZÉSI HATÁRIDŐ: 2015. augusztus 31. A Jelentkezési Lap alapján megküldött számlánkat kézhezvételtől számított 8 napon belül szíveskedjenek átutalni számlaszámunkra. A rendezvény időpontja előtt két héttel a lemondást már nem tudjuk elfogadni, de figyelembe vesszük más személy részvételét. <u>Részvétel csak kiegyenlített számla esetén biztosított.</u>					
Dátum:		Aláírás:			

TARTALOM	CONTENTS
SZAKMAI CIKKEK, ELŐADÁSOK	PROFESSIONAL ARTICLES, LECTURES
<u>Tisztelt Olvasó!</u>	<u>Dear Reader!</u>
<u>Az OBDK minőségügyben vállalt szerepe, feladatai – Dr. Safadi Heléna</u>	<u>The Role and Tasks of OBDK Concerning Quality - Dr. Safadi, Heléna</u>
<u>A minőségbiztosítási rendszerek jelentősége az egészségügyi ellátásban és annak nemzetközi vonatkozásai - Dr. Felszeghi Sára PhD</u>	<u>Importance and International Aspects of the Quality Insurance Systems in Health Services – Dr. Felszeghi, Sára PhD</u>
<u>Fogyasztóorientált minőségtanúsítás az egészségügyben - Dr. Kincses Gyula</u>	<u>Consumer Oriented Quality Certification in Health Care - Dr. Kincses, Gyula</u>
<u>Minőség indikátorok az egészségügyi intézmények minőségfejlesztésében - Dénes Rita</u>	<u>Quality Indicators to Improve the Health Care System – Dénes, Rita</u>
<u>Jól megvagyunk minőségdíjak nélkül? - Sződi Sándor</u>	<u>Are We Getting On Well without Quality Awards? - Sződi, Sándor</u>
<u>A betegbiztonság minőségét fejlesztő MSZ-EN 15224:2013 szabványról - Keszler Terézia Zsuzsanna</u>	<u>About Standard, MSZ-EN 15224:2013 Developing Quality of Patient's Security – Keszler, Terézia Zsuzsanna</u>
<u>EN 15224:2013 szabvány bevezetésének tapasztalatai a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház Rendelőintézetben - Kelemen Éva</u>	<u>Experiences Gained on the Implementation of Standard EN 15224:2013 at the Office of the Hetényi Géza Hospital (Jász-Nagykun-Szolnok County) - Kelemen, Éva</u>
<u>Klinikai kockázatelemzésre épülő minőségfejlesztés - Katonai Zsolt</u>	<u>Quality Improvement Based on Clinical Risk Assessment – Katonai, Zsolt</u>
<u>Változtatásmenedzsment - a minőségügyi rendszerek bevezetése és fejlesztése kapcsán - az egészségügyben - Prof. Dr. Polónyi István</u>	<u>Change Management in Health Care, Attached to Implementation and Development of Quality Systems - Prof. Dr. Polónyi, István</u>

<u>Végtelen történet - A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ minőségirányítási története 2007-től dióhéjban - Kulcsár Ildikó</u>	<u>Never Ending Story - Story of the Health Center of the Hungarian Army Since 2007 in a Nutshell – Kulcsár, Ildikó</u>
<u>Minősegbiztosítás a koraszülött mentésben – Dr. Széll András - Dr. Somogyvári Zsolt</u>	<u>Quality Assurance in the Neonatal Transport – Dr. Széll,- András - Dr. Somogyvári, Zsolt</u>
<u>Minősegbiztosítás a hospitális sürgősségi ellátásban – Dr. Kovács Csilla</u>	<u>Quality of Hospital Emergency Care – Dr. Kovács, Csilla</u>
<u>„Bella” standardok bevezetése a törökbálinti tüdőgyógyintézetben – Dr. Antal Gabriella - Zsombikné Zsirkai Rita</u>	<u>Implementation of BELLA Standards at the Törökbálint Lung Treatment Institute – Dr. Antal, Gabriella - Zsombikné Zsirkai, Rita</u>
<u>BELLA standardok bevezetésével kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok a Zala Megyei Kórházban, intézeti koordinátori szemmel - Bognárné Laposa Ilona</u>	<u>Hospital Coordinator's Practical Experience in Establishing BELLA Standards at the Zala County Hospital - Bognárné Laposa, Ilona</u>
<u>Asthma bronchiale sürgősségi ellátásának minőségi szempontjai – Dr. Korcsmáros Ferenc - Dr. Gődény Sándor</u>	<u>Qualitative Aspects of Emergency Treatment of Bronchial Asthma – Dr. Korcsmáros, Ferenc, - Dr. Gődény, Sándor</u>
<u>Jók a legjobbak közül. Beszélgetés Dr. Pápai Györggyel - Sződi Sándor</u>	<u>The Best among the Best Report with Dr. Pápai, György - Sződi, Sándor</u>
A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI	NEWS AND PROGRAMS OF THE SOCIETY
<u>A Magyar Minőség Társaság 2015. évre tervezett programjai</u>	<u>2015 Year's Planned Programs of the Hungarian Society for Quality</u>
HAZAI ÉS NEMZETKÖZI HÍREK, BESZÁMOLÓK	DOMESTIC AND INTERNATIONAL NEWS AND REPORTS
<u>XXII. Nemzeti Minőségügyi Konferencia Program és jelentkezési lap</u>	<u>XXII National Quality Conference Program and Application Form</u>



MAGYAR SZABVÁNYÜGYI TESTÜLET - MSZT

Tanúsítási szolgáltatások

Az MSZT az IQNet (Nemzetközi Tanúsító Hálózat) teljes jogú tagja, ezért az általa tanúsított cégek az MSZT tanúsítványával együtt a világ több, mint 60 országában elismert IQNet-tanúsítványt is megkapják. Az MSZT a Nemzeti Akkreditáló Testület (NAT) által a NAT-4-0044/2014, NAT-4-0086/2014 és NAT-4-0127/2014 számon akkreditált irányítási rendszer tanúsító szervezet a következő hat területen:

Rendszertanúsítás

- Minőségirányítási rendszerek tanúsítása az MSZ EN ISO 9001-es szabvány szerint;
- Környezetközpontú irányítási rendszerek tanúsítása az MSZ EN ISO 14001-es szabvány szerint;
- A munkahelyi egészségvédelem és biztonság irányítási rendszerének (MEBIR) tanúsítása az MSZ 28001-es (BS OHSAS 18001) szabvány szerint;
- Élelmiszer-biztonsági irányítási rendszerek tanúsítása az MSZ ISO 22000-es szabvány szerint;
- Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok (MEES) szerint végzett tanúsítás;
- Információbiztonsági-irányítási rendszerek tanúsítása az MSZ ISO/IEC 27001-es szabvány szerint.

Innovatív területek- Speciális kínálat az MSZT további tanúsítási szolgáltatásaiból

- Informatikai szolgáltatás irányításának tanúsítása az MSZ ISO/IEC 20000-1 szerint;
- Fordítási szolgáltatások MSZ EN 15038 szerinti tanúsítása;
- Energiairányítási rendszerek tanúsítása MSZ EN ISO 50001 szerint;
- Egészségügyi szolgáltatások tanúsítása az MSZ EN 15224:2013 szerint;
- Innovációirányítási rendszerek igazolása az MSZ CEN/TS 16555-1:2013 szerint;
- Kozmetikai termékek helyes gyártási gyakorlatának (GMP: Good Manufacturing Practice) MSZ EN ISO 22716 szerinti igazolása;
- IQNet SR 10 –Társadalmi felelősségvállalás irányítási rendszerének tanúsítása;
- Integrált rendszerek tanúsítása (minőség-, környezetközpontú, munkahelyi egészségvédelem és biztonság, élelmiszer-biztonsági, információbiztonsági stb. irányítási rendszerek).

Terméktanúsítás

- Termékek és szolgáltatások szabványnak való megfeleléségének tanúsítása;
- Normatív dokumentumok szerinti terméktanúsítás;
- Játszótéri eszközök megfeleléségének ellenőrzése.

TANÚSÍTÁSI TITKÁRSÁG

1082 Budapest, Horváth Mihály tér 1.

Tel.: 456-6928 Fax: 456-6940

e-mail: cert@mszt.hu

www.mszt.hu



LEGYEN TAGJA AZ IQNET NEMZETKÖZI ELIT-KLUBNAK!