



MAGYAR MINŐSÉG TÁRSASÁG
HUNGARIAN SOCIETY FOR QUALITY



Minőségügy - az alapellátás új kihívásai és lehetőségei - Dr. Felszeghi Sára PhD
Belső klinikai audit a minőségügyi rendszerekben - Dr. Gődény Sándor
Az MSZ EN 15224:2013 szabvány bevezetésének és fenntartásának kihívásai a Magyar
Honvédség Egészségügyi Központban - Kulcsár Ildikó

MAGYAR MINŐSÉG
2016/08-09

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, Tánczos Lajos, Tóth Csaba László

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: 5.900,- Ft + 27% ÁFA/év

INTRANET licence díj: egyedi megállapodás alapján

[Megrendelő \(pdf úrlap\)](#)

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>Minőségügy - az alapellátás új kihívásai és lehetőségei - Dr. Felszeghi Sára PhD.</u>	<u>Quality: New Challenges and Chances in Basic Health Care - Dr. Felszeghi, Sára PhD.</u>
<u>Belső klinikai audit a minőségügyi rendszerekben – Dr. Gődény Sándor</u>	<u>Intern Clinical Audit in the Quality Systems – Dr. Gődény, Sándor</u>
<u>Krízis menedzsment a sürgősségi ellátásban – Dr. Svéd László</u>	<u>Crisis Management in Emergency Care – Dr. Svéd, László</u>
<u>Alapjogoktól a költséghatékonyságon keresztül a jövőnkig, indikátor rendszerek, adatok és szerepük a sürgősségi ellátásban - Dr. Korcsmáros Ferenc</u>	<u>From fundamental human rights through cost-efficiency to future - indicators system and the role of data in emergency practice – Dr. Korcsmáros, Ferenc</u>
<u>Országos stroke-desobliteratio stratégia, 2016 – Dr. Pápai György</u>	<u>National Stroke-desobliteration Strategy, 2016 – Dr. Pápai, György</u>
<u>Klinikai kockázatelemzésre épülő minőségfejlesztés - Kelemen Éva - Dr. Tölgyes Anna</u>	<u>Quality Development, Based on Clinical Risk Analysis – Kelemen, Éva - Dr. Tölgyes, Anna</u>
<u>Az MSZ EN 15224:2013 szabvány bevezetésének és fenntartásának kihívásai a Magyar Honvédség Egészségügyi Központban - Kulcsár Ildikó</u>	<u>Challenges of the Implementation and Maintenance of Standard MSZ EN 15224:2013 at the Health Care Center of the Hungarian Army - Kulcsár, Ildikó</u>
<u>A minőségirányítás, mint gyógyszer a kilábalásra – Szódi Sándor</u>	<u>Quality Management: a Remedy of Recovering- Szódi, Sándor</u>
<u>Az informatika lehetőségei a minőségfejlesztés támogatásában - Dr. Garay Erzsébet</u>	<u>Possibilities of Informatics Supporting Quality Development - Dr. Garay, Erzsébet</u>

<u>A minőség és a kockázat alapú gondolkodás kapcsolata - Katonai Zsolt</u>	<u>Connection between Quality and Risk Based Thinking – Katonai, Zsolt</u>
<u>Dózis-tudatos betegellátás CT vizsgálatok kapcsán - Erdős Ildikó - Dr. Kardos Lilla - Tőke Andrea - Dr. Volford Gábor - Dr. Séra Terézia - Dr. Séllei Ágnes – Dr. Gion Katalin - Prof. Dr. Palkó András</u>	<u>Dose-conscious Health Care at CT Investigations – Erdős, Ildikó - Dr. Kardos, Lilla – Tőke, Andrea – Dr. Volford, Gábor - Dr. Séra, Terézia – Dr. Séllei, Ágnes - Dr. Gion Katalin – Prof. Dr. Palkó András</u>
<u>Kritikus, nem várt esemény-jelentő rendszer bevezetésével kapcsolatos tapasztalataink - Kiss Angéla</u>	<u>Experiences Concerning Implementation of CIRS (Critical Incident Reporting System)- Kiss, Angéla</u>
<u>A Magánegészségügyi Szövetség minőségirányítási szemlélete és gyakorlata - Dr. Kollai Balázs</u>	<u>The Quality Management View and Practice of the Private Health Care Union - Dr. Kollai, Balázs</u>
<u>Jók a legjobbak közül - Beszélgetés Kulcsár Ildikóval - Sződi Sándor</u>	<u>The Best among the Best. Report with Kulcsár, Ildikó - Sződi, Sándor</u>
<u>Innen - Onnan</u>	<u>Miscellaneous News</u>
A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI	NEWS AND PROGRAMS OF THE SOCIETY
<u>A Magyar Minőség Társaság 2016-2018. évre tervezett programjai</u>	<u>2016-2018 Year's Planned Programs of the Hungarian Society for Quality</u>
HAZAI ÉS NEMZETKÖZI HÍREK, BESZÁMOLÓK	DOMESTIC AND INTERNATIONAL NEWS AND REPORTS
<u>A Mikulás is benchmarkol - 10.” konferencia eddigi támogatói</u>	<u>Up to Now Sponsors of Conference „St. Claus Is Benchmarking as Well - 10”</u>
<u>XXIII. Nemzeti Minőségügyi Konferencia</u>	<u>XXIII National Quality Conference</u>
A TÁRSASÁG ÚJ TAGJAI	NEW MEMBERS TO THE SOCIETY
<u>Köszöntjük a Magyar Minőség Társaság új tagját!</u>	<u>We Welcome the New Member to the Society</u>

Tisztelt Olvasó!

Haladó hagyományunk, hogy tematikus számot szentelünk a DEMIN, Debreceni Egészségügyi Minőségügyi Napok keretében tartott, a minőségüghöz kapcsolódó egyes előadásoknak, annál is inkább, mert az ez évi, XVI. konferencia (május 26-28.) mottója, miként az ábra is utal rá, „Hidak építése a minőségügy és az egészségügy között” volt, tehát a rendezvény bőven foglalkozott a minőséggel kapcsolatos kérdésekkel.

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



Főszerkesztő

Arra a kérdésre, hogy mi határozza meg az egészségünket, többféle megközelítés van, de ha röviden szeretnénk összefoglalni, három fő komponenst emelhetünk ki: genetikai öröklődés, az egyén életmódja valamint az egészségügyi ellátás. Ez utóbbi az egyén egészségéért 10-15%-ban felelős. Az Alaptörvény [XX. cikk (1)] a magyar lakosság egészséghez való jogát alapvető jogként kezeli („Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.”) valamint rendelkezik arról is, hogy a „... jog érvényesülését Magyarország ...az egészségügyi ellátás megszervezésével, ...segíti elő.” [XX. cikk (2)], vagyis az egészségügyi ellátásnak a törvénykezés kiemelt szerepet szán a lakosság egészségének megőrzésében.

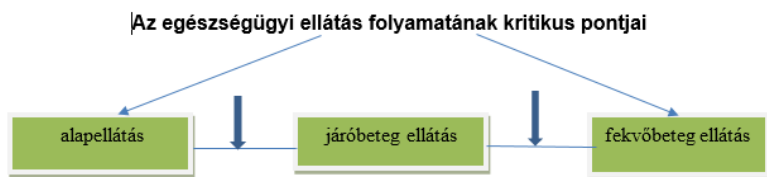
De milyen egy jó minőségű egészségügyi ellátás? Donabedian szerint, „A minőség az egészségügyi ellátás olyan tulajdonsága, amely a betegek egészségének maximalizálására törekszik, miután mérlegelte a várható előnyöket és kockázatokat, amelyek az egészségügyi ellátás során várhatóak”

Mi a helyzet a magyar egészségügyi ellátásban? Tulajdonságként hordozza-e magában a minőséget, és ha igen, hol lelhetők fel ennek jelei, és milyen lehetőség rejlik még ennek kibontakoztatására? Milyen felelőssége van a törvényhozónak és milyen a benne szereplőknek az esetleges hiányok meglétéért?

Ahhoz, hogy a fenti kérdésekre választ kapjunk, elemezni kell az egészségügyi ellátás szerkezeti felépítését és a szakmai tartalmát egyaránt. Tisztázni kell azokat a kompetenciákat, amelyek pozitív vagy negatív módon hatá-

rozhatják/határozzák meg a minőség kérdését az egészségügyi ellátásban.

Az **egészségügyi ellátás szerkezetét** tekintve, jól meghatározott szerkezeti felépítéssel rendelkezik: alapellátásra, járó beteg ellátásra és fekvőbeteg ellátásra tagozódik. Ha elemezzük a rendszer erőnyeit (erősségek) elsősorban kell megemlíteni a **hozzáférhetőséget**, vagyis azt a tényt, hogy ez az ellátási rendszer mindenki számára hozzáférhető, hiszen a biztosítási rendszerünk a szolidaritási elven alapul, így senkit nem zár ki az ellátásból (**esélyegyenlőség**), függetlenül attól, hogy fizeti-e az illető a TB járulékot, vagy sem. A rendszernek ez az erőssége, egyben gyengesége is, mert, noha egy társadalom egyik nagy erőnye a szolidaritás, a gyengék segítése, jelen esetben a rendszer nem súlyoz az egészségkárosító kockázatok függvényében (pl. dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás stb.) és nem teszi érdekelté a jogosultakat az öngondoskodásra sem, ami jelentős többlet-kiadást jelent a nemzetgazdaságnak. A rendszer másik kiváló erőssége a **folyamatosság**, azaz, hogy folyamatos hozzáférést biztosít a paciensek számára az ügyeleti rendszerein keresztül, napi 24 órában, hétvégeken és ünnepnapokon is, mind az alap, mind a járó- és fekvőbeteg ellátás szintjén (**1. ábra**). Az egészségügyi ellátás folyamatának **kritikus pontjait** az egyes szintek közti **átjárhatóság** jelenti.



1. ábra

A jogalkotók ebben a rendszerben az **alapellátásra** osztják a **kapuőr szerepét**. A 2015. évi CXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról meghatározza a benne szereplőket. A felnőtt - és gyermek háziiorvosi alapellátási szolgálat mellett a fogorvosi alapellátás, a védőnői ellátás, az iskola-egészségügyi ellátás, a foglalkozás-egészségügyi alapellátás, valamint az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás tartoznak. Az alapellátás szerkezeti felépítése és az alapellátáshoz rendelt feladatok alkalmasak arra, hogy teljesítse az egészségügyi ellátás minőségének kritériumait. Hogy ez mégsem tud maradéktalanul megvalósulni, annak okait elsősorban a **kompetenciák**, **személyi feltételek** és az **oktatás** hiányosságaiban látom.

A **feladatok közül a prevenció** az egyik legnagyobb kihívás és egyben népegészségügyi szempontból az alapellátás legjelentősebb feladata. Mind a primer (célja, hogy megszüntesse, vagy megelőzze egy betegség rizikófaktorait), mind a szekunder (célja: a betegség, vagy az azt megelőző állapot korai kimutathatóságának javítása), mind pedig a terciér prevenció (célja, hogy a kialakult betegség következményeit csökkentése) magában hordozza a minőségi ellátás lehetőségét. Az **esélyegyenlőség** csak részben teljesül. Ennek egyik oka a kompetencia kérdése, amit én a „kitaposott ösvény” elméletének nevezek. Ez azt jelenti, hogy egy frissen épült lakótelepen, járdát ott kell építeni, ahová az oda beköltözött em-

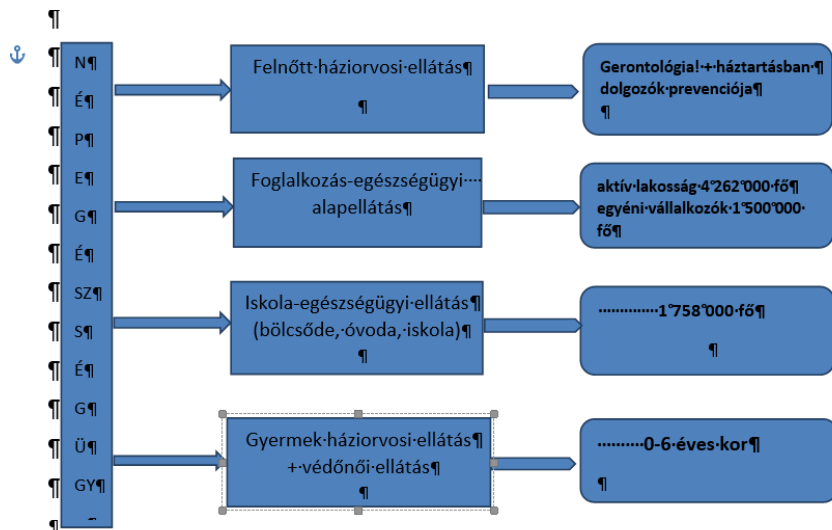
berek ösvényt tapostak. Ha ez nem így történik, az emberek továbbra is a kitaposott ösvényen mennek, a járdát érintetlenül hagyva bárhová is építsék.

Ennek analógiájára, a kompetenciákat a „kitaposott ösvény” elve alapján kellene elosztani! Ma ezt a feladatot az egészségügyi politika a védőnői hálózat mellett a háziorvosi szolgálathoz rendeli. A magyar lakosság azonban csak kivételes esetben veszi igénybe ezt a lehetőséget a háziorvosi ellátástól, mert főleg az akut betegellátás miatt fordul háziorvosához, esetleg a terciér prevenciót (gondozást) igényli, ami sajnos sok esetben csupán „adminisztratív” tevékenységre korlátozódik (pl. receptírás). Ami részben a rendelők túlszűfolttsága miatt (pl. háziorvos hiány, nagy létszámú praxisok, akut betegek magas száma stb.) történik, így a rendelési idő alatt (ahol ritkán tudnak egy betegre 10-15 percnél többet fordítani) nem, vagy csak korlátozottan marad idő a törvényben meghatározott egészségügyi felvilágosításra, nevelésre, a személyre szóló egészségfejlesztésre, egészségtervezésének támogatására. Másfelől az aktív lakosság nehezen jut el a háziorvosához munkaidőben (**hozzáférhetőség**), jelentősen csökkentve a népegészségügyi szűrések **hatékonyságát**, **eredményességét**. Megoldást jelentene, ha az alapellátás szereplői között a kompetenciákat átcsoportosítanák, vagy a meglévőkhöz hozzárendelnék a szükséges eszközöket.

Az aktív lakosság esetében az a foglalkozás-egészségügy (mely jelenleg is ellátja ezt a feladatot, noha az eszközeit jelentős mértékben korlátozták, pedig minden szervezett munkát végző munkavállaló esetében kötelező a komplex preventív vizsgálat). A 6-18 éves korosztály esetében ez az iskola-egészségügy, melyek a megelőzés kiemelt helye kell legyen, és feladatai alapján ma is az, de eszközei elvonásával, sajnos kiüresítették, és

ezáltal jelentősen csökkentették hatékonyságát, főleg az iskola-egészségügy területén.

A **2. ábra** jól szemlélteti azt a népegészségügyi erőt, melyet a foglalkozás-egészségügy és az iskola-egészségügy magában hordoz.



2. ábra

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok által végzett kötelező alkalmassági vizsgálatok több mint 4 millió ember ellátását jelentik, és ha kiterjesztjük a kötelező vizsgálatokat az egyéni vállalkozókra, mint nem szervezett munkát végzőkre is, akkor csaknem hatmillió embert érünk el a népegészségügyi szűrővizsgálatokkal (ami a foglalkozás-egészségügyi ellátás feladatai közé tartozik jelenleg is), így a jelenlegi 10-15%-os hatékonyságról csaknem 100%-ra emelve azt. Sajnos, a foglalkozás-egészségügyi orvos, bár a kompetenciája kiterjed e feladatok ellátására, eszköz hiányában (pl. nincs joga szakrendelésre utalni munkavállalót az E Alap terhére, nem finanszírozza az állam a népegészségügy szempontjából

fontos szűréseket, valamint a kockázatelemzés kapcsán kialakított munkahelyi egészségfejlesztő programokat) nem tud minőségi munkát végezni, így sérülnek olyan minőségi kritériumok, mint az **esélyegyenlőség, hozzáférhetőség, hatékonyság, eredményesség, megfelelő időben történés**. Mint a fentiekből kitűnik, egyszerű átcsoportosítással jelentős javulást lehetne elérni a prevenció minőségi kritériumainak területén (a népegészségügyi szűréseket, programokat az aktív lakosság körében a foglalkozás-egészségügyi szolgálat mellé, míg a 6-18 éves korosztály esetén az iskola egészségügyi ellátás mellé!) kellene rendelni.

A **diagnózis felállítása (előzetes, végleges)**, mint alapvető feladat tekintetében, minőség szempontjából kedvezőbb a helyzet, az **esélyegyenlőség, a hozzáférhetőség, a folyamatosság, a megfelelő időben történés, az eredményesség** kritériumai főleg az előzetes diagnózis esetében teljesülnek, míg a végleges diagnózis esetében nem minden esetben tud megfelelni a háziiorvosi szolgálat a **hatékonyság, eredményesség, megfelelő időben történés, a betegek elégedettsége** kritériumainak. Ennek oka részben kompetencia kérdése, pl. nem a háziiorvos szakmai képzettsége dönti el, hogy milyen vizsgálatokat kezdeményezhet, hanem a szolgálat kódja. Így akkor is szakorvoshoz kell irányítani a beteget, ha a háziiorvos egyéb szakképzettsége alapján végleges ellátást biztosíthatna a betegnek, mert bizonyos kiegészítő vizsgálatra nem a háziiorvosi szolgálat, hanem csak a járó beteg ellátás utalhat be, függetlenül az orvos szakmai képzettségétől, mint pl. egyes laboratóriumi vizsgálatok, vagy képalkotó diagnózis stb. Fontos lenne ennek újra-gondolása, mert a szakrendelésre való bejutás (előjegyzési lista!) sokszor hetekig, hónapokig tart, miközben a beteg végleges diagnózisa késik olyan vizsgálatok miatt, amelyeket megfelelő kompetencia mellett a háziiorvos is

kezdeményezhetne az adott szakvizsga birtokában, jelentősen lerövidítve a végleges diagnózis felállítását. Másrészt, itt is megjelenik a már fent említett **átjárhatóság kérdése**, mint az egészségügyi ellátás folyamatának kritikus pontja, elnehezítve a **szakellátáshoz irányítás, szakellátásból fogadás** feladatát is.

A **terápia**, mint alapvető feladat, minőségi kritériumai itt érvényesülnek a legszélesebb körben. A mindennapi gyakorlatban, kevés kivételtől eltekintve, érvényesül az **esélyegyenlőség, a hozzáférhetőség, a hatásosság, a hatékonyság, az eredményesség, a betegek elégedettsége, a megfelelőség, a folyamatosság, a megfelelő időben történés**. Csorbítja azonban ezeket a lehetőségeket, az otthonápolás, gondozás kompetenciájának korlátozása.

A **gondozás**, mint fent már említettem, komplex feladata igazi kihívás a tercier prevencióban. Ez a munka meghatározza a krónikus betegeink mindennapját, aktív életének hosszát, így nyilván betegeink jövőjét is! Tehát fontos, hogy ennek a feladatnak minden lehetőségét kihasználjuk a siker érdekében. Ezért is kellene itt maradéktalanul fellelni a minőség kritériumait. Ez azért nem teljesül maradéktalanul, mert a beteg együttműködését nem minden esetben lehet elnyerni a **folyamatosság** érdekében („jól érzem magam, minek menjek orvoshoz?!”). Sok esetben - főleg az aktív lakosság körében - a beteg nem éri el a háziorvosát (a rendelési idő és a munkaidő legtöbb esetben egybe esik, így kénytelen szabadságot kivenni, ha a háziorvosát akarja felkeresni), vagyis az esetek egy részében, a háziorvos törekvése ellenére, a gondozás csupán adminisztratív tevékenységként jelenik meg a háziorvos mindennapi munkájában (receptírás). Ennek javítása érdekében, egyfelől fontos lenne a betegek oktatása, tájékoztatása a gondozás fontosságáról, illetve hiányának következményeiről, más-

felől a foglalkozás-egészségügyi szolgálatot be kellene ebbe vonni, mert bár a feladatai között szerepel a gondozás, az egészségpolitika mégsem használja ki ezt a lehetőséget (a feladathoz nem rendelik hozzá a szükséges eszközt, mint ahogy a fentiekben ezt említettem!), mondván, hogy „párhuzamos” ellátásról van szó. Természetesen nem erről van szó. A foglalkozás egészségügy az egyetlen olyan szolgálat, ahol a gondozás a terhelés és igénybevétel függvényében- egyénre és „életre” szabottan történik - így nem is állítható, hogy ez párhuzamos ellátás lenne a háziorvoséval, hanem a kettő együtt szinergikus hatású. Ez ugyan- akkor jelentős javulást jelentene a minőségi kritériumokban, mint az **esélyegyenlőség, hozzáférhetőség, hatásosság, hatékonyság, eredményesség, folyamatosság, megfelelő időben történés, és így a betegek elégedettsége** tekintetében is.

A **rehabilitáció** az alapellátás másik olyan feladata, melynek minőségi ellátáshoz nélkülözhetetlen a résztvevők együttműködése. Az orvosi rehabilitáció (mely fekvő, illetve járó beteg ellátás keretében kezdődik) sokszor a beteg otthonában is folytatódik, részben a háziorvos, részben az otthon ápolás közreműködésével. Az orvosi rehabilitáció (pl. gyógytorna, fizioterápia stb.), a munkahelyen folytatódhat a foglalkozás-egészségügy közreműködésével. Majd következhet a munkahelyi rehabilitáció, mely jelentősen lerövidítheti a munkavállalók táppénzes állományát, meggyorsítja a rehabilitációt, jelentős anyagi megtakarítást jelentve a munkavállalónak (táppénz helyett fizetés), munkáltatónak (táppénz és fizetés, helyettesítési díj, új munkaerő betanítása stb.), valamint a társadalomnak (táppénz, kórházi kezelés, gyógyszer támogatás, rehabilitációs költségek stb.).

Sajnos, ez az együttműködés nem minden esetben valósul meg, pedig így, a valóban magas szintű szakmai ellá-

tás magába foglalhatná a minőségi kritériumokat mint a **hozzáférhetőség, hatásosság, hatékonyság, eredményesség, folyamatosság, megfelelő időben történés, a betegek elégedettsége.**

Ami az **otthoni szakápolást és otthoni hospice ellátást** illeti, ki kell emelni azokat az erőfeszítéseket, melyet ezen a téren a munkában résztvevők kifejtene! Az **otthoni hospice ellátás** nagyon jól szervezett, működése lefedi azokat a minőségi kritériumokat, amelyek a beteg-ellátás szempontjából meghatározóak: **hozzáférhetőség (minden rászoruló részesül az ellátásból, hatásosság, hatékonyság, eredményesség, folyamatosság, megfelelő időben történés, a betegek elégedettsége.** Sajnos, ez nem mondható el az **otthoni szakápolást** illetően, pedig a benne dolgozók nagy erőfeszítéseket tesznek, hogy teljesítsék a rájuk háruló feladatokat. Hogy ez mégsem valósul meg minden erőfeszítés ellenére, annak egyik fő oka az ellátás koncepciója. Egy fekvőbeteg ellátása, azonnali ellátást igényel (**időben történés**), azonban ma ez a rendszer sok helyen előjegyzés alapján működik, ami néhány hetet is igénybe vehet, jelentősen rontva a terápia hatékonyságát és ennek következtében a gyógyulás esélyeit. A túlterhelés következtében (az igény és lehetőség aránytalansága), a betegekre fordított idő sem éri el a kívánt mértéket, így a hatékonyság is sérül. Ez az ellátás azonban főleg a nagyobb településeken érhető el (ha késve is), és kevésbé a kisebb településeken. Ez a minőség szempontjából sajnos nem felel meg a **hozzáférhetőség, hatásosság, hatékonyság, eredményesség, folyamatosság, megfelelő időben történés, a betegek elégedettsége** kritériumainak.

A fentiek alapján is nyilvánvaló, hogy a szakmai tartalom mellett a minőségi ellátás másik fontos kritériuma a **sze-mélyi és tárgyi feltételek** megléte vagy azok hiánya. Az

alapellátásban dolgozó szakemberek (orvosok, nővérek) szakmai képzettsége magas szintű, így a minőségi kritériumoknak megfelelő szakmai ellátás biztosítására alkalmas. Ez nem tud minden esetben teljesülni. Ennek fő oka a rendszeren belüli létszámhiány, ami túlterhelést, túlmunkát, időkényszert, ennek következtében gyakoribb hibázási lehetőséget, kimerülést, végső soron kiégést eredményez, amihez társul az orvosok és nővérek életkorának jelentős emelkedése (okok közül a fiatalok elvándorlása, egyéb, jobban jövedelmező egészségügyi területek választása, illetve a profilváltás emelhető ki), ami az elvándorlás mellett szintén generálja az orvos és szakszemélyzet hiányát. A jogalkotók felelőssége, olyan életmodell kidolgozása, mely hosszú távon vonzóvá tehetné az egészségügyben (alapellátásban) végzett munkát a nehézségek, kihívások ellenére. Ehhez azonban nem elég csak a jogi megújulás, hanem erkölcsi megújulásra is szükség van, nem csak a szakma, de a társadalom részéről is.

A minőségi kritériumok meglétének fontos feltétele a **beszállítók** kérdésköre is. Itt joggal tehetjük fel azt a kérdést, hogy ugyan az-e a beszállító minőségügye, mint az egészségügyé? Ott piac és profit jelenti a minőségi kritériumokat, az egészségügyben, bár szolgáltatásról és nem szolgálatról beszélünk, mégsem beszélhetünk valódi piacról, és a profit a gyógyulás, az egészségnyereség, mely értékében nem mérhető a tőkés világ normáinak megfelelő nyereséggel. Így a beszállítók kiválasztásakor, mégis csak azt kell figyelembe venni, hogy a **beszállítók minőségi kritériumai, tulajdonságai mennyire képesek szolgálni az egészségügy célját:** az egészség megőrzését, fejlesztését, illetve a beteg ember gyógyulását. Sajnos, ma a kiválasztás fő kritériuma leggyakrabban a „minél olcsóbb” beszállító, így a fenti elvárások nem teljesülnek. Itt az olcsóbb nem csak gazdasági, ha-

nem egyben minőségi kritériummá is válik! Ezért kellene újragondolni a beszállítók esetében is az „olcsó” és „drága” fogalmakat, mert ezek egyben minőségi kritériumok is lehetnek!

A minőségi kritériumok javulását eredményezné egy olyan **informatikai háttér biztosítása**, amely összekapcsolná az alapellátást a járó - és a fekvőbeteg ellátással, valamint az alapellátásban szereplőket egymással, azaz a felnőtt háziorvosi rendszert a foglalkozás-egészségüggyel, otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátással, a gyermek háziorvosi rendszert az iskola-egészségüggyel és a védőnői hálózattal. Ez jelentősen lerövidítené a beteg utat, csökkentené a párhuzamos ellátásokat, jelentős költségkímélő hatása mellett, javítaná a **hozzáférhetőséget, hatékonyságot, eredményességet, esélyegyenlőséget, a megfelelő időben történést és végső soron a betegek elégedettségét**.

Az egészségügyi ellátás minőségi ellátásának másik fontos pontja az **oktatás**, melynek ki kell terjednie az egészségügyi rendszerben érintett minden szereplőre. Már említettem, hogy az **egészségügyben dolgozók (orvosok, nővérek, szakápolók)** szakmai képzése magas színvonalú, mely adódik részben az egyetemi, főiskolai, illetve a szakképzés külföldön is méltán híres, hatékony oktatásából, valamint abból a posztgraduális továbbképzési rendszerből, amelyet működés feltételként szab meg a jogalkotás mind az orvosok, mind pedig a nővérek, ápolók részére. A szakmai oktatás mellett, fontos lenne a **betegek oktatása** is, mely jelentősen javíthatná az ellátás **hatékonyságát, eredményességét**, nem utolsósorban, a **beteg elégedettségét**. Ennek az oktatásnak, meggyőződésem, hogy már az óvodás korban kellene elkezdődnie és végigkísérni az oktatás minden szintjén, valamit azt követően a munkahelyeken folytatni azt a munkahelyi

egészségfejlesztés keretein belül. Így az „Egészségfejlesztés” tantárgy keretében, a páciens megismerhetné az egyes betegségek (különösen a népegészségügyi szempontból kiemelt betegségek) az egészségkárosító kockázatok megszüntetésének/csökkentésének, a megelőzésének, a korai szűrésének lehetőségeit, valamint elsajátíthatná azokat az alapismereteket, melyek felkészítenék arra, hogy milyen esetben kell orvoshoz fordulni, és mi a teendő az orvos eléréséig pl. sürgős esetben (a lázcsillapítástól a laikus újraélesztésig). Itt jelentős szerep hárulna a médiára is!

A meglévő minőségi kritériumok mellett, a fenti intézkedések lehetővé tennék, hogy a **beteg szempontjából (client quality)** változások következzenek be, mint pl. a kényelmes hozzáférhetőség, csökkent fizikai és lelki megterhelés (lerövidült várakozási idő, közvetlen közelbe hozott ellátás, összehangolt ellátás az alap-járóbeteg-fekvőbeteg rendszerben, stb.).

Mindezt magasan szakképzett, elkötelezett, udvarias személyzet biztosítsa, akik a szakmai feladataik mellett nagy hangsúlyt fektetnek a beteggel való jó kapcsolat kialakítására, illetve a megfelelő tájékoztatásra.

Szakmai szempontból (professional quality) a munkatársak folyamatos szakmai képzése, a rendszerből adódó szigorú szakmai kritériumok és folyamatok betartása, az összehangolt munka, valamint, az alkotó, egymás munkáját támogató pozitív hangulat, a munkában elért sikerek, pozitív visszajelzések növelik az elkötelezettséget, jelentősen csökkentve az elvándorlást. A szakképzettség mellett, az a tárgyi, technikai felszereltség, amit jelenleg a minimum feltételek jogszabály szerinti megléte megkövetel, lehetőséget biztosít a magas szakmai munkához.

A **menedzsment szempontjából (management quality)**, lehetővé teszi az erőforrások optimális felhasználását, olyan pályamodell biztosítását, ami mind anyagi, mind szakmai szempontból biztosítaná a benne dolgozók anyagi és szakmai perspektíváját, ami jelentősen növeli a kreativitást, szakmai és emberi elkötelezettséget és ez által a szakmai munka hatékonyságát.

A fent javasolt módosítások az alapellátásban és az egészségügy egész rendszerében, hatékony beavatkozást jelentenének és a minőségi ellátás javulását eredményeznék, ami nem csak az egészségügyben dolgozók érdekeit szolgálja, hanem az egész társadalomét, mind népegészségügyi, mind nemzetgazdasági szempontból.

Németh László írja: **"Egy társadalom igazi ereje nem a belőle rakétaként felszálló tüneményekben, hanem a mélyén dolgozó emberek értékében van"**

Irodalom

Avedis Donabedian: Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol.1. 1980. Health Administration Press, ISBN: 0914904485

Klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben, szerk: Gődény Sándor Pro-Die Kiadó

Sára Felszeghi: Quality Control System as a Key Factor for the Efficiency in Health Care, Word Quality Forum of the International Academy for Quality (2015. Budapest)

Council of Europe Committee of Ministers Recommendation No. R (97) 17 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>

FELHÍVÁS

Felhívjuk tisztelt Olvasóink szíves figyelmét, hogy a Szerkesztőbizottság szeptemberi ülésén dönti el, hogy 2015-ben melyik volt az év legjobb cikke. Ehhez - a szabályzat értelmében – várjuk az Önök javaslatát is.

Köszöntjük a
Magyar Minőség Társaság új tagját
Baker Tilly Hungária Tanácsadó Kft.
Budapest

A bizonyítékokon alapuló ellátás szükségessége

Az egészségügyi ellátás biztonságának és a szakmai szempontok eredményes megvalósulása, fejlesztése érdekében, a mindennapi egészségügyi ellátás körülményei között is használni kell a bizonyítékokon alapuló gyakorlat / orvoslás (EBP /EBM) alapelveit, a tudományos kutatások és az egészségügyi technológia-értékelés (HTA) legkorszerűbb eredményeit.

Az alkalmazott egészségügyi technológiának igazoltan biztonságosnak, eredményesnek és hatékornak kell lennie, különös tekintettel arra is, hogy az egészségügyi ellátórendszer ne finanszírozzon eredménytelen vagy veszélyes beavatkozásokat.

Amennyiben explicit ajánlásokat tartalmazó irányelv nem érhető el, a rendelkezésre álló bizonyítékok kritikus értékelése alapján, a beteg egészségnyeresége szempontjából legeredményesebb, leghatékonyabb és a beteg számára legkisebb kockázattal járó egészségügyi technológiát kell kiválasztani, figyelembe véve a beteg individuális körülményeit és prioritásait is.

Tekintettel arra, hogy az orvosi ellátás során az EBM alapelvű gyakorlat még napjainkban sem valósult meg teljes körűen, a klinikai audit módszerével érdemes rendszeresen értékelni az egészségügyi / orvosi ellátás szakmai megfelelőségét, a rendelkezésre álló irányelvekben megfogalmazott kritériumokkal vagy az elérhető legmagasabb szintű bizonyítékokkal összehasonlítva.

Az eredmények értékelése és az eltérések okainak megállapítását követően, szükség esetén változtatások be-

vezetése indokolt, annak érdekében, hogy a jelen gyakorlat javításával a betegek jobb, biztonságosabb szakmai ellátásban részesüljenek.

A klinikai audit egy olyan minőségfejlesztési módszernek, tevékenységnek tekintendő, amely a minőségbiztosítási modellek szerves részét kell, hogy képezze, az egészségügyi ellátás szakmaiságának és biztonságának fejlesztése érdekében.

A bizonyítékokon alapuló gyakorlat és a belső klinikai audit megvalósítása alapvetően fontos, függetlenül attól, hogy az egészségügyi szervezet milyen minőségügyi rendszert működtet.

A klinikai audit fogalma és szükségessége

“A klinikai audit az egészségügyi ellátás minőségének kritikus elemzése, beleértve a diagnosztikai és terápiás eljárásokat, a rendelkezésre álló erőforrásokat, a beteg egészségi állapotára, életminőségére vonatkozó eredményeket.” (NHS).

A klinikai audit nemcsak a szakmai ellátás minőségének az ellenőrzésére alkalmas, hanem minőségfejlesztő módszerként is használható.

A klinikai audit célja, az egészségügyi ellátás javítása egy meghatározott standardhoz vagy explicit kritériumhoz viszonyítva:

- Az történik, aminek történnie kell?
- A jelenlegi gyakorlat megfelel-e a standardoknak, a szakmai kritériumoknak?

- A jelenlegi gyakorlat a hivatalos irányelvek szerint történik?
- A klinikai gyakorlat alkalmazza-e a kutatások eredményei során szerzett tudást?
- Az elérhető bizonyítékok alkalmazásra kerülnek-e egy adott helyzetben?

A jelen helyzet felmérése és a változások követése érdekében indikátorok segítségével méri a gyakorlatot.

A klinikai audit lényege a változtatás, az egészségügyi szolgáltatás minőségének javítása. A klinikai audit tehát alapvetően szakmai minőségfejlesztő módszer, nem számonkérés.

A klinikai audit igazoltan alkalmas arra, hogy segítségével a szolgáltatások szakmaisága, a bizonyítékon alapuló irányelvek, standardok gyakorlati alkalmazása rendszeresen felülvizsgálatra kerüljenek és - az egészségügyi szolgáltató szervezetek minőségügyi rendszerére támaszkodva - a szakmai ellátás színvonala a szervezet szintjén, illetve regionálisan, sőt országos szinten folyamatosan növekedjen.

A klinikai audit magyarországi helyzete és a támogató környezet fontossága

Az Európai Unió ajánlása szerint a biztonságos gyakorlaton alapuló, jó minőségű, betegközpontú ellátás megteremtését a megfelelő minőségfejlesztési programok és minőségmenedzsmenti rendszerek támogatják (European Commission, Committee of Ministers, 2006).

A minőségügyi rendszereknél tehát lényeges kérdés, hogy működésükkel miként járulnak hozzá a szakmai tevékenység fejlesztéséhez, a bizonyítékokon alapuló,

hatékony és biztonságos egészségügyi ellátás megvalósításához.

A 2014-es felmérésünk alapján, mely a 2013. 12.31.-i állapotra kérdezett rá és a 113 kórházból 81 kórház töltötte ki a kérdőívet (válaszadási arány: 71,7 %), Magyarországon még csak az intézmények 17 %-ban működik belső klinikai audit. A klinikai auditok többségét a decubitus ellátásával kapcsolatosan végezték.

A klinikai irányelvek rendszerezett gyűjtésére, adaptálására vonatkozó szabályozás a kórházak kevesebb, mint felénél, 44,3%-nak van.

Felmérésünk alapján nem történik belső klinikai audit a magyarországi leggyakoribb kardiovaszkuláris és onkológiai betegek kórházi ellátásának területén.

Felmérésünk eredménye alapján is fontos hangsúlyozni, hogy a minőségügyi rendszerek fejlesztésével párhuzamosan szükséges a klinikai audit rendszerének bevezetése és működtetése is.

Fontossága miatt lényeges, hogy a klinikai audit a szervezeti működés részévé váljon. Ennek keretében a belső klinikai auditok rendjének kialakítása, a lebonnyolításra vonatkozó ajánlások, szempontok kidolgozása hozhat jelentős értéket a szervezetek minőségi szolgáltatásában.

Problémák a klinikai audit bevezetésével és alkalmazásával kapcsolatban

A klinikai audittal és a klinikai audithoz kapcsolódó problémák az elmúlt évek alatt változatlanok:

- A bizonyítékokon alapuló gyakorlat személete és gyakorlata nem terjedt el Magyarországon.

- A szakmai minőségfejlesztés nem épült be a szervezetek minőségügyi tevékenységébe.
- Bár rendelkezünk klinikai audit irányelvvel, ez kilenc éve jelent meg és nem tartalmaz részletes módszertani útmutatót.
- Az irányelv ellenére a klinikai audit gyakorlata nem terjedt el Magyarországon.
- A 2013-ban aktualizált irányelvet a Szakmai Kollégium hivatalosan még nem tárgyalta.
- Sem az EBP (evidence based practice), sem a klinikai audit módszertanát nem ismerik az egészségügyi szervezetek vezetői, az orvosok, a paramedikális szakmák szakemberei vagy a szakdolgozók.
- A jelenleg gazdasági helyzet és a humán erőforrás állapota nem kedvez új minőségfejlesztési eljárások bevezetéséhez, működtetéséhez, fejlesztéséhez.
- Hiányzik az a szemlélet, hogy a minőségügyi tevékenységek támogatják a vezetés eredményességét.
- Hiányzik az a szemlélet, hogy a minőségügyi tevékenységek és a "jó klinikai gyakorlat" egymástól elválaszthatatlanok.

A legjobb módszert alkalmazó klinikai audit sem éri el valódi célját, ha a környezet, a szervezetek minőségügyi rendszere, a szervezeti kultúra nem támogatja annak folyamatos működését.

Klinikai audit a minőségügyi rendszerekben, ISO 9001:2015

Az egészségügyben elterjedt szabványok zöme az ISO 9001-en alapszik, ami azonban mégis egy álta-

lános menedzsment szabvány és ezért csakis a szakmai szempontok figyelembevételével alkalmazható a betegellátás terén.

A szabvány felépítése

1. Alkalmazási terület
2. Rendelkező hivatkozások
3. Szakkifejezések és meghatározásuk
4. A szervezet és környezete (szervezet, érdekelt felek, alkalmazási terület, irányítási rendszer)
5. Vezetés (elkötelezettség, politika, felelősségi és hatáskörök)
6. Tervezés (irányítási rendszer, kockázatok és lehetőségek, célok)
7. Támogatás (erőforrások, kompetencia, tudatosság, kommunikáció, dokumentáció és kezelésük)
8. Működés (a termék-előállítás tervezése és szabályozása, tervezés és fejlesztés, kihelyezett folyamatok)
9. Teljesítményértékelés (figyelemmel kísérés, mérés, elemzés, értékelés; belső audit, vezetőségi átvizsgálás)
10. Fejlesztés (nemmegfelelőség, helyesbítő tevékenység, folyamatos fejlesztés)

A szabvány 8. fejezetébe jól beilleszthetők a klinikai, szakmai folyamatok, a bizonyítékokon alapuló ellátás, a 9. és a 10. fejezetekbe jól beilleszthető a klinikai audit és a szakmai minőségfejlesztés.

MSZ EN 15224:2003 szabvány és a klinikai audit

A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar munkatársai által végzett felmérés alapján, a kórházak 80 százalékánál ISO 9001 minőségügyi rendszer működik. Ezt a tényt az akkreditációs rendszer bevezetése mellett sem lehet figyelmen kívül hagyni.

A BELLA akkreditáció standardok kifejlesztésével az ISO alapú, egészség-specifikus MSZ EN 15224:2003 szabvány szerinti működés tanúsításával új lehetőség nyílik meg a magyarországi kórházak számára.

E szabvány követelményei felölelik az EN ISO 9001:2008 követelményeit, kiegészítve az egészségügyi szolgáltatásra vonatkozó értelmezésekkel és előírásokkal. A sajátos egészségügyi környezettel összefüggésben adták hozzá és értelmezték a követelményeket. Ahol fontosnak tűnt, új követelményekkel egészítették ki. A szabvány magában foglal klinikai kockázatkezeléssel összefüggő szempontokat is a folyamatok tervezése, működtetése és szabályozása tekintetében.

Az MSZ EN 15224:2003 szabvány a következő 11 minőségi ismérv fontosságát hangsúlyozza:

1. Megfelelő és helyes ellátás biztosítása
2. Rendelkezésre állás
3. Az ellátás folyamatosságának biztosítása
4. Eredményesség
5. Hatékonyság
6. Méltányosság
7. Bizonyítékokon alapuló és tudásalapú ellátás

8. Betegközpontú ellátás, figyelembe véve a beteg fizikai és szellemi integritását
9. A betegek bevonása az ellátásba
10. Betegbiztonság
11. Időben történő hozzáférés biztosítása

A 11 minőségi jellemző definíciója mellett jelentős változtatás az ISO 9001-hez képest a kockázatmenedzsment kihangsúlyozása és konkrét előírások megfogalmazása a betegbiztonság területén.

Az MSZ EN 15224:2013 5.6.2. pontja, mely "Az átvizsgálás bemenő adatai"-t foglalja össze, meghatározza, hogy a vezetőségi átvizsgálás bemenő adatai között szerepelnie kell a klinikai folyamatok működésére és az egészségügyi szolgáltatás megfelelőségére vonatkozó adatoknak is.

A fejezet magyarázatként rögzíti, hogy a klinikai és egyéb folyamatok működésére vonatkozó információkat, pl. minőségügyi nyilvántartásokból, indikátorok alapján, megbetegedésre és halálzásra vonatkozó eredményekből lehet kapni.

A szakmai adatok, a szakmai tevékenység minőségének értékelését a klinikai audittal lehet megvalósítani, tehát MSZ EN 15224:2003 szabvány nem tanúsítható működő klinikai audit nélkül.

BELLA standardok és a klinikai audit

A TÁMOP 6.2.5/A programban a szervezet működését szabályozó standardok kidolgozása történt meg, felülvizsgálati eljárással, mellyel az akkreditációt vállaló szervezet működését minősíti (organizational audit). A szervezeti működés szabályozásának az volt a célja, hogy a betegségektől, betegektől, állapotoktól

függetlenül, de persze arra figyelemmel, a szervezeti sajátosságok úgy kerüljenek kialakításra, hogy általánosságban a szakmai megfelelés, időszerűség, stb. megvalósulhasson. A standardok elsősorban a működés megszervezését célozzák figyelemmel a magas kockázatú betegcsoportokra és ellátásokra.

Az akkreditációs standardok között külön standardként szerepel a klinikai audit működtetésével kapcsolatos standard, bár jelenleg ez a követelmény csak az emeltszintű akkreditációnál lesz elvárás.

Sajnálatos, hogy még nem rendelkezünk elég tapasztalattal a standardok alkalmazásával kapcsolatban és jelenleg még nincs kialakítva a standardok akkreditációjának szervezeti háttere sem.

Következtetések - Integráció kérdése

A minőségügyi rendszerek működtetésének végső célja, hogy olyan struktúrákat és folyamatokat működtetését támogassa, olyan minőségszemléletet, kultúrát alakítson ki, ami maximalizálja az egészségnyerést, miközben csökkenti mind a betegségből, mind az ellátásból származó kockázatokat.

Jelenleg az Európai Unióra vonatkozóan sem rendelkezünk megbízható adattal arra vonatkozóan, hogy melyik minőségstratégia, melyik minőségügyi modellel (ISO 9001 alapú vagy az akkreditáció) lehet a legeredményesebben és leghatékonyabban javítani az ellátás minőségét.

Tehát nem az a legfontosabb kérdés, hogy a rendelkezésre álló modellek közül melyiket válasszuk, hanem az, hogy az adott szervezetnél - a helyi adottságokat, lehetőségeket, problémákat figyelembe véve – mi a prioritás a minőség fejlesztésének a terén, és er-

re melyik minőség-modell, módszer teszi lehetővé a legeredményesebb javítást a leghatékonyabb módon. Ennek érdekében gyakran a különböző modellek integrált alkalmazására van szükség.

A már 2000-ben megfogalmazott alapelvek szerint a szakmai bizonyítékokon alapuló, TQM filozófiával, minőségügyi kultúrával ötvözött struktúra és folyamat tekinthető annak az egységes alapelemnek, amely - az egészségügyi szolgáltatás jellegétől és a választott modelttől függetlenül - az egészségügyi szervezet minőségirányítási rendszerének továbbfejlesztéséhez továbbra is nélkülözhetetlen.

Értékelve a magyarországi egészségügyi szolgáltatók minőségbiztosításának jelenlegi helyzetét, a nemzetközi tapasztalatokat a MSZ EN 15224: 2013 ajánlást figyelembe vevő ISO alapú menedzsmenti rendszer bevezetésén kívül hosszabb távon javasolható az MSZ EN 15224: 2013 és a jelenleg kialakítás alatt álló akkreditációs rendszer olyan konvergenciája, integrálása is amely:

- Rugalmas keretet ad a helyi viszonyok figyelembe vételére,
- Integrálja mindazon kritériumokat, melyek kielégítik az egészségügyi szolgáltatások mindhárom szintjének speciális követelményeit
- Támogatja a változásmenedzsmentet a kockázatelemzést, a folyamatos fejlesztést, mely tényezők beépülnek a szervezeti kultúrába.
- Biztosítják a biztonságos, eredményes és hatékony ellátást
- Biztosítják a betegjogok érvényesülését.

A két modell közös pontjai a betegbiztonság az ellátás eredményességének javítása.

Integráció elvét támogatja a klinikai audit rendszer működtetése is, amely mindkét modellben szerepel.

Amennyiben ezt az egészségpolitika nem támogatja, komolyan mérlegelendő a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok revíziója és beépítése az ISO 9001:2015 vagy a MSZ EN 15224: 2013 szabványokba, figyelembe véve azt is, hogy a magyarországi egészségügyi intézményeknek az ISO 9001 minőségirányítási rendszerrel van a legtöbb tapasztalata, és az alapváznak tekinthető új 2015-ös szabványra történő átállás is a legkönnyebben valósítható meg **(1. ábra)**

Minőségügyi rendszer – belső klinikai audit



1. ábra

Felhasznált irodalom

Council of Europe: Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. (Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006, at the 965th meeting of the Ministers' Deputies)

Dombrádi V, Gödény S.: A kórházak minőségügyi rendszereivel foglalkozó Európai Unió kutatások. IME, 2013, 12, 27-32.

Gödény S.: A hatékony egészségügyi ellátás alapelvei és megvalósításának lépései in: Gödény S. (szerk): A klinikai hatékonyság fejlesztése az egészségügyben. Pro Die Kiadó, Budapest, 2007, 233-283.

Gödény S.: Klinikai hatékonyság jelentősége az egészségügyi minőségbiztosításban. . Egészségügyi Menedzsment, 2003, 5(1), 30-33.

Gödény S.: Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az orvosi gyakorlatban 1. A minőség fogalma és jelentősége. Orvosi Hetilap, 2012, 153, 83-92.

Gödény S.: Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az orvosi gyakorlatban 2. Bizonyítékokon alapuló orvoslás. Orvosi Hetilap, 2012, 153, 137-143.

Gödény S.: Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az orvosi gyakorlatban 3. Klinikai audit az orvosi gyakorlatban Orvosi Hetilap, 2012, 153, 174-183.

Gödény S.: Nemzeti egészségügyi minőségügyi rendszer koncepciója. Egészségügyi Menedzsment 2001, 3 (1), 26-28.

Gödény S.: A szakma-specifikus megfelelés és a működés összefonódása. A klinikai audit. Elhangzott: TÁMOP 6.2.5 A-12/1-2012-0001 projekt keretében megrendezésre kerülő Szakmai Egyeztető Fórum rendezvényén. 2014. november 27.

Laffel, G., Blumenthal, D.: The Case for Using Industrial Quality Management Science in Health Care Organizations. JAMA. 1989, 262(20), 2869-2873.

MSZ EN 15224:2013. Egészségügyi szolgáltatások. Minőségirányítási rendszerek. Az EN ISO 9001:2008 szabványon alapuló követelmények. 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. Committee of Ministers on 30 September 1997, at the 602nd meeting of the Ministers' Deputies.

Schweiger, B. (ed): Quality policy in the health care systems of the EU accession countries. Vienna: Federal Ministry of Social Security and Generations, 2001.

WHO: Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008.

Összefoglalás: A DEMIN tudományos fóruma, évek óta kiemelt figyelmet fordít a sürgősségi ellátásra. A sürgősségi szakma magában hordozza a krízis helyzetek megoldására való törekvést, azaz a krízis menedzsmentet. A cikk a sürgősségi ellátásnak egy másik arcát mutatja be, nevezetesen a szakma sajátos folyamatos megújulásával kapcsolatos harcát a talpon maradás érdekében, hisz a hazai egészségügy jelenlegi helyzetében a sürgősségi ellátás kulcspontja és tényezője lehet az alap- és kórházi ellátás elvárt színvonalon való működésének.

Kulcsszavak: Krízis, Krízismenedzsment, Sürgősségi betegellátó rendszer, MSOTKE, Egészségpolitika, Jogi feltételrendszer

Nagyon figyelemre és tiszteletre méltó a DEMIN tudományos fórumának az a törekvése, amellyel a magyar sürgősségi ellátást kezeli, és fáradozásait kiemelten követi. Úgy érzékelem, hogy az elmúlt évben a sürgősségi szakma krízismenedzsmentben betölthető szerepére, most pedig a sürgősség sajátos krízishelyzetére és megoldási törekvéseinkre kíváncsiak.

Bizonyára nem sokan olvasták őszi-téli médiavillogásaink néhány, ezzel kapcsolatos írásos emlékeit, de a "Sürgősségre várva" című, az MSTOKE elnöke által jegyzett, monográfiában - mely az egyik internetes hírportálon jelent meg - saját magunk tárjuk fel hogy "Napjaink, az akut jellegű ellátást érintő, tünetezerű eseményei, ezek médiavisszhangja és reflexióik társadalmi érzékenységet tükröznek. Az egyes tünetek kapcsolatának, az ok-okozati összefüggések felderítésének, a jelen helyzetet krízisként értékelve, már régen itt lett volna,

és ma még itt van az ideje. Megfelelő elemzés és diagnózis, és így oki kezelés helyett, változó prioritások esetén végzünk tüneti kezelést, időszakos rehabilitációt".

Nos, itt a következő oldalakon erről a folyamatról, vagyis a jelen írásomban erről a folyamatról, vagyis mindennapi küzdelmeinkről kívánok számot adni, azaz arról a gyakorta kilátástalan harcról, amelyet lassan több mint 10 éve folytatunk hol látható, hol nem látható elemekkel azért, hogy ez a szakma az őt megillető helyre kerüljön az egészségügyi ellátó rendszerben. Mindezek előtt a tisztánlátás és az egyforma alapok megteremtése érdekében néhány alapfogalmat azért érdemes ismételni, fel-eleveníteni.

A krízis a görög válság szóból ered, ebben az egyszerű értelemben az egyén válságát jelenti, ami szerint: **"a krízis olyan feszült, fájdalmas állapot, mely fenyegetettség, kilátástalanság és elveszettség érzetét okozza, magában hordozza a pozitív és a negatív irányba történő változást is, fordulópontot jelent az egyén számára, mely tovább terheli problémamegoldó kapacitását, elégtelenség érzését okozza."**

A mi szempontunkból meghatározóbbak és lényegesebbek a szervezetre, illetve a szervezeti elemre vonatkozó krízisjellemzők, melyek mindegyike valahol végig vonul, megjelenik, illetve valamilyen formában és intenzitással jelen van a magyar sürgősségi ellátó rendszerben.

Ha visszaemlékezünk a tavaly őszi, néhány kórházban lezajló, a sürgősségi osztályt érintő, humán krízisre, és belegondolunk az esetekben, minden érintett résztvevő

helyzetébe, akkor ezek a jellemzők biztosan jobban fog-
nak rögződni.

Melyek ezek a jellemzők?

- Hirtelen jelenik meg.
- Intenzitása fokozatosan nő.
- Gyors reakciót követel.
- Megbontja a szervezet rutinját és teljesítőképességet.
- Bizonytalanságot, stresszt és aggodalmat okoz szer-
vezeten belül és kívül.
- Fenyegeti a szervezet reputációját.
- Kihívja a szervezet humán-, fizikai és anyagi erőfor-
rásait.
- A média és a környezet figyelmét a szervezetre irá-
nyítja, fókuszálja.
- Megnöveli a kormányzat és egyéb szabályzó szer-
vek érdeklődését a szervezet iránt.
- Időlegesen megrendíti a szervezetet.

A bajok megoldására a krízis menedzsment a hivatott,
mely a jobbítás egyik lehetősége. Az ezzel foglalkozó
menedzsmentnek időben fel kell ismerni és professzio-
nálisan megoldani a konfliktusokat, krízishelyzeteket. Ez
annyit jelent, hogy képesnek kell lennie a szakmai - ér-
dek - és érzelmi alapú okok felismerésére, csoportosítá-
sára, megoldására. A krízis megoldásának kimenetele a
megoldás mellett, mint leggyakoribb opció, az összeom-
lás, az ineffektív megoldás és a kompromisszum lehet.

Az MSOTKE által kezelt folyamatot egy történelmi vis-
szatekintési folyamatba helyezem el, hisz így a bajok
kialakulásának okai és forrásai is tetten érhetőek. Közel

150 évre tekintünk vissza, ahol az első 130-140 éve nem
is volt olyan sok gondunk, és elődeink sem írtak le meg-
oldhatatlan nehézségeket. Flór Ferenc, a Magyar Hon-
védség egészségügyi szolgálatának egyik megalapítója
az 1848-49-es forradalom és szabadságharc kiemelkedő
egészségügyi vezetője, 1835-ben ír először a sürgősségi
orvoslásról, nevezetesen a "Tetszhalottak Felélesztésé-
ről szóló Tanítás" című művében. Relative sok idő telik
el, de örömteli esemény következik be, nevezetesen a
BÖME megalakulása, melynek május 10-én, ünnepeltük
129 éves évfordulóját. Nevezetes évszám 1948, az Ora-
vecz Béla nevéhez fűződő Országos Mentőszolgálat
megalapításának időpontja. A sürgősségi orvoslás nagy
amerikai megszületése előtt 1972-ben Gábor Aurélban
vetődik fel a komplex sürgősségi gyógyászat gondolata,
melynek helyszíni, akut ellátási formáját **Oxyológiának**
nevezi el.

Ezt követi 1974-ben az amerikai "**Emergency Medicine**"
megszületése. 1975-ben indul be a főiskolai szintű dip-
lomás sürgősségi ellátó szakemberképzés, és 1985-től
az oxyológia kötelező egyetemi tantárggyá válik.

A rendszerváltást követően az egészségügyben külön-
böző reformok sorozata indult és állt le, de egy közös
volt bennük, hogy a sürgősségi ellátás az egészségügyi
politika célpontjává válik. A sürgősségi betegellátás, a
mentőszolgálat fejlesztése több kormányzati ciklusban
szerepelt az egészségügyi ágazat hosszú távú program-
jában. Ennek a kiemelt figyelemnek köszönhetően az
ország több nagy kórházában - Székesfehérvár, Nyír-
egyháza, Szent Imre Kórház, Budapest - remek szakmai
műhelyek alakulnak ki, kiváló szakembereket kitermelve.
Kiemelném közülük az azóta már elhunyt Csingár Antalt,
valamint örökös elnökünket, Pikó Károlyt és jelenlegi el-
nökünket, Berényi Tamást.

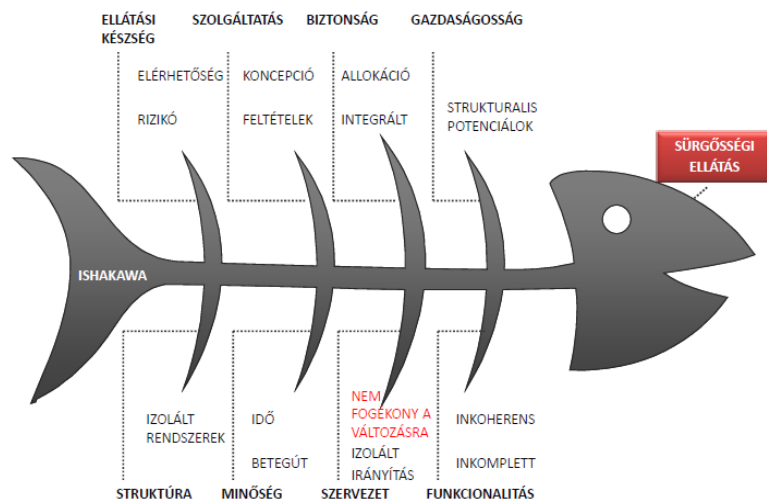
1995-ben a szakma tudományos társaságaként a SBOME, majd 2000-ben az MSOTKE alakul meg. A szakma erősödésének jelenként és elismeréseként, valamint a prioritások felismeréseként a sürgősségi ellátás egységes szakmai elveit, rendszerét, az orvosi ügyeletnek működési formáit, a fogadóhelyek kialakításának feltételeit első ízben 2004-ben szabályozta az ágazati miniszter.

2007-ben a pre- és intrahospitalis egység, sürgősségi orvoslás létrejöttét szimbolizálta az oxyológia-sürgősségi orvostan szakképesítés megszületése. A rendelet kiadásának időpontjától - mely igen sok evidenciát és jó szándékot tartalmaz - kezdődnek a krízis jelei és a folyamatos bizonyítás, a szakmák, a társszakmák, az egészségpolitika és időnként a pre- és intrahospitalis szakmák között, ellen és mellett.

De mi is indokolta a rendeleti szabályozást? Minden valószínűség szerint itt keresendők a kiinduló okok, a társszakmáknak a szubjektív, az új elleni azonnali tiltakozás jeleként feléledő szakmai féltékenység és/vagy irigység esetenként nem elhanyagolható jelenlétében.

A társadalom egészsége jelentős tényező a társadalom biztonságérzésének megteremtésében. Ezeknek egyik jelentős pillére az egészségügyi ellátó rendszer. Bár az egyén egészségének alakulásában az életmód, a genetika és az egyéb befolyásoló körülmények mellett ennek a pillérnek bizonyos számítások alapján 15%-os szerepe van, de nyilvánvaló, hogy az ellátó rendszer legfontosabb belépési pontján, az akut ellátó rendszeren sok minden múlik. A jól ismert Kaoru Ishikawa ábra jól szemlélteti a sürgősségi ellátás problémáit okozó tényezők szerepét és jelentőségét az ellátási készségre, a szolgáltatás minőségére, a beteg biztonságára, a struktúra funkcionalitásának megtartására, a betegutak szabályo-

zottságára, és bármilyen hihetetlen, a gazdaságosságra, mint mindig is kritikus tényezőre (1. ábra).



1. ábra A sürgősségi ellátás problémáit okozó tényezők szerepe Forrás: Kaoru Ishikawa

Persze voltak ennél sokkal egyszerűbb és kényyszerítőbb okok, átlátható indokok. Az akkor, e tárgyban lezajlott fórumokon és kongresszusokon - ahol még a tárcavezető is megjelent - vele együtt zengtük és foglaltuk össze, amit ma ugyanilyen aktualitással megtehetünk, hogy:

- országosan egyenetlen a betegek sürgősségi ellátása,
- időben is egyenlőtlenségek vannak,
- a betegek számára nem átlátható a rendszer,
- kevés a szükséges munkaerő,
- abszolút és relatív (fejlesztési és működési) forráshiány van,

- a 2003. évi LXXXIV. tv. (az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről) kötelezi a tárcát egy konkrét és szakmaibb szabályozásra, ami a folyamatos működésre vonatkozik,
- érvényt szerezni a betegközpontúságnak.

A feltárt hiányosságok megoldásának lehetőségeként az orvostudomány egyik legfiatalabb szakágát, a sürgősségi orvoslást találták meg, mellyel nagyot senki sem hibáztott, hisz egy multidiszciplináris orvosi és nem orvosi ismereteket igénylő, különleges szemléletű és látványos szakma, ahol a heveny egészségkárosodásoknak kezelésekor a kimenet, a rizikó és a kezelés megkezdésének ideje fordítottan arányosak.

A megszületett 47/2004. (V. 11.) ESzCsM rendelet 1. és 2. §-a nagyon konkrétan szabályozza a feladatokat, a résztvevőket, a helyszíneket és a rendszereket. Így egyértelműsíti, hogy "a sürgősségi betegellátó rendszer az egészségügyi ellátó rendszer azon szervezeti egységeiből áll, amelyeket a betegek heveny tünete, hirtelen fellépő fájdalma, illetve egészségromlása miatt távközlési eszközök útján, vagy személyesen felkereshet, és elsődleges ellátásban részesül, ideértve, ha az alapellátó ügyelet az otthonában, illetve a tartózkodási helyén látja el a beteget."

"A sürgősségi betegellátó rendszer fekvőbeteg ellátáson kívül szervezett formája a mentés is."

"A sürgősségi betegellátó rendszer keretében a heveny tünetek vagy sürgősségi ellátást igénylő kórkép miatt jelentkező vagy beszállított beteg fogadására az egészségügyi szolgáltató a külön jogszabályban meghatározott szakmai minimumfeltételeknek megfelelő,

- a) fekvőbeteg-ellátáson kívül szervezett (alapellátási) ügyeletet,
- b) fekvőbeteg-ellátás keretében
 - ba) sürgősségi fogadóhelyet,
 - bb) sürgősségi ellátó osztályt,
 - bc) ügyeleti szolgálatot
- c) a munkavégzés helyszínén kívül szervezett készenléti szolgálatot alakít ki."

A konfliktusok és a krízis felismerhető kezdete innentől számítható, mivel a végrehajtás és arra megtett kísérletek sorozatban tárták fel a kezelésre váró helyzeteket. Mi azt hittük, hogy komoly az egészségpolitika szándéka, és a társszakmák is segítőkészek lesznek, elhiszik, hogy a sürgősségi ellátás, mint elv, és mint gyakorlat is beteghez integrált, és nem szakmánként ellátást jelöl. Bevezetésével egyértelművé válik és csökken a betegutak száma és hossza, javul az esélyegyenlőség. Leginkább a társszakmák ellenállása lepett meg bennünket, akik a rendelet ismerete nélkül is küzdöttünk a szakma térnyerése ellen. Az egészségpolitika látszólag tette a dolgát. 2005 júliusában egy kormány- előterjesztés készült a sürgősségi betegellátás egységes rendszerének a kiépítése érdekében, a cél

- a bajbajutott beteg 15 percen belül szakszerű sürgősségi ellátásban részesítése,
- betegutak lerövidítése,
- a kórházi ügyeleti rendszer problémáinak megoldása,
- a kistérségi és regionális szervezeti elv megerősítése,
- biztonságos sürgősségi ellátás garantálása.

Az előterjesztés csak előterjesztést maradt, mivel a végrehajtással kapcsolatos feladatterv nem került jóváhagyásra. Az akkoriban szinte havonta készülő, több évet átfogó tervek keretében az "Egészséges társadalom komplex program (2007-2013)" végrehajtásra kiadott 1064/2004. (VII. 22.) Kormányhatározat ágazati szakmai programjai között szerepelt ugyanis a sürgősségi ellátás fejlesztésének programja is, azzal az indoklással, hogy "a sürgősségi ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók köre heterogén képet mutat. Jelenleg 37 kórházi sürgősségi betegellátó osztály áll rendelkezésre - a szükséges 60-nal szemben - így az országos lefedettség nem biztosított."

Gondolom ettől kezdve minden eredményt kívülről fog-nak tudni, azaz itt sem készült el a meghatározott célok eléréshez szükséges részletes elemzés. Az akkor még más rendszerű szakmai kollégium, megunva a tehetetlen és lehetetlen helyzetet, 2006-ban önmaga készíti el a "Sürgősségi Fehérkönyvet", a hazai sürgősségi ellátás fejlesztésének programját. Ez a könyv magába foglalta az akkor valid humán és infrastrukturális erőforrás és ellátási adatokat, valamint a sürgősségi ellátás fejlesztésére vonatkozó akciótervet, határidőkkel, a végrehajtásban résztvevők és a várható költségek megjelölésével. Azóta 10 év telt el, és büszkén valljuk, hogy ez a hazai sürgősségi ellátás összes információjának jelenleg utolsó és hiteles kiadványa.

Mondanom sem kell, hogy a felvázolt akciótervet sem az Egészségügyi Minisztérium, sem a kormány nem hagyta jóvá. Gyakorlatilag ezzel egy időben kéri fel az egészségügyi miniszter a MOTESZ-t a négy nagy nemzeti egészségügyi program - ACS, Stroke, Anya- nő-gyermek és csecsemővédelem, sürgősségi betegellátás fejlesztése - végrehajtásnak szakmai koordinációjával összefüggő feladatok ellátására. A MOTESZ 2007 áprilisában a

Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri elméleti tömbjében szervez konferenciát, amely iránt nem nagy az érdeklődés. A MOTESZ a feladatokról, azok tapasztalatairól átfogó értékelést, beszámolót nem készített. A program irányítás hiánya miatt, a megvalósítás nélkülözi a komplexitást, azaz nem történt semmit.

Közben azért történik egy-két pozitív fejlemény is, amit azért jellemző módon néhány pikáns esemény is tarkít. A TIOP pályázatok keretében 26 kórház 12 Mrd Ft támogatást nyer, de a mentés, illetve légi mentés fejlesztésére szánt 11 Mrd Ft elúszott a tervezés lassúsága, és a szaktárca döntési periódusban való meg nem jelenése miatt. 2008-ban újabb győzedelmes megállapítás születik, a Bajnai kormány megalakulásakor alkotott "Biztonság és partnerség: feladatok az egészségügyben 2010-ig" című programban. Megállapítják, hogy a sürgősségi ellátás egész vertikumában fejlesztésre van szükség. A fejlesztés és a program végrehajtása helyett, az Állami Számvevőszék hajt végre ellenőrzést, melynek megállapításai teljes mértékben igazak és gyakorlatilag mind a mai napig egybe esnek a szakterület krízispontjaival, és az előzményekre visszagondolva teljesen törvényszerűek, mindenféle kezelési vagy inkább megoldási javaslataink ellenére.

Érdemes felsorolni csak kivonatossan az akkori és mai is helytálló megállapításokat:

- protokollok hiánya,
- ellenérdekeltség és érdektelenség a standardok protokollok alkalmazására,
- a szakmai képviselőlet megosztottsága,
- képzési kapacitás hiánya,
- egyéni érdekek eltérnek a szervezeti érdektől,

- a lakosság ismeretei hiányosak,
- egyes szakterületek nem értik az egységes sürgősségi ellátás szemléletét,
- izolációs törekvések az intézmények és szakterületek részéről,
- ellenmondás a progresszív betegellátás és a finanszírozási ösztönzők között,
- nem egységes az alapellátási ügyeleti rendszer,
- humánerőforrás hiánya,
- az új rendszer kialakítása költség- és időigényes.

2011 tavaszán, az EMMI szakállamtitkárának kezdeményezésére, az akut ellátás javítása érdekében a traumatológiai, de esetenként az anaeszt-intenzív, és idegsebészeti szakmai tanácsal kiegészülve kísérletet tettünk a valós személyi, tárgyi és szerveződési szintek feltárására. Ezzel az volt a célunk, hogy egy valós adatbázis mentén alakítsuk ki a megfelelő irányvonalakat az erőforrások allokációjára. Sajnos sem adatbázis, sem erőforrás optimalizálás sem született. A következő évek a meghatározó társszakmák barátkozásával teltek el, aminek a közös nevezője az egymás sajnálatában összegezhető.

2015-ben ismét sarkára állt a szakállamtitkárság, és ismét a MOTESZ-t kérte fel egy interdiszciplináris fórum levezénylésére, hátha kiderülnek a bajok és megoldások is megszületnek. Nos, a megállapítások nem sok újat tartalmaztak az előző évekhez képest. Megtudhattuk ismét, hogy

- a jelen rendszer alapvetően nem igazságos, így hosszabb távon jelen formájában nem tartható, újrarendezésre szorul.

- A jogi szabályozottság és a kommunikáció általánosságban is hiányos. A társadalom egészének rendszeres tájékoztatása, a társadalmi konszenzusra való törekvés nem mutat semmi előrelépést.
- Az informatikai háttér fragmentált, nem egységes. Az ellátók hozzáférése mind a betegadatokról, mind az indikátorok figyelését és alakulásuk értékelését nehezíti.
- A szociális problémák rendszeresen terhelődnek át a sürgősségi ellátó rendszerre, a megoldások keresése gyakran eredménytelen, ugyanakkor jelentős erő - időt - von el a tényleges sürgősségi ellátástól.
- A finanszírozás nem tart lépést sem a növekvő munkaterheléssel, sem a technika drágulásával, sem a szakmai követelmények változásaival.
- Az utóbbi időben öröndetesen fejlődő képzési rendszer még mindig nem egységes, nem biztosítja ellátási szintenként a megfelelő szakmai alapokat.
- A fiatalok egészségnevelése hiányos.

Annyi azért letisztult számunkra, hogy a megoldásokat egyedül még megfelelő erő esetében sem lehet kivitelezni. Így, amikor mindezek ismeretében, felteszem a kérdést, hogy van-e értelme ennek a fajta krízis menedzsmentnek? egyértelmű a válasz, hogy igen. Hisz a sürgősségi szakma elméleti és jogi feltételrendszere minőségi ellátást garantál, azonban ahhoz, hogy ez meg is valósuljon, az egészségügy minden szegmensének be kell(ene) tartania a játékszabályokat.

Mindezeket túl, vannak kedvező és kedvezőtlen intő jelek, melyeket a jövőben érdemes figyelembe venni és megjegyezni. Nevezetesen

"az azonnali ellátáshoz való növekvő igény mellett a kórházbezárások (kapacitás csökkenés), a sürgősségi osztályok túlszűfolttségéhez vezetnek. A népesség öregedése azt sugallja, hogy a sürgősségi ellátás iránti nagy igény nem fog csökkenni a jövőben. Azt is be kell látnunk azonban, hogy az egyre nagyobb populációs igényhez a sürgősségi orvos szemléletnek is alkalmazkodni kell."

Irodalomjegyzék

1. Krízis. Wikipédia. A szabad enciklopédia. 2013. április 4. Letöltés 2016.06.06.
2. Krízis kommunikáció, Krízishelyzet. Wikipédia. A szabad enciklopédia 2015.11.01. Letöltés 2016.06.06.
3. Sürgősségi ellátás és krízismenedzsment.
www.msotke.hu/downloads/eloadasok/msotke2012/berenyi_tamas.pdf.2012.nov.18. MSOTKE XI. kongresszus 2012.
4. 47/2004. (V.11.) EESZCSM rendelet az egészségügyi ellátás működtetésének egyes szervezési kérdéseiről.
5. Richard W. Aghababian: A sürgősségi orvoslás alapjai. Medicina 2011.

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

Fejleszteni szeretné minőségügyi ismereteit?

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

[Lépjen be itt](#)

Alapjogoktól a költséghatékonyságon keresztül a jövőnkig, indikátor rendszerek, adatok és szerepük a sürgősségi ellátásban

Dr. Korcsmáros Ferenc 

Bevezetés

Az egészségügyi ellátó rendszerben az utóbbi évek talán legdinamikusabban fejlődő- és változó területeként tartható számon a sürgősségi betegellátás. Ebben a változékony és folyamatosan fejlődő szakterületben, speciális körülményrendszerben kell megfelelni a jelen kihívásainak. Körülményrendszerére jellemző, hogy első vonalbeli ellátóként magas kockázatú folyamatok menedzselésével kell magas kockázatú, időnként kritikus állapotú betegeket oly módon ellátni, hogy azt a rendelkezésre álló erőforrások optimális allokációjával tegyük meg. Mindközben e szakterületre is kiemelkedően jellemző a szakemberhiány, túlhajsztottság, a nem mindig ideális munkakörülmények, a társszakmákkal való konfliktushelyzetek, hiszen mint újonnan kialakuló szakterület még nem minden esetben sikerül az optimális beilleszkedés az egészségügyi ellátórendszer struktúrájába. A sürgősségi ellátás rendszerében halmozottan jelennek meg olyan alapvető kérdések, mint a betegjogok érvényesíthetősége, a betegbiztonság, adatvédelem, az egyén és a társadalmi igények támasztotta kihívásoknak való megfelelés és természetesen, nem utolsósorban a gazdasági szempontok!

Alapjogok érvényesíthetősége az egészségügyben

Az alapvető emberi jogok a XVII. és a XVIII. században kerültek igazán előtérbe, a polgári forradalmak eredményeként. Az ún. emberi alapjogoknak világszerte más és más csoportosításával találkozhatunk az egyes államok

alkotmányában, gyakran elnevezésükben is eltéréseket mutatnak, de tartalmukat tekintve többnyire azonos értékrendet fogalmaznak meg. Maga az alapjog kifejezés is mintegy gyűjtőfogalomként fogható fel, melynek az emberi és az állampolgári jogok jelentik a kiindulópontját. Emberi jog alatt értjük mindazon jogokat, amelyek minden embert megilletnek. Ezen jogok az ember természetének, testi, lelki, szellemi adottságainak megélését alapfeltételként biztosítják. Az állampolgári jogok pedig csak az adott állampolgárság viszonyaiban értelmezhetők. Azon jogok összességét jelentik, amelyek az adott állampolgárait illetik meg. Az alapjogok minden kultúrának jogi építményének részeivé váltak, így hazánk jogrendszerében is megjelennek.

Hazánk 2004. május 01-én lett az Európai Unió teljes jogú tagja, így az Európai Unió Alapjogi Chartája a mi jogszabályi kereteinket is meghatározza. A dokumentum számos olyan alapjogi elemet tartalmaz, melynek meghatározó szerepe van az egészségügyi ellátásban (2. cikk, 8. cikk, 10-11. cikk – mint az autonómia alapja) és az egészségügyi szolgáltatás alapjaiban (35.38.41.42. cikk) 

Európai Unió Alapjogi Charta

I. fejezet: Méltóság

- 1. cikk: Az emberi méltóság
- 2. cikk: Az élethez való jog
- 3. cikk: A személyi sérthetlenséghez való jog

- 4. cikk: A kínzás és az embertelen vagy megalázó bánásmód és büntetés tilalma
- 5. cikk: A rabszolgaság és a kényszermunka tilalma

II. fejezet: Szabadságok

- 6. cikk: A szabadsághoz és biztonsághoz való jog
- 7. cikk: A magán- és a családi élet tiszteletben tartása
- 8. cikk: A személyes adatok védelme
- 9. cikk: A házasságkötéshez és a családalapításhoz való jog
- 10. cikk: A gondolat-, a lelkiismeret- és a vallás-szabadság
- 11. cikk: A véleménynyilvánítás és a tájékozódás szabadsága
- 12. cikk: A gyülekezés szabadsága és az egyesülés szabadsága
- 13. cikk: A művészet és a tudomány szabadsága
- 14. cikk: Az oktatáshoz való jog
- 15. cikk: A foglalkoztatás megválasztásának szabadsága és a munkavállaláshoz való jog
- 16. cikk: A vállalkozás szabadsága
- 17. cikk: A tulajdonhoz való jog
- 18. cikk: A menedékjog
- 19. cikk: Védelem a kitoloncolással, a kiutasítással és a kiadatással szemben

III. fejezet: Egyenlőség

- 20. cikk: A törvény előtti egyenlőség
- 21. cikk: A megkülönböztetés tilalma
- 22. cikk: A kulturális, vallás és nyelvi sokféleség
- 23. cikk: A férfiak és a nők közötti egyenlőség
- 24. cikk: A gyermekek jogai
- 25. cikk: Az idősek jogai
- 26. cikk: A fogyatékkal élő személyek beilleszkedése

IV. fejezet: Szolidaritás

- 27. cikk: A munkavállalók joga a vállalkozásnál a tájékoztatáshoz és konzultációhoz
- 28. cikk: A kollektív tárgyaláshoz és fellépéshez való jog
- 29. cikk: A munkaközvetítői szolgáltatások igénybevételehez való jog
- 30. cikk: Az indokolatlan elbocsátással szembeni védelem
- 31. cikk: Tisztességes és igazságos munkafeltételek
- 32. cikk: A gyermekmunka tilalma és a fiatalok munkahelyi védelme
- 33. cikk: A család és a munka
- 34. cikk: A szociális biztonság és a szociális segítségnyújtás
- 35. cikk: Egészségvédelem
- 36. cikk: Az általános gazdasági érdekű szolgáltatásokhoz való hozzáférés

- 37. cikk: Környezetvédelem
- 38. cikk: A fogyasztók védelme

V. fejezet: A polgárok jogai

- 39. cikk: Aktív és passzív választójog az európai parlamenti választásokon
- 40. cikk: Aktív és passzív választójog a helyhatósági választásokon
- 41. cikk: A megfelelő ügyintézéshez való jog
- 42. cikk: A dokumentumokhoz való hozzáférés joga
- 43. cikk: Az ombudsman
- 44. cikk: A petíciós jog
- 45. cikk: A mozgás és a tartózkodás szabadsága
- 46. cikk: A diplomáciai és konzuli védelem

VI. fejezet: Igazságszolgáltatás

- 47. cikk: A hatékony jogorvoslathoz és a tisztességes eljáráshoz való jog
- 48. cikk: Az ártatlanság vétele és a védelemhez való jog
- 49. cikk: A bűncselekmény és a büntetések törvényszerűségének és arányosságának elvei
- 50. cikk: A kétszeres eljárás alá vonás és a kétszeres büntetés tilalma

VII. fejezet: Általános rendelkezések

- 51. cikk: Alkalmazási kör
- 52. cikk: A biztosított jogok hatálya
- 53. cikk: A védelem szintje

- 54. cikk: A joggal való visszaélés tilalma

Magyarország Alaptörvényében elismeri az ember alapvető egyéni és közösségi jogait, védi az emberi méltóságot, az élethez való jogot, védelmüket az állam elsőrendű kötelezettségének deklarálja.

Az alaptörvény VI. cikkében megfogalmazódik: „Mindenkinek joga van személyes adatai védelméhez, valamint a közérdekű adatok megismeréséhez és terjesztéséhez. A személyes adatok védelméhez és a közérdekű adatok megismeréséhez való jog érvényesülését sarkalatos törvénnyel létrehozott, független hatóság ellenőrzi.” A IX. cikk a véleménynyilvánítás szabadságát fogalmazza meg. Látható tehát, hogy bizonyos alapjogok, azok érvényesítése között néha eleve ellentmondás húzódik.

„Korszerű demokráciákban az állam átlátható – a társadalom számára nyitott könyv, míg az egyén adatait védeni kell. Történelmileg igazolható, hogy a hatalom közvetlen érdeke az egyének átláthatósága és saját tevékenységének eltakarása. Ez az ellentmondás megmutatkozik az információszabadság és az adatvédelem szuverén, vagy társadalmi megközelítésében is. Mégis az egyén véleménynyilvánítási, döntési joga sérül, ha egy adott kérdésben nem áll rendelkezésére kellő információ. A kellő adattartalom ismeret nélkül – az egészségügyi rendszerben – kritikusán sérül a beteg autonómiája. Ez egyben morális és társadalmi szintű, valamint minőségügyi probléma.”

A sürgősségi ellátás rendszere, helye az ellátó rendszerben

Speciális egészségügyi ellátásról akkor beszélünk, ha valamilyen szempont/ok miatt különleges szabályozásra, feltételrendszerre, szervezeti, működési keretek kialakítására van szükség.

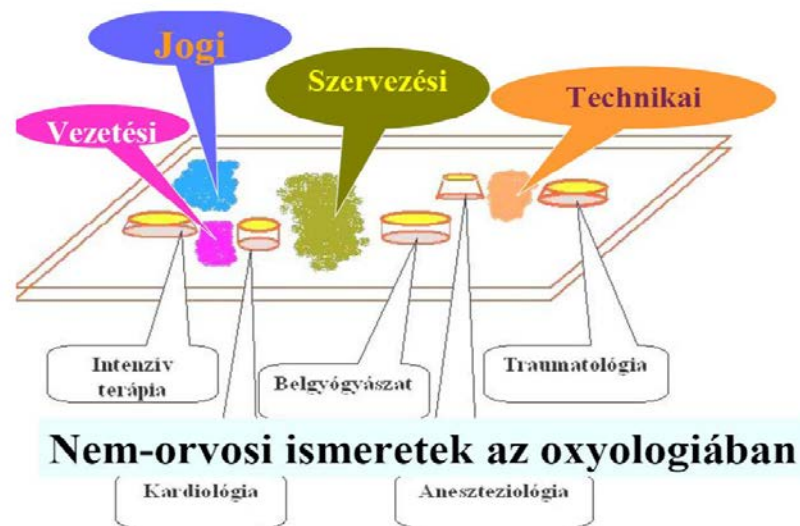
A sürgősségi ellátás az egészségügyi ellátásnak ilyen speciális részét képezi, az akut jellegű ellátás részeként köztes, összekötő szerepet játszik az alapellátás és a rehabilitáció között (1. ábra), elsődleges feladatuként a krízis helyzetek menedzselését jelölhetjük meg, mely átnyúlik a resuscitatív menedzsmentbe.



1. ábra Az akut ellátás helye az ellátórendszerben

A sürgősségi ellátást az integráció, allokáció és az idődependencia jellemzi.

Integratív funkciójaként (2. ábra) az orvostudomány számos területéről von be ismereteket (aneszteziológia, intenzív terápia, traumatológia, kardiológia, neurológia, gyermekgyógyászat, toxikológia, katasztrófa-orvostan stb) némelyikből többet, némelyikből kevesebbet, de ezeket gyakorlatilag szakorvosi szintű megközelítésben, invazív technikákat alkalmaz és mindemellett számos nem orvosi ismeretanyagot feltételez (jogi ismeretek, logisztika, katasztrófavédelem).



2. ábra Sürgősségi orvostan-oxyológia, Göbl Gábor 2007.

Allokatív funkciója megvalósul mikro- és makro-alklokáció szintjén. A mikro-alklokáció szintjén az egyes beteg kórfolyamatának értékelése, osztályozása (triázs) révén rendel az egyes betegekhez állapotnak megfelelő ellátói készséget, kapacitást. Mint allokációs rendszer a triázs alkalmas arra, hogy az ellátást igénybe vevők mennyiségi mutatóin kívül, minőségi differenciálást végezzen, biztosítva azt, hogy az időkritikus kórképpel érkező betegek (stroke, ST elevációs myocardialis infarctus, sepsis stb.) ahol percek jelentősége is óriási, a túlélés és a maradandó károsodás szempontjából ellátási prioritást élvezzenek, jól meghatározott időintervallumokat (időfaktorokat) és ellátási kapacitást társítva a betegekhez. Ezen időfaktorok mérése, nyomon követése az egész ellátórendszer struktúrális, funkcionális és kimeneti indikátorait jelenthetik!

Párhuzamosan több ellátandó esetén az allokáció kiterjed az egész ellátórendszer optimális kihasználására (makro-allokáció). 

Idő-dependens jellegéből fakadóan idő-kritikus körkpekkel foglalkozik, ahol a korai felismerés, diagnosztika, állapot stabilizáció és a korai „oki” kezelés garantál optimális kimenetelt. Célja a beteg köré szervezett ellátás keretében a humán erőforrás és eszközigeny koncentrációja, hogy a valóban időkritikus, sürgősségi ellátást igénylő betegek ellátására fordítsuk/fordíthassuk az erőinket. Mindez természetesen az év 365 napján a nap 24 órájában egy állandó, folyamatos, azonos szintű (kapacitású) rendelkezésre állást jelent, annak minden anyagi szükségletével egyetemben! Ez tehát egy igen magas költségigényű akut ellátást jelent, mindamellett, hogy bizonyított, a korai felismerés és korai kezelés, az optimális betegút menedzsment kevesebb szövődményt, gyorsabb és jobb minőségű gyógyulást és rövidebb kórházi ellátási időt eredményez – ennek összetársadalmi és gazdasági nyereségével.

A társadalom szintjén ez az egészségügy legkisebb ellenállású területe (bármikor igénybe vehető, beutaló nélkül, az év minden napján, a nap 24 órájában). Ez a társadalom számára egyfajta biztonságérzetet jelent, és hozzáférhetősége képet ad az egész ellátó rendszer működéséről. Szociális szempontból biztonsági háló – a társadalom egyre jelentősebb hányadának pedig az egyetlen hozzáférési lehetőséget jelenti az egészségügyi ellátáshoz. Az ellátó rendszerben bekövetkező bármilyen változás, hozzáférési lehetőségek szűkítése (alapellátás nehézségei, előjegyzési rendszer bevezetése járóbeteg szakrendeléseken, illetve képalkotó vizsgálatokra, várólisták, aktív ágyszám csökkenés) törvényszerűen, beteg-

transzfert eredményez a sürgősségi ellátás irányába, fokozottabb igénybevételt jelentve!

Mindez indikátorként is jól használható adattartalmat jelent(het) a rendszer működtetői, ellátásszervezői, finanszírozó számára!

A sürgősségi ellátás folyamat jellegű (3. ábra), számos láncszemből építhető fel az a sürgősségi lánc, melynek minden elemének, tagjának optimálisan kell működnie ahhoz, hogy a végeredmény megfelelő legyen, ezért a menedzsment is folyamatként képzelhető el, és ez a folyamat-szemlélet határozza meg a kimenetel lehetőségét is.

Elsősegély	Ügyelet orvos	Mentőellátás	Mentőszállítás	Kórházi sürgősségi ellátás
------------	---------------	--------------	----------------	----------------------------

3. ábra Sürgősségi ellátó lánc felépítése

Indikátor rendszerek a sürgősségi ellátásban

A sürgősségi ellátás tevékenységének minőségét bemutató indikátorok széles körét használják világszerte, melyek főként a hozzáférhetőség, meglévő struktúra és eredményindikátorok köré csoportosíthatók. 

Leggyakoribb indikátorok (1. táblázat):



	Sürgősségi ellátásra fókuszáló indikátor megnevezése
Egyesült Királyság	12 óra várakozási időn belül ellátottak aránya a sürgősségi, baleseti ellátásban - Sürgősségi osztályon 4 óránál kevesebbet várakozók aránya - stroke esetén thrombolysis indikátorok, call to needle:60 perc, door to needle 30 perc - Azonnali mentőfeladat során 14 percen belüli kérés városban, 19 perces kérés vidéken 95%-ban, 8 percen belüli kérés 75 %-ban - családorvos által sürgősnek ítélt betegek 15 percen belül kórházba kerültek - mentés során alkalmazott fájdalomterápiára szolgáló mutatók
Franciaország	- várakozási idő a sürgősségi ellátásra - fájdalomcsillapítás
Szlovákia	- várakozási idő sürgősségi kórházi felvételre - sürgősségi ellátásra több mint 2 órája váró betegek számaránya az összes sürgősségi ellátásban részesült beteg számához viszonyítva - betegirányítás akut ellátás esetén 75 éven felüli betegek sürgős kórházi felvétele

1. táblázat Indikátorok világszerte

Donabedian felosztása szerint a hazai sürgősségi ellátás prehospitalis és hospitalis részét is jellemezhetjük struktúra, folyamat és kimeneti szintű indikátorokkal (2. táblázat).

	Prehospitalis	Hospitalis
Strukturális indikátorok	- mentőállomások száma - mentőállomások kapacitása (A,B,C szint) - szervezett/futó mentőegységek száma, - minőségi megoszlás (ROKO, eset, KIM, mgk, speciális egységek stb) - humán erőforrás (szakorvos, mentőtiszt, szakápoló, ápoló, gépkocsivezető)	- sürgősségi osztályok rendszere (elérhetőség idő, távolság) - kapacitás (számbeli, minőségi) - humán erőforrás (szakorvos, triage nővér, sürgősségi szakápoló) - eszközös és tárgyi feltételrendszer - szervezeti feltételrendszer - szervezett beteg-utak feltételrendszere
Folyamat indikátorok	- segélyhívások száma - prioritások szerinti megoszlás - esetfeladatok helyszíni megoszlása (lakás, közterület) - rohamkocsi feladatok, esetkocsi feladatok, mentőfeladat, őrző szállítások száma, szekunder transzportok száma - időfaktorok: riasztástól helyszínre érkezés ideje, helyszínen töltött idő, átadási idő - időkritikus kórképek (STEMI, stroke) szervezett betegútként észlelés-átadási idő	- sürgősségi vizitek száma, - triázs kategóriák szerinti megoszlás - időfaktorok: - ajtó-triage idő, cél: 10 perc - ajtó-orvos idő - ajtó-diszpozíció idő - időkritikus kórképek időfaktorai: - pl. mellkasi fájdalom: EKG 10 percen belül - Kórházi reanimációs team: - riasztás-kiérkezési idő
Kimenet indikátorok	- kórházban átadott eset-szám - sikeres újraélesztések száma (Utstein) - NIV/invasív lélegeztetéssel átadott betegek száma	24-48 órán belüli ismételt vizit: diszpozíciós hatékonyság 24 órán belüli diszpozíció: otthonába, más osztályra, ITO-ra - kórházi sikeres újraélesztések száma (Utstein) - triázs kimeneti mutatók (követett halálozás)

2. táblázat Indikátorok osztályozása

A mentőállomások strukturális felépítése három-szintű (4. ábra). 

Mentőállomás típusa	Szervezett gépkocsik száma	Vezetés
C jelű	legalább 8 mentőgépkocsi alkalmazása	Mentőállomás vezető Főápoló Garázsmester
B jelű	4-7 mentőgépkocsi alkalmazása	Mentőállomás vezető Műszaki gondnok
A jelű	2-3 mentőgépkocsi alkalmazása	Mentőállomás vezető

4. ábra A mentőállomások strukturális felépítése

A C szintű mentőállomás általában megyeszékhelyet jelöl, ahol szervező levél szerint rohamkocsi szolgálat biztosított, mentőállomás vezetőként orvosi vagy mentőtiszt végzettség a kívánatos. A B szintű mentőállomáson minimálisan egy 24 órában futó esetkocsi és minimálisan egy 24 órában futó kiemelt mentőgépkocsi szervezett, általában több nappalos munkarendben futó mentőgépkocsi mellett. Az A jelű mentőállomáson minimálisan egy 24 órában szolgálatot teljesítő kiemelt mentőgépkocsi és lehetőség szerint nappalos időszakban futó mentőgépkocsi áll rendelkezésre. 2015.december 31-i adat szerint az országban 253 mentőállomás működik. 2015 évben a mentőállomások minősítése is megtörtént, 10.3% alkalmatlan, 36.4 % korlátozottan alkalmas, 53.4 % megfelelő minősítést kapott. A szervező-levél szerinti futó mentőegység 2015 évben 759 volt, a mentőmotorokat (3 db) és a mentőorvosi kocsikat (8 db) is beleértve, a mentőheli-

kopterek rendszere nélkül, és ebből 171 egység jelentett eset- illetve rohamkocsi szintű mentőegységet.

A különféle mentőegységek felszereltségi szintje, és a szolgálatot teljesítők végzettsége rendeleti szinten szabályozott, bár közismert adat például, hogy a szakorvosi igényű rohamkocsi szolgálat (országosan 26 db van szervezve) folyamatos biztosíthatósága országosan nagy nehézségekbe ütközik, főként a kritikus szakorvosi munkaerőhiány miatt. Ezt oly módon próbálják orvosolni, hogy az egyébként esetkocsi szintű ellátási formára szakosodott mentőtiszteket olyan speciális kompetenciákkal ruházzák fel, jól szervezett, ellenőrzött képzések és gyakorlat orientált rendszeres vizsgák után, mely képessé teszi őket bizonyos korábban szakorvosi kézbe tartozó sürgősségi beavatkozások elvégzésére. Erre a relaxánsal végzett endotrachealis intubáció példája az utóbbi évek egyik nagy szakmai előre-lépése. A mentőtiszt human erőforrásban ily módon rejlő lehetőség kiaknázása akár a hospitális, akár a prehospitális sürgősségi rendszerben kiemelkedő jelentőségű lehet! Folyamatszintű indikátorok is megfigyelhetők (5 .és 6.ábra) (mentési feladatok megoszlása, 15 percen belüli kiérkezési idő azonnali mentőfeladatok kapcsán, őrző szállítások, mentőfeladatok napszaki megoszlása stb.).Sajnos eredmény indikátorok a statisztikai jelentésekben sem figyelhetők meg, ezek rendszerezett gyűjtése és feldolgozás utáni elemzése nagy jelentőségű lenne a rendszer működése szempontjából. Az intézményen kívüli újraélesztések adatszolgáltatási rendszere (Utstein lap) erre kiváló lehetőség lehetne, ez minden helyszíni újraélesztés során kitöltésre kerül, de sajnos feldolgozására, elemzésére évek óta nincs mód, és így elérhető adat sem!

Megnevezés	2014	2015	
	év tényszámai		Index
Feladatok száma összesen	1 136 423	1 143 877	100,7%
Oxyologiai szaksegélynyújtás összesen	654 636	649 827	99,3%
Km teljesítmény mindösszesen	39 886 994	40 691 150	102,0%

5. ábra Országos működési adatok

Szolgáltatás kezdete	Mentőfeladatok	
	Száma	aránya
07-15 óra között	524 034	47,3%
15-19 óra között	235 751	21,3%
19-07 óra között	348 250	31,4%
Összesen	1 108 035	100,0%

6. ábra A mentési feladatok napszaki megoszlása

A Donabedian-modell strukturális eleme az egyes tevékenységek feltételrendszere, azok meglétének biztosítása. Ezen igényt hivatott megtestesíteni a 60/2003-as ESZCSM rendelet, mely az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának szakmai minimumait írta elő, mely a kórházi sürgősségi ellátást tekintve az egyetlen, ami a feltételrendszert (és így a progresszivitás szintjét is) az ellátandó populációhoz, feladatmennyiséghez, elérhetőséghez (tér-és idő) köti és jelzi a feladat megnövekedésével, funkcionális érdekből járó további kapacitásigényt. Egy klasszikusan beteghez integrált ellátási formaként minden érintett diagnosztikai és intervenció szakterület időbeli elérhetőségét, beteghez rendelkezésigét is jelöli a sürgősségi ellátás területén. Ebben a vonatkozásban is unikum a szakmai feltételrendszerek között, mintegy struktúra-formáló tényező. A kialakított sürgősségi osztályos rendszer mára már országos hálózatot alkot, gyakorlatilag 3 ellátási szint jeleníti meg a progresszív betegellátást. A sürgősségi osztályok azonban eléggé hete-

rogén képet mutatnak abban a tekintetben, hogy valójában milyen funkciók ellátására is képesek, mind a személyi és tárgyi feltételeket, mind pedig a kiszolgáló, háttér, konzíliáriusi lehetőségeket, diagnosztikát figyelembe véve. Kevés naprakész, valid adat áll rendelkezésre a szakorvosi valamint a szakdolgozói létszám tekintetében. Ismert, hogy a szakorvosok, valamint a szakdolgozók, gyakorlatilag több intézményben is végeznek főként vállalkozás keretében munkát. Gyakran figyelhető meg, hogy a prehospitális és hospitális rendszerben dolgozók forgó jelleggel, hol az orvosi ügyeleteken, hol a mentőszolgálatnál, hol pedig a sürgősségi osztályokon dolgoznak. Mindez természetesen szakmai szempontból, az egységes sürgősségi szellemiség tekintetében, akár kívánatos is lehet(ne).

A sürgősségi osztályok munkájáról, az allokációs, triázs rendszer számos értékes információt ad. Nemcsak pusztán betegforgalmi adatokat képes szolgáltatni, de ezeket differenciáltan kezelve, akár az egyes napszakok fokozottabb igénybevételét is leszűrhetjük az adatokból és ez által a munkaszervezésnél, műszakok, az egyes műszakokon belül csúsztatott váltási időszakokkal biztosíthatjuk ezen időszakokra a szükséges humán erőforrást. Szintén célszerű a mennyiségi betegszám minőségi differenciálása, melynek keretén belül látható, hogy az egyes időintervallumokban milyen súlyos állapotú betegek ellátási igénye jelentkezik, ez a menedzsment, a finanszírozó és nem utolsó sorban a betegbiztonság szempontjából is fontos kérdés. Az idő faktorok (pl. door/HIS-triage-FMC-data-intervenció-dispozíció) követésével egyes súlyossági osztályokon belül követhető, hogy a betegek hány százalékánál sikerül biztosítani az allokációs időablakon belüli ellátást. Például a betegek hány százalékánál sikerül az érkezést követően 10 percen belül elvégezni a triázst, mellkasi fájdalommal érkező betegnél

biztosítható-e a 10 percen belüli ekg. készítés, kritikus állapotú betegeknel hány százalékban valósítható meg a 15 percen belüli ellátás stb. Az észlelet eltérések részletebb elemzést tesznek szükségessé, vizsgálnunk kell a rendszer terhelésének, túlterhelésének lehetőségét. Erre egyik lehetőség az un. EDWI-score (Emergency Department Work Index score), ami a vizitre érkező betegek száma és triage szerint, figyelembe véve a HR és tárgyi kapacitást, az aktuális betegút igényt, jelzi a rendszer túlterheltségét (6. ábra).

Hasonló mutató a NEDOC skála (National Emergency Department Overcrowding Scale) mely a kritikus állapotú betegek aránya és menedzsment mutatói alapján, megbiztonsági szempontból jelzi a túlterheltség potenciális kritikus voltát (7. ábra). Ezek mögé a mutatók mögé (hiszen követésüknek csak így van értelme) munkafolyamat szervezési megoldásokat, megoldási lehetőségeket kell állítani.

Kimeneti indikátorként is használható a triázs, egyéb (visszatérő beteg, téves diszpozíció gyakoriság) mutató mellett. A triázs szolgáltatatta adatokon kívül eredményin-

dikátorok közül értékes adatgyűjtési és szolgáltatási rendszer lehet(ne) a kórházi újraélesztések adatgyűjtési rendszere, melyre szintén rendelkezésre áll egy nemzetközileg elfogadott adatgyűjtő lap (Utstein lap) de ezek alkalmazása és elemzése sajnos hazánkban szórványos és sporadikus, érdemi adatokat nem ismerünk! Pedig igencsak elgondolkoztató az a tény, hogy nincs adatunk a hazai kórházakban bekövetkezett keringésmegállások kimenetéről, túléléséről!

Összefoglalás:

A XXI. század teamszerű, beteghez rendelt ellátási formájában a beteg méltóságát, élethez való jogát, autonómiáját a beteg döntési képessége, így az annak alapját biztosító adatok, információk átlátható ismerete garantálja. Az akut ellátáson belül a sürgősségi ellátás integratív felülete a teljes ellátási folyamat mérhető, követhető indikátorait kínálja fel a TQM számára is. Az ezen a felületen megjelenő adatok, a társadalom, tulajdonos, finanszírozó és a menedzsment számára történő, folyamatos szolgáltatása nélkül az egészségügyi ellátás alapcéljai sérülnek.

NEDOC Crisis Care Clinical Hospital Status

Please fill your Hospital ED counts to receive NEDOC score.
Please update every six hours (starting at 8:00 AM)

Last Updated: 11/29/2011 02:29 PM
Updated By: Yusuf Demo

Institutional Constraints:

Number of ED Beds	Number of Hospital Beds
160	5

Common Elements:

Total Patients in ED	Number of Patients waiting for ICU Placement	Longest Admit Time (in hours x.x)
1	20	3.0

Model Specific:

Total Admits in the ED	Longest wait time of waiting room patient (in hours x.x)
1	2.0

Calculate NEDOC Score **Reset** **141** Once your score is calculated, please complete the form below to update your Diversion Status.
Last calculated on: 11/29/2011 02:29 PM by: Yusuf Demo

Diversion Status

Score	< 20	21 to 60	61 to 100	101 to 140	141 to 180	181 to 200
Condition	Not Busy	Busy	Extremely Busy	Overcrowded	Severely Overcrowded	Dangerously Overcrowded

8. ábra NEDOC skála

EDWIN CALCULATOR

Number of Patients in Each Triage Level				
1	2	3	4	5
# Physicians on duty 		Staffed ED Beds 		Admitted Pts in Beds
EDWIN SCORE-				
Clear Fields				

Result Scale

< 0 - 1.5: Active but Manageable	1.5 - 2.0: VERY BUSY but not overcrowded	Greater than 2.0: EXTREMELY BUSY Severely over-crowded
-------------------------------------	--	--

Instructions:

1. Enter the # of patients in each triage category currently in your department.
2. Enter the # of physicians, the # of staffed ED beds and the # of bed currently taken up by admitted patients.
Note: blank entries will be calculated as 0.
3. Click the calculate button.

Important points:

Triage category = Standard ENA adopted Emergency Severity Index scale (1=highest, 5=lowest)

ED beds - Number of beds staffed by nursing and available for patient care.

Do not count beds that do not have nursing staff available.

The score is derived from a spot check, not a summary over a period of time.

7. ábra Emergency Department Work Index score

A stroke és a „Debreceni stroke modell”

Fejlett országokban a stroke jelenti a harmadik vezető halálokot. Hazánkban évente 45-50. 000 új stroke eseménnyel kell szembesülnünk, melyek kapcsán a rövid távú mortalitás 13-20% / egy hónapon belül /, az egy éves pedig eléri akár a 30-40%-ot is. Sajnos a tartós ápolást igénylő rokkantság, fogyatékoság leggyakoribb oka is a stroke, és a túlélők között ez az állapot 32-40% is lehet. Az agyi érelzáródás megnyitására ma az egyik legelterjedtebb eljárás az intravénás vérrögoldás, azaz a trombolysis, ez a módszer viszont csak korlátozott időtartamban, a tünetek kialakulását követő 3-4,5 órán belül alkalmazható.

Az elmúlt évtizedben nagy előrelépést jelentett az agyi erek elzáródásának eredményes megnyitására alkalmas intervenciós eszközök megjelenése. A szisztémás thrombolysis mellett a mechanikus lysis / thrombectomy is szerepel már a repertoárban, sőt az utóbbi időben ennek alkalmazása megfelelő indikációk alapján előnyt élvez a többi terápiás lehetőséggel szemben. Sajnos ezek csak a nagy erek elzáródása esetén jönnek szóba (intern, media), azaz a stroke esetek 10%-ban viszont az időablak 6 óra.

Annak eldöntése, hogy a stroke kapcsán vérzésről vagy ischaemiáról van-e szó és melyik ér záródott el, csak CT, MR vagy ezek angiográfiával kombinált változatainak segítségével lehetséges!

Az esetek többségében igaznak mondható, hogy ha súlyos paresis-plegia mellett az éber betegnél gyorsan tu-

datzavar alakul ki /szomnolencia, szopor,coma/ és ezt kóros glükóz érték vagy szedálás nem magyarázza, akkor a háttérben nagy valószínűséggel roncsoló féltekei vérzésről van szó

2007 áprilisában indult el a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Neurológiai Intézete és az Országos Mentőszolgálat együttműködésével az a projekt, amellyel szerttük volna a Hajdú Bihar megyében élő stroke-ot elszennvedő betegek ellátását és betegújtát egyértelmű módon és a legfrissebb szakmai irányelvek mentén meghatározni.

Egy év alatt megnégyszereződött az akut stroke-betegek vérrögoldó kezeléseinek a száma Debrecenben, azóta is itt végzik országosan a legtöbb vénás thrombolysist (évi kb. 150).

Szorosan kontrollált betegellátási és beutalási rendszert sikerült kidolgoznunk Csiba László Professzor Úrral és lelkes csapatával, megteremtve ezzel azt a lehetőséget is, hogy pár éven belül sikerült elérniük a világszerte is elismerést kiváltó több mint 20%-os thrombolysis arányt akut stroke-ban /megjegyezzük, hogy az európai átlag 5-7% és még az USA átlaga is kevesebb, mint 10%/. Egyes közlemények szerint (a szűk időablak, a számos kritérium miatt) az elmélet lízis plafon kb.28-30%.

Folyamatos képzések tartásával, a legutolsó szakmai guideline-ok adaptálásával, szoros rendszer-kontrollal és a kimeneti mutatók rendszeres elemzésével a mai napra már minden mentődolgozónak a napi rutinfeladatai közé tartozik a stroke betegek ilyen jellegű ellátása, illetve el-

látásának az előkészítése az Észak-alföldi Régióban. A régió mentésirányítói kiképzést kaptak a CPS Skála alkalmazására a kikérdezési algoritmuson belül, és az ez alapján történő gyors reagálásra. A kivonuló dolgozóink kezébe adtuk azokat a check-listákat, amelyek a legutóbbi szakmai ajánlások alapján segítik Őket a helyszíni döntéshozatalban és a prehospitális triage-ban egy agyi érkatasztrófát elszenvedett beteg esetében.

A helyszínről egy konferencia-kapcsolás alapján az egészség vezetője közvetlenül egyeztet a Klinika ügyeletes vezetőjével és döntenek a betegút további megszervezéséről, akár a megyén kívüli területekről is. Tervezzük a betegről készített video /okos telefon által/ továbbítását is a helyszínről a még pontosabb diagnózis és a kizáró kritériumok gyors észlelése érdekében, megteremtve ezzel az ún. Tele-stroke rendszert.

A helyszínről direkt transzport során a beteget a Klinika CT vizsgálójába szállítjuk, ott történik a gyors betegvizsgálat és az országban egyedülálló módon MINDEN betegről CT-angio is készül. Ez azért fontos, mert azonnal kiderül, van-e nagyér elzáródás a háttérben (csak ekkor merül fel az intravascularis beavatkozás) vagy csupán a vénás lízis jön szóba. A personalizált beavatkozásról tehát már a CT-ben döntés születik. Elértük, hogy a nemzetközi irányelvben megfogalmazott 60 perc alá csökkent a kórházi küszöbtől a lízis megkezdéséig eltelt idő.

Ezt követően kezdődik a vénás thrombolysis, de a Klinika adottságaiból adódóan már évek óta elérhetőek az intra-arterialis vérrögoldó és mechanikus vérrög-eltávolító eszközök is.

A vénás lízis vagy eszközös eltávolítást követően a Stroke Intenzív Osztályon történik a betegek további ellátása.

Az előzőeknek – és a hasonló jellegű, már működő cardiovascularis regionális rendszernek köszönhetően az elmúlt közel egy évtized alatt az ÉAR-ban már populáció szinten következett be olyan szintű egészségnyereség és a túlélési mutatók olyan mértékű javulása, amely felkeltette a WHO figyelmét is!

Meg kell szerveznünk az ún. „Debreceni stroke modell” országos adaptációját, messzemenőig figyelembe véve a helyi adottságokat és lehetőségeket.

A modell elterjesztése

Célul tűzzük ki, hogy Magyarországon a Stroke Centrumokban az alábbiakban tárgyalt ajánlás és stratégia alapján legalább 30%-al növekedjen a vénás és 10%-al a mechanikus eltávolító eljárások száma egy éven belül, jelentősen csökkentve ez által a cerebrovascularis halálozás és az alapbetegségből eredő rokkantság mértékét abszolút és relatív értelemben is.

Ezzel párhuzamosan el kell indítani egy hatékony lakossági felvilágosító kampányt a felismerés és a gyors hospitalizáció érdekében.

Az ország Centrumainak és mentőszervezeteinek a körbejárásával pedig el kell indítani ezt a programot, oktatni, képezni kell a klinikai/kórházi orvosokat és szakdolgozókat, logisztikai szemléletet kell átadni az OMSZ alkalmazottainak és meg kell határozni a kimeneti mutatókat is.

Az Észak-alföldi Régióban elért eredmények alapján, egy jól strukturált, korszerű szakmai elvek mentén meghatározott eljárásrend bevezetésével és szoros kontrolljával, a helyi adottságok ismeretében megszervezett betegútrendszer megtervezésével, klinikai protokollok alkalmazásával hisszük, hogy egy éven belül átütő és jól mérhe-

tő, kommunikálható eredmény érhető el a stroke-betegek akut ellátását illetően.

Az ország egyes területein élő lakosság esetében megadatott az a lehetőség, hogy ischaemiás stroke bekövetkeztekor mind az iv. vérrögoldó, mind pedig a mechanikus vérrög-eltávolító módszer alkalmazása megtörténhessen. Egy-egy ilyen stroke-központhoz - ahol minden lehetőség adott az elzáródott ér újra megnyitásához - akár több megye, illetve a megyehatárokat sem respektálva a szomszédos megyék határterületei is tartozhatnak felvevőterületként. Ezekben a területeken az Országos Mentőszolgálat kocsijain, illetve a mentésirányítók által alkalmazott check-listák keretein belül egy rövidített, 12 órán belül kialakult stroke eseteire vonatkozó kérdés-sort kell tisztázni, és ezt követően a legközelebbi mentőegységgel a beteget a centrumba szállítani. Ezeknek a központoknak fel kell vállalniuk tehát egy-egy nagyobb területi egységet, Budapest hárommillió lakosú esetében pl. akár egy Budapest és környéki agglomerációt is. /öt ilyen központ létezik: Budapest OKIT, Debrecen, Miskolc, Kaposvár, Pécs/

A mentőegységek kiérkezéséig a mentésirányítókknak már a CPSS és a check-lista alapján történő kikérdezés során el kell tudniuk dönteni, hogy a beteg desobliterációra alkalmas-e, és erről haladéktalanul tájékoztatni kell a még kivonulása közben levő mentőegységet is. Ezt követően monitorozza a helyszínen töltött időt, melyet maximum 10 percben határozunk meg szövődménymentes esetben, és párhuzamosan tájékoztatja a centrum ügyeletesét is a potenciálisan kezelésre alkalmas stroke-os beteg közeli megérkezéséről.

A helyszínre kiérkező egységnek is meg kell tennie a check-lista kikérdezését, eset-kocsi esetében a NIHS

skála is ki kell, hogy egészítse a betegvizsgálatot. Mint korábban jeleztük, csak az intézeti átvizsgálás során derül ki, hogy melyik agyterület stroke-járól illetve melyik ér elzáródásáról van szó, ezért azokat a betegeket kell direkt a CT-be szállítani, akiknél a stroke kialakulása óta eltelt és a kezelés prognosztizált megkezdése közötti idő nem haladja meg a 12 órát (beleszámítva a transzport és a kórházon belüli kb. 1 óra időtartamot is).

Többfajta check-listát dolgozunk ki, attól függően, hogy a beteg stroke-centrumában milyenek az ellátási lehetőségek.

Az ország azon területeiről, amelyek az előzőekben említett öt nagy központtól ugyan távolabb helyezkednek el, és a közelben van könnyen elérhető távolságban a csak iv. vérrögoldó kezelésre alkalmas stroke unit, akkor első-sorban az utóbbiakba kell szállítanunk a beteget, ha 3 illetve 4.5 órán belül megtörténhet a vénás trombolysis. Ha ezen az időintervallumon már túlhaladtunk, de még beleférünk a 12 órás időkorlátba, akkor a helyszínről az egység vezetőjének konzultálnia kell a mechanikus lehetőségekkel is rendelkező intézet ügyeletes vezetőjével a betegút módosítását illetően. Amennyiben a tünetek alapján felmerül a 12 órán belüli beavatkozási lehetőség, úgy a beteget primeren a nagyobb centrumba kell szállítani előzetes helybiztosítást követően.

Ha a beteg cachexiás, kontrakturák, decubitusok is észlelhetők illetve hat hónapnál rövidebb túlélési esélye van metasztatikus, végállapotú daganat miatt, akkor eleve kizárt mindenfajta dezobliterációs beavatkozás.

A helyszínen csak akkor lehet egyértelműen kizárni az érmegnyitási lehetőséget, ha a stroke kialakulásától az OMSZ érkezéséig eltelt idő+beszállítás+kórházi vizsgálati idő (mely minimum 1 óra) biztosan meghaladja a 12

órát, illetve ha időablakon belül van, de az előző végstádiumú állapotot, betegségeket észleljük.

A prehospitális ellátásban a diagnosztika legfőbb célja a következő három kérdés pontos megválaszolása:

1. kérdés: Stroke okozza-e a beteg tüneteit?
2. kérdés: A tüneteket követő időablakon belül thrombolysist és/vagy mechanikus érmegnyitó kezelést végző osztályra szállítható-e a beteg?
3. kérdés: Van-e olyan előzményi információ, mely eleve kizárja a thrombolysist?

A fentiekre a megfelelő check-listák alapján kaphatjuk meg a válaszokat, kezdve a CPSS-től az NIHSS-ig, melyeket a mentésirányítóktól kezdve az eset-kocsik személyzetéig mindenkinek tudnia kell megfelelően alkalmazni.

A stratégia indikátorai

A rendszer bevezetését követően már a legkorábbi időszakban is érdemes figyelemmel kísérni az indikátorok alakulását. Negatív irányú elmozdulás láttán azonnal be kell avatkozni a beteg utak menedzselésébe. Ezek az indikátorok a következők lennének:

- -OMSZ mentésirányítók CPS skálájának alkalmazása az adott irányítócsoporthoz
- -OMSZ mentőegységek helyszínen töltött idejének alakulása
- -OMSZ mentőegységek terápiájának alakulása ajtótól az orvosig idő alakulása az adott stroke centrumban
- -ajtótól a stroke teamig idő alakulása az adott stroke centrumban
- -ajtó-CT idő alakulása az adott stroke centrumban

- -ajtótól a CT leletig idő alakulása az adott stroke centrumban
- -ajtótól a gyógyszerig idő alakulása az adott stroke centrumban
- -i.v. trombolízisek számának alakulása az adott stroke centrumban
- -i.a. trombolízisek számának alakulása az adott stroke centrumban
- -„bridging terápia” számának alakulása az adott stroke centrumban
- -mechanikus vérrög eltávolító kezelések számának alakulása az adott stroke centrumban
- -stroke beteg sekunder transzportja számának alakulása az adott stroke centrumból illetve centrumba
- -mRankin skála alakulása az adott stroke centrum trombolizált beteganyagában
- -halálos szövődmények alakulása az adott stroke centrumban
- -sikeres trombolízisek számának alakulása az adott stroke centrumban
- -stroke túlélési mutatók alakulása a centrum ellátási területén

Fentiek folyamatos ellenőrzésével, nyomon követésével lehet még jobbá tenni a rendszer működését, még hatásosabban kialakítani egy olyan szisztémát, amely a Magyarországon stroke-ot elszenvedő betegeink életkilátásait próbálja javítani!



Intézetünk tanúsítása az új szabvány (EN 15224:2012) szerint

Az iparban elterjedt szabványok az egészségügyben nehezen értelmezhetőek, ezért szükséges volt nemzeti útmutatók készítése, valamint a kritikus ellátási formák szabályozására standardok megalkotása.

Jelenleg az egészségügy forráshiánnyal küzd, amely a rendszer egyre súlyosbodó problémája. Ez a forráshiány nemcsak a pénzügyi szűkösséget, hanem a humán erőforrás hiányát is jelenti.

Ezzel párhuzamosan megnöttek az igények és a szükségletek az egészségügyben. Változott a társadalom korösszetétele, az időskori életminőség-elvárás, az egészség felértékelődött, és növekedtek a szolgáltatókkal szembeni elvárások is.

Sajnos, az egészségügyi szolgáltatás azonos szintjén álló intézményekben is jelentős minőségi különbségek érzékelhetők a betegellátás terén. Egy standardrendszer felállítása nem szünteti meg ezeket a működési-ellátási hiányosságokat, csak mérsékelheti azokat. Más megoldást kell találnunk a betegellátás helyzetének javítására.

Ma már kiemelt figyelem övezi a betegek aktív részvételét a saját ellátásukban és a biztonságos betegellátást. **A beteg biztonsága a káros események kockázatának csökkentésével javítható.**

Az előzőeket figyelembe véve tehát megfogalmazhatjuk, hogy szükségessé vált egy szabványon alapuló, de már egységes, ágazat specifikus, a **klinikai folyamatokra** fő-

kuszáló új szabvány kiadása, mely a **kockázatkezelésre helyezi a hangsúlyt** annak érdekében, hogy a betegellátás minden szintjén a betegek elégedettsége és biztonsága kiemelt figyelmet kapjon.

Ez az új szabvány az EN 15224:2012, amely alapján Intézetünk 2015 márciusában megszerezte a tanúsítást.

Az új szabványra való felkészülés és a bevezetés során fejlesztettük meglévő minőségirányítási rendszerünket, melynek tapasztalatait az alábbiakban mutatjuk be.

Klinikai folyamatok

A klinikai folyamatok egy meghatározott egészségügyi problémára vonatkoznak a beteg közvetlen részvételével a beteg beutalástól a hazabocsátásig, melynek célja a beteg egészségi állapotának javítása, megőrzése.

A Hetényi Géza Kórházban a klinikai folyamatot a beteg járó beteg rendelésén való megjelenésétől a kórházból való távozásáig vizsgáltuk. A klinikai folyamatunkat betegségekre lebontva határoztuk meg osztályonként, amely alapját képezte a folyamatleltárnak.

A folyamatleltárban meghatározásra kerültek a leggyakrabban ellátott betegségek, a folyamatfelelősök, a vonatkozó jogszabályok, protokollok, szabályzatok, az indikátorok, - melyek segítségével követhetjük a folyamat alakulását - és a kritikusság szerinti besorolás.

Folyamatainkat a kritikusság szempontjából 3 csoportba osztottuk:

3 – magas: Olyan klinikai folyamatok, amelyek az életfunkciók helyreállítását, fenntartását, valamint az életkilátások alakulását döntően befolyásolják és a megjelenő szövődmények maradandó károsodást okozhatnak (az orvos perek leggyakoribb kiváltói).

2 – közepes: Olyan klinikai folyamatok, amelyek kimeneinél olyan szövődmények léphetnek fel, amelyek kezelése orvosi kompetenciát igényel, de nem fordulnak elő 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.

Miután megtörtént a klinikai folyamatok kritikusság szerinti besorolása, akkor el kellett végezni a kritikus folyamataink **kockázatkezelését**.

Kockázatok

Kockázat: „Egy esemény előfordulási valószínűségének és következményének kombinációja.” Klinikai kockázatnak minősül minden olyan helyzet, amely során a minőségjellemzők bármelyike sérülhet.

A kockázatkezelés tulajdonképpen magában foglalja a kockázat felmérését, kezelését, elemzését, elfogadását és a kockázati kommunikációt.

A gyakorlatban a kockázat kezelésére **egy kockázati mátrixot** alkalmaztunk, a kritikusság szerinti besorolás felhasználásával. A kockázati mátrix segítségével egy nem kívánatos esemény bekövetkeztének valószínűségét vizsgáltuk 1-5-ig terjedő skálán, és azt, hogy az

esemény bekövetkeztének milyen következményei lehetnek.

Az előfordulási valószínűségek becslésében a szakirodalom, intézeti tapasztalatok, mortalitási-morbiditási adatok és egyéb indikátorok segítettek. A magas kockázatú esetekre fókuszáltunk.

A magas kockázatú esetek megelőzésére osztályos vagy intézeti szintű intézkedéseket foglalmaztunk meg. Nem csak a meglévő szabályozásaink átgondolását és módosítását végeztük el, hanem bizonyos esetekben a kompetenciákat kellett változtatni, esetleg oktatást tartani, vagy infrastruktúrális változtatásokat eszközölni. A változtatások hatékonyságát és eredményességét folyamatosan ellenőriztük. A kockázatok értékelését rendszeresen megismételtük. Igény esetén meghoztuk a szükséges helyesbítő és megelőző intézkedéseket.

A fejlesztések hatását minden esetben vissza kell csatolni a klinikai folyamatleltárba, így lesz teljes és tér önmagában vissza a PDCA ciklus.

Tapasztalataink a kockázatkezelés bevezetése, alkalmazása során:

Nehéz az új dolgok elfogadtatása és a konzultációs időpontok egyeztetése a napi leterheltség mellett.

Kiemelten fontos a személyes találkozás, a problémák meghallgatása és a közös gondolkodás.

Sok ellátási probléma került felszínre, melyekre együtt kerestük a megoldást.

Az osztályok felismerték a kockázatkezelés fontosságát. Javult a Minőségirányítási rendszerhez és társosztályokhoz való viszonyuk.

Az MSZ EN 15224:2013 szabvány bevezetésének és fenntartásának kihívásai a Magyar Honvédség Egészségügyi Központban

Kulcsár Ildikó 

1. Bevezetés

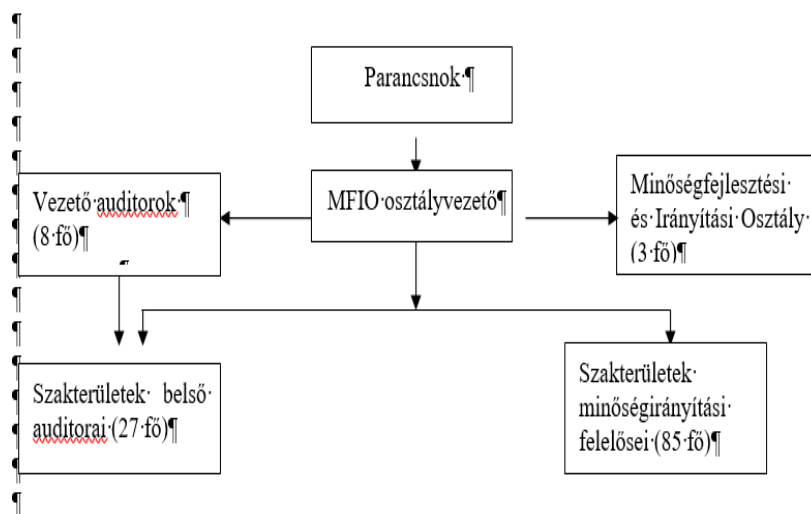
Ebben a cikkben bemutatom az „új” szabvány (MSZ EN 15224:2013 a továbbiakban MSZ EN 15224) bevezetésének kihívásait és ezek tükrében a fejlesztési javaslatokat, valamint kitérek arra, hogyan alakult a Magyar Egészségügyi Ellátási Standard 1.0 (továbbiakban MEES) sorsa, a szabvány életbe lépésével a Magyar Honvédség Egészségügyi Központban (továbbiakban MH EK).

A témaválasztás indoka, az az újszerű megközelítés, miszerint az MSZ EN 15224 Egészségügyi szolgáltatások, minőségirányítási rendszerek, az EN ISO 9001:2008 szabványon alapuló követelmények szabvány rendszere ágazat specifikus Magyarországon. A 2013 óta önálló szabvány, tanúsításra alkalmazható. Felvetődik azonban a kérdés, hogy miért nem választják a kórházak ezt a szabványt a működésük segítségeként, mi lehet az ok. Ha erre nem is tudok válaszolni, de azt be kívánom mutatni, hogy az MH EK vezetése miért döntött amellett, hogy az említett szabványt alkalmazza és ez a döntés milyen kihívásokat tartogatott számunkra. A MH EK négy szervezeti egysége közül a Honvédkórházban (továbbiakban MH EK Honvédkórház) zajló egészségügyi tevékenységekhez tartozó folyamatokat mutatom be.

2016-ban az MH EK újabb szervezeti átalakításon esik át, melyre tekintettel a tavalyi cikk címe idén is megállná a helyét (Végtelen történet).

2. A minőségirányítási szervezet felépítése

A Parancsnok közvetlen irányítása alá tartozó Minőségfejlesztési és Irányítási Osztály (továbbiakban MFIO) elsődleges célja a jogszabályi-, és szabványkövetelményekkel történő harmonizáció keretében, a folyamatos minőségfejlesztés a biztonságos betegellátás érdekében, a dolgozók bevonásával (**1. ábra**).



1. ábra A minőségirányítási szervezet felépítése

3. Az MH EK bemutatása (1. táblázat)

Rendszerezített dolgozói össz-létszám	3.634 fő
Rendszerezített gyógyító területen dolgozó létszám	2.841 fő
Rendszerezített kiszolgáló dolgozói létszám	793 fő
Ágyak száma összesen	1.918 ágy
Aktív ágyak száma	1.252 ágy
Rehabilitációs ágyak száma	446 ágy
Krónikus ágyak száma	220 ágy
Betegforgalmi adatok (2016.01.01)	
Fekvőbeteg aktív	közel 56.000 eset
rehabilitáció és krónikus	közel 8.500 eset
Járó-beteg	közel 1.200.000 eset

1. táblázat Néhány fontosabb adat az Intézményről (2016.01.01) Forrás: saját szerkesztés

A 28 aktív fekvőbeteg osztályon több mint 50 különböző profilú részleg működik, amely lehetőséget biztosít arra, hogy a gyermek,- (kivéve PIC) és a tüdőgyógyászat kivételével szinte valamennyi szakmát művelhesse Intézményünk.

A Semmelweis Egyetem (továbbiakban SE) minősítése alapján a kórház csaknem valamennyi gyógyító osztálya szakképző hely. Havonta 103 fő rezidens elsődleges képzőhelyek-, és mintegy 34 fő külső szakképző helyről érkező rezidens gyakornoki helye az Intézmény. Ezen felül részt veszünk a szakvizsgákra történő felkészítésben is. Az SE Egészségtudományi Karának különböző szakairól – egyetemi okleveles ápoló, diplomás ápoló, dietetikus, gyógytornász – töltik a hallgatók szakmai gyakorlatukat intézményünk osztályain. 2012-ben az Egyetem az „Oktatókórház” címet adományozta. A volt Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet gya-

korló és vizsgáztató helyé akkreditálta kórházunk osztályait, így a szakképző iskola tanulóinak gyakorlati képzése is Intézetünkben történik.

4. Az MH EK és a szabványok

A megalakulás óta (2007) a vezetés elkötelezett az integrált irányítási rendszerek fenntartásáért és fejlesztéséért. Így nem is volt kérdés, hogy a már auditált MSZ EN ISO 9001:2009, a MEES 1.0 és a MSZ EN ISO 14001:2005 szabványokhoz integráljuk az MSZ EN 15224 európai szabványt. A CEN 2012. július 13-án hagyta jóvá a szabványt, melynek magyar nyelvű változatát 2013. március 1-jén hirdették ki. A CEN tagszervezetek kötelesek betartani a CEN belső szabályzatában előírt feltételeket, amelyek szerint ezt az európai szabványt minden változtatás nélkül nemzeti szabványként kell bevezetni. Mivel Magyarország CEN tagszervezet, így ránk nézve ez kötelező tartalmú. Tekintettel arra, hogy az alapelvek és a minőségjellemzők semmit sem változtak, a már meglévő minőségirányítással összefüggésben keletkezett szabályzatainkat megtartottuk, és az MSZ EN 15224 szabványból csak az „új elemekre” fókuszáltunk, úgy mint a:

- klinikai audit,
- szervezeti önértékelés,
- klinikai kockázatértékelés.

A szabvány erőssége, hogy szakma-specifikusan leírja az egészségügyi szolgáltatások minőségi követelményeit, ennek következtében jobb minőségű, a betegek biztonságát határozottabban szolgáló, a kockázatok elkerülését segítő rendszert építhető ki. A szabvány által meghatározott keretrendszerbe jól illeszkednek a MEES követelményei, melyet a mai napig alkalmazunk.

5. 2015 év kihívása, a bevezetés lépései

A 2014. decemberi külső auditon fogalmazódott meg a menedzsment részéről 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 erőbedobással álltunk neki az MSZ EN 15224:2013 szabvány alkalmazásához.

Jelenleg az egészségügyi intézményekben dolgozók motiváltsága, elkötelezettsége, minőségszemlélete elmarad a kívánt szinttől - még talán nálunk is - bár ez szakterületenként és vezetőként változik. Annak ellenére, hogy az a biztonságos és hatékony egészségügyi ellátás feltétele lenne, függetlenül a választott minőségügyi rendszertől. Ennek tükrében vágtunk neki az integrálásnak.

A problémamegoldás fontos alapelve a tervszerűség, a tények megismerése és a jó megoldások beépítése a folyamatba, a PDCA ciklus alkalmazásával.

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

Mit tettünk ennek érdekében? (A 0. lépéstől a 4. lépésig a PDCA ciklust alkalmaztuk).

0. lépés az elhatározás (P)

Természetesen a döntést megelőzte egy országos „körkép”, a kórházak jelenlegi tanúsításáról és a pénzügyi terv elkészítése. A menedzsment a döntését a Szakmai Tervben is célul tűzte ki.

1. lépés a szabvány megismerése (P)

Az első tájékoztatók, oktatások időpontját az interneten böngészve, keresgélve mértük fel, tájékozódva arról ki lehet kompetens arra, hogy az MSZ EN 15224 szabványból belső auditornak bennünket kiképezzen, és ennek a képzésnek mi lenne a költségvonzata.

2. lépés a vezetők meggyőzése, hogy jó az elhatározás (P)

Az ütemterv és a pénzügyi kalkuláció után a menedzsment tagok tájékoztatása történt meg, az Intézményben működő Minőségügyi Tanács értekezletén.

Meghatároztuk az új minőségpolitikát, melyből a következőket emelném ki:

„Az MH EK vezetése az intézményt az MSZ EN ISO 9001:2009 és MSZ EN 15224:2013 és a MEES 1.0 szabványokkal összhangban, az azokban foglalt követelményeknek megfelelően vezeti.

Gondoskodik az intézmény egészének működéséről úgy, hogy megfeleljen a szabványokban foglalt követelményeknek.

Ennek érdekében:

- tartalmazza az elkötelezettséget a klinikai folyamatirányítás iránt, beleértve a klinikai kockázatkezelést
- biztosítja a szervezet minden klinikai folyamatának folyamatos fejlesztését, rendelkezésre állását és az ellátás folytonosságát
- kockázatkezelést végez a klinikai folyamatok eredményeiről, különös tekintettel az in-

cidensekre, káros eseményekre és az épp-hogy elkerült káros eseményekre

Vezetőségi átvizsgálás alkalmával a klinikai kockázatértékelésről, és a klinikai audit folyamatokról, és az önértékelés eredményeiről beszámolót készít.”

3. lépés a munkatársak bevonása (D-C)

A vezetők meggyőzése után talán ez volt a legnehezebb és még a mai napig is tartó folyamat. A dolgozók minden területen csak a „rengeteg” adminisztrációs terhet látják, és már nem kezdenének bele valami újba, még akkor sem, ha úgy gondolják, hogy van értelme, és a hasznukra válhatna. A leterheltség, a frusztráció, a burn out szindróma sem támogatja a minőségirányítási folyamatok fejlesztését. Ennek ellenére a munkatársaink végig csinálták!

4. lépés a tanúsításig vezető út, kicsit részletesen (D-C-A)

A Minőségügyi Tanács-ülésen megszavazott ütemterv dátumaira (2. táblázat) tekintettel meg tudtam érteni a kollégák „elkeseredését”. Nagyon sok munkával, nagyon kevés idő alatt kell elérnünk a kitűzött célt. Az ütemterv elfogadásakor még nem tudtuk, hogy szembe kell néznünk olyan problémákkal, mint a migrációs helyzet, és ez hogyan változtatja meg a mindennapjainkat, valamint a Károlyi Kórház feladat átvételével kapcsolatosan sem rendelkezünk pontos információkkal.

Végrehajtott feladat	Időpont 2015.
Intézményi oktatás az intézmény vezetése, az intézetvezetők, az osztályvezető főorvosok, vezető ápolók/asszisztensek, és a minőségügyi felelősök részére, teszttel zárva	04.21.
Belső auditorok oktatása, vizsgáztatása (35 fő), az intézmény minden szakterületéről, telephelyéről	04.28-04.30
Dokumentációs rendszer átdolgozása, csapatmunkával MFIO és az Orvos-szakmai és Egészségbiztosítási és Kontrolling Osztállyal közösen, bevonva a belső auditorokat és minőségirányítási felelősöket	03.16-08.30
Mintatáblázatok kiadása, oktatás	04.22-06.30
Próbaműködés	09.10-12.10
Belső audit, mind a kilenc telephelyen	11.10-11.23
Előaudit (külsős cég)	11.24
Újratanúsító audit	12.14-12.18

2. táblázat Az MSZ EN 15224 szabvány ütemterve az integrálásához Forrás: saját szerkesztés

Célunk volt a leggyakrabban előforduló klinikai folyamatok kockázatainak megállapítása, elemzése és értékelése a betegellátás és betegbiztonság növelése érdekében. A klinikai folyamatok azonosítása osztályonként történt. Az ellátás során a leggyakrabban használt 5-10 BNO kód, illetve 3-5 OENO kód került meghatározásra, melyre szakmai protokollok, helyi eljárásrendek készítése volt a feladat, amennyiben még nem rendelkezett vele az adott osztály. A klinikai folyamatok kritikusság szerinti besorolását kértük, vagyis nem a betegségek kimenetelének a kockázatát határoztuk meg, hanem a kórházban történő ellátási folyamat kockázatát becsültettük fel. Figyelembe véve azt, hogy egyes betegcsoportok kockáza-

ta az ellátási események során is különböző. Ehhez felhasználtuk az Intézményben alkalmazott szakmai protokollokat, irányelveket, módszertani leveleket, kiadványokat, „Szabályzatokat”, „Eljárásrendeket” és „Előírásokat”. Melynek eredményeképpen 41 db orvosi eljárásrend készült a klinikai kockázatértékelés elvégzéséhez. A besorolás az adott osztály osztályvezető főorvosának volt a feladata. A kockázatbecslést az osztályvezető főorvos által megbízott orvos végezte, ami a kockázatértékelési táblázat kitöltését jelentette, a Kockázati mátrix segítségével. A táblázatot úgy alakítottuk ki, hogy maximum egy oldal legyen a hozott intézkedésekkel együtt. Annak érdekében hogy egységes szerkezetben tudjuk a problémákat a megoldással kezelni. A bázis év (2015) fő feladata minimum három folyamat kiválasztása volt, melyre az értékelést el kellett végezni (természetesen ennél többet is lehetett készíteni). A kockázatértékelés eredményének ismeretében a magas és a közepes kockázatok csökkentésének érdekében intézkedések megfogalmazása és intézkedési terv készítése orvosi feladat volt.

Intézkedés lehetett például:

1. ellenőrzések számának növelése

A legtöbb esetben ez az intézkedési forma került megnevezésre. Előnye a könnyű kivitelezhetőség, valamint az, hogy nem kíván plusz anyagi ráfordítást, hátránya az, hogy az élőmunka igénye nagyon nagy és sok az idő ráfordítás. A Pareto elv alapján (80/20 szabály) a hibák, problémák 80%-át az okok 20%-a adja. Így tudunk célzottan az okokra koncentrálni, melynek megszüntetésével a klinikai kockázatértékelés kapcsán csökkenteni lehet a várható hatást és a valószínűséget. Tapasztalataink alapján az okok emberi tényezőre vezethetők vissza, melynek megoldása lehet oktatás tartása, azok számá-

nak növelése, így máris a második legtöbbet alkalmazott intézkedéshez jutunk.

2. oktatások tartása

Az MH EK-ban számos belső oktatást tartunk, mind a dolgozóink, mind a betegeink részére. A klinikai kockázatok csökkentése érdekében az Intézményben működik az „új belépő dolgozók” oktatási rendszere. Minden belépő dolgozó egy teljes napos oktatáson vesz részt, mely az általános ismertetőn túl, szakmai előadásokat is tartalmaz, pl. minőségirányítás, higiéné, újraélesztés, stb. témakörökben. Emellett éves oktatási, és képzési tervek alapján oktatjuk a munkatársakat, valamint a felmerülő problémák megoldására rendkívüli, vagy soron kívüli oktatást is szervezünk. Betegek védelme érdekében őket és/vagy hozzátartozóikat is oktatjuk mind betegségük, mind a nem várt események kialakulásáról, azok esetleges bekövetkezése utáni teendőkről.

3. kompetenciák bővítése

Az egészségügyi szakdolgozó által, orvosi elrendelésre önállóan is ellátható tevékenységek felelősségi, szakmai, szakképesítési és szakképzettségi feltételeiről kiadott 66/2011. (XII.13.) NEFMI rendelet alapján, a 45/2012 Honvédkórház parancsnoki intézkedés értelmében a megadott szakképzettséggel rendelkező egészségügyi szakdolgozó azon tevékenységeket, amelyeket a szakképesítésén alapuló kompetenciák alapján, orvosi elrendelésre az orvossal együttműködve végezhet, orvosi elrendelésre önállóan is elláthatja, mint pl.

- intravénás injekció beadása,
- intravénás cseppinfúzió bekötése,
- keverék infúzió bekötése,

- tartós vénakanül behelyezése,
- sebellátás-kötéscsere kivitelezése.

Alapfeltétel, hogy a szakdolgozó az előírt szakmai végzettséggel rendelkezzen.

4. kompetenciák csökkentése

Orvos-igazgatói utasításra, valamint a Transzfúziós Szabályzatunk értelmében csakis orvosi végzettséggel rendelkező munkatárs indikálhat és hajthat végre vérkészítmény beadást, a súlyos szövődmények elkerülése miatt. Szakdolgozó ezt a tevékenységet még felhatalmazás alapján sem végezheti az MH EK-ban.

5. check lista alkalmazása

A kockázatok elkerülésének csökkentése érdekében több helyen is alkalmazunk check-listát. Az ellenőrző laphoz az adatgyűjtést, az adatgyűjtés általános szabályainak betartásával végezzük, pontosan meghatározva kinek mi a feladata. Check-listát alkalmazunk minden műtét előtt, mely az egészségügyi dokumentáció, valamint a műtét előtti szakdolgozói eljárásrendben szabályozott tevékenységek ellenőrzésére szolgál. A műtėti folyamat zárásaként az idegentest „bent hagyásának” megakadályozására is minden esetben check-lista készítése a követelmény. Az egészségügyi dokumentáció archiválási szabályainak betartására is check-listát használnak minden egyes beteg egészségügyi dokumentációjának zárásakor, melyet az egészségügyi dokumentáció gyűjtőn jelölünk. Ennek bevezetése egy minőségirányítási fejlesztés eredménye, melyet öt éve alkalmazunk.

6. A fenntartás és fejlesztés lehetősége

A „felső vezetés” elkötelezettsége a klinikai folyamat minőségirányítási rendszerbe való bevonására, a klinikai

kockázatkezelés integrálására a minőségcélok elérésének érdekében megvalósult.

Igen, kész lettünk, vagy mégsem? A fenntartás alapja a nyomon követés. Jelen pillanatban is folyik az adatok gyűjtése, értékelése, szükség esetén módosítások bevezetése

A minőségirányítás, minőségbiztosítás és minőségfejlesztés kulcsemberei a Intézményben, a szakdolgozók. Minden esetben ők támogatják és segítik az MFIO munkáját, melyet ezúton is hálásan köszönök!

De az MSZ EN 15224 szabvány, mely egy merőben más szemléletet igénylő folyamat a szakdolgozókon kívül az orvosok bevonását is megkövetelte, így már ők is szerves részévé váltak a minőségirányítási rendszerünknek, vagyis érvényesült az az alapelv, hogy senki sem maradhat ki!

Fejlesztési lehetőségeink még „gyerekcipőben” járnak, de az eltelt fél év alatt olyan területeken tudtunk változásokat, fejlődést elérni, mint például az eljárásrendeknek való megfelelés, vagy azok folyamatos kidolgozása, és átdolgozása, indikátor rendszerünk szakma-specifikussá tétele küszöbértékek alkalmazásával, vagy a klinikai auditok számának növelése. Fejleszteni tudtuk az elégedettségi kérdőíveinket is, felhasználva az elektronikus feldolgozás adta lehetőségeket, a pénzügyi háttér biztosításával.

A betegek tájékoztatási köre is bővül, a kockázatok csökkentése érdekében hozott intézkedések miatt, vagy a nem kívánt események elkerülése végett, ezek további fejlesztéseket igényelnek. Most nem szabad megállnunk!

Új kihívás lehet, hogy az Intézmény kapuin kívülre is elvigyük az MSZ EN 15224 szabvány újszerű megközelítését a köztudatba való beépítéssel, ami már nem is áll olyan távol az MSZ EN ISO 9001:2015 szabvány „újdonságaitól”.

A minőségirányítás, mint gyógyszer a kilábalásra

Sződi Sándor 

Ma az egészségügy az aktuálpolitika keresztüzében áll. Működését a politikai pártok szinte naponta ostorozzák.

Már nem csak a betegek, de az ápolók és az orvosok bírálata is felerősödött. A feketeruhás tüntetések rendszeressé váltak, s az egészségügyben dolgozók elvándorlása is krónikus.

Mi a helyzet az egészségügyi vonalon minőségügyi szempontból?

- Az egészségügyben számos minőségtechnikát és módszert ismernek, sokat a gyakorlatban is alkalmaznak!
- Tanúsított minőségirányítási rendszereket működtetnek
- Sok kiváló minőségügyi szakember és külső tanácsadó segítségére számíthatunk.
- Humán erőforrás területén úgy tűnik, jól el vagyunk látva!

A Magyar Minőség Társaság lapjában, a Magyar Minőségben eddig 75 kiváló szakembert mutattam be. A DEMIN XVI. konferencia résztvevőinek a teljesség igénye nélkül. Szeretném egy dián bemutatni mindazokat, akik az egészségügyi minőségfejlesztés területén sokat tettek az elmúlt évek során.

A következő szakemberek fotóit gyűjtöttem egybe: Kállai Tamás, Csikai Sándorné, Tarr Judit, Pápai György, Bognárné Laposa Ilona, Katonai Zsolt, Jenei István, Szy Ildikó, Dr. Gödény Sándor, Dr. Topár József (1. ábra).

Jók a legjobbak közül

Túl a 75. riporton. Néhány a konferencialátogatók körében is elismert szakember:



1. ábra

A felső vezetés elkötelezettségét illetően nem vagyok túlságosan optimista. Azt gondolom, ezen területen sokat lehetne javulni!

Különböző konferenciákon a felső vezetők érdeklődésének már - már krónikus - hiánya tapasztalható. Lehet ezt pénzhiánnyal palástolni? Nem hiszem.

Több minőségügyi szakember hiányolja munkájához a felső vezető támogatását. Nagyobb önállóságra és bátorításra lenne szükségük.

Sok indikátort használunk, ugyanakkor: az egészségügyi intézmények teljesítményének elbírálásakor a minőségügyi mutatók nem élveznek különösebb elsőbbséget.

A minőségügyi szaklapok (Magyar Minőség, Minőség és Megbízhatóság) készítőinek elhatározott szándéka, hogy segítsék az egészségügyi minőségfejlesztést is! Szeretnék, ha olvasótáboruk egészségügyi szegmense növekedne, s ebben a helyi vezetést fontos partnernek tekintik.

A minőségügyi szaklapok segítségével azt szeretnénk elérni, hogy a minőségről (közte az egészségügy minőségéről) kialakult nem éppen hízelgő képet átformáljuk: meggyőzzük az érintetteket arról, hogy a minőség nem luxus és a vevőközpontúságnak is az egyik legfontosabb eleme.

A szerkesztők arra törekszenek, hogy az innováció eredményeképpen megérett vezetéstechnikákat mielőbb megismertessék az olvasókkal.

Az első számú vezetőktől viszont azt várjuk, hogy felkérés nélkül is publikálják az általánosítható jó tapasztalataikat.

A Magyar Minőség több éve rendszeresen beszámol a DEMIN konferenciákról. A tavalyi, XV. konferencia anyagaiból 2015 augusztusában pl. a következő válogatás jelent meg:

- Az OBDK minőségügyben vállalt szerepe, feladatai - Dr. Safadi Heléna
- A minőségbiztosítási rendszerek jelentősége az egészségügyi ellátásban és annak nemzetközi vonatkozásai - Dr. Felszeghi Sára
- Fogyasztóorientált minőségtanúsítás az egészségügyben - Dr. Kincses Gyula
- Minőség indikátorok az egészségügyi intézmények minőségfejlesztésében - Dénes Rita

- Jól megvagyunk minőségdíjak nélkül - Szódi Sándor
- A betegbiztonság minőségét fejlesztő MSZ-EN 15224:2013 szabványról - Keszler Terézia Zsuzsanna
- EN 15224:2013 szabvány bevezetésének tapasztalatai a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hétfényi Géza Kórház Rendelőintézetben - Kelemen Éva
- Klinikai kockázatelemzésre épülő minőségfejlesztés - Katonai Zsolt
- Változtatásmenedzsment - a minőségügyi rendszerek bevezetése és fejlesztése kapcsán - az egészségügyben - Prof. Dr. Polónyi István
- Végtelen történet - A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ minőségirányítási története 2007-től dióhéjban – Kulcsár Ildikó
- Minőségbiztosítás a koraszülött mentésben - Dr. Széll András, Dr. Somogyvári Zsolt
- Minőségbiztosítás a hospitális sürgősségi ellátásban - Dr. Kovács Csilla
- „Bella” standardok bevezetése a törökbálinti tüdőgyógyintézetben - Dr. Antal Gabriella, Zsombikné Zsirkai Rita
- BELLA standardok bevezetésével kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok a Zala Megyei Kórházban, intézeti koordinátori szemmel - Bognárné Laposa Ilona
- Asthma bronchiale sürgősségi ellátásának minőségi szempontjai - Dr. Korcsmáros Ferenc, Dr. Gődény Sándor
- Jók a legjobbak közül. Beszélgetés Dr. Pápai Györggyel - Szódi Sándor

Szebb időket élt meg a honi benchmark tevékenység

2005 és 2010 között úgy tűnt, hogy az egészségügyben is kiteljesedik a benchmark tevékenység.

Kiváló példa volt erre a két Nemzeti Minőségi Díjas kórház, távolságot nem ismerő együttműködése.

Mára ebben a témában is megtorpanás, visszaesés tapasztalható. Vajon ennek is a pénztelenség az oka?

Sok esetben hallottuk, hogy az egészségügy sokat profitál mások (pl. ipari intézmények) jó gyakorlataiból. Mára az országos konferenciákról „eltűntek” az egészségügy reprezentánsai. A távolmaradásnak itt pénzügyi okai vannak?

Minőségdíjak nélkül

Szerte a világban rendszeresen működtetik a minőségdíjakat, és ez nem lehet véletlen!

Szabadjon ismételt kiemelni néhányat a minőségdíjak pozitívumai közül:

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

Az új nagyvállalati NMD Modell alapján –2001-ben az egészségügyi területen dolgozó minőségügyi szakemberek team munkája nyomán elkészült az Egészségügyi Minőség Díj Modell - tervezete. Mindez 15 éve paragon

hever, (közben miniszterek és a modell többször is változott).

A helyzet tehát változatlan, mindössze a paragon heverés évszáma növekszik

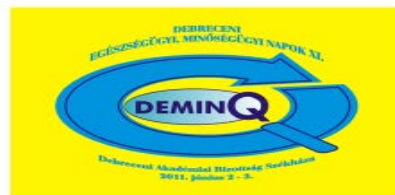
A leírtak ellenére, büszkék lehetünk a Nemzeti Minőségi Díjas kórházainkra:

2006: Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg

2007: Sz-Sz-B Megyei Önkormányzat Jósa
András Oktató Kórház, Nyíregyháza

Továbbra is marad a kérdés: ki és mikor követi példájukat?

Egészségügyi területen tehát többet kellene tenni a minőségdíjak felélesztéséért, rendszeressé tételéért (2. ábra)!



FALRA HÁNYT BORSÓ
EGÉSZSÉGÜGY ÉS A SZERVEZETI KIVÁLÓSÁG



2. ábra

Történelem

Magyarországon az 1997-ben megjelent CLIV. Törvény: Az egészségügyi szolgáltatások minőségét és minőségfejlesztését az egészségügyi szolgáltató és a szakmai felügyeletet gyakorló szervezet minőségbiztosítási, minőségfejlesztési és ellenőrzési rendszere, továbbá a tanúsított minőségirányítási rendszer biztosítja.

Bizonyára a törvény hatására nőtt a tanúsított minőségügyi rendszerek száma.

Magyarországon leggyakrabban az ISO 9001:2008 szabvány szerinti rendszerekkel találkozunk.

A MEES (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok) alkalmasak a szervezeten belüli szakmai és vezetési tevékenység ellenőrzésére, folyamatok nyomon követésére, belső auditra is.

Teljes körű minőségirányítás (TQM)

A teljes körű minőségirányítás olyan vezetési filozófia és gyakorlat, amely a szervezet céljainak érdekében hatékonyan használja fel a rendelkezésére álló emberi és anyagi erőforrásokat. Átfogja az egész szervezet működését. Kiterjed a folyamatokra, az irányításra, az erőforrásokra, a vevői elégedettségre. A hangsúly a szervezeti működés folyamatos fejlesztésén van!

Önértékelés

Az önértékelési modell az adottságok és az eredmények csoportjaiban főkritérium és alkritériumok teljesülésének mérésével értékeli az egészségügyi szolgáltatót.

A tapasztalatok szerint legtöbbször a különböző modellek integrált alkalmazására van szükség!

Versenyképesség

A versenyképesség az az állapot, amikor egy cég sikeresen képes a saját piacán értékesíteni a termékeit, szolgáltatásait. A versenyképesség javításával foglalkozó szakemberek állítják, hogy sokat tudunk tenni piaci pozícióink javításáért. A javasolt megoldások között a minőségirányítási rendszer fejlesztése előkelő helyet foglal el!

Sőt!

Amennyiben megvizsgáljuk a javításra ajánlott területet, kiderül: egy integrált minőségirányítási rendszerrel, egy jól működtetett szervezeti önértékeléssel több versenyképesség javító megoldás is „kipipálható” (3. ábra)



**Mára a minőség
alapkövetelménnyé vált!**

**A szervezeti kiválóság az egyik legfontosabb
sikertényező!**



3. ábra

A minőségirányítás gyógyszer

Amikor az egészségügyért felelős államtitkár után a kórházak gazdálkodását vizsgáló ÁSZ is a kancellári rendszer bevezetését javasolja: **nyilván nagy a baj!**

A minőségirányítás csak egy gyógyszer a sok közül, melynek szedése hosszabb távra ajánlott.

Ennek mellékhatásairól bátran kérdezhetjük orvosainkat és gyógyszerészeinket!

Példa a Jósa András Oktató Kórházból, Dr. Pikó Károly főigazgató írta:

- „Az önértékelés olyan fejlesztési eszközt jelent intézményünk számára, amely hozzásegít a stratégiai célok eléréséhez:
- A rendszeres önértékelés motivációt jelent a továbbfejlődésben, elősegíti a kiválóság kultúra útját
- meghatározó TQM filozófia alkalmazását. A rendszer áthatja a szolgáltatás teljes vertikumát,
- beépül a szervezeti kultúrába
 - széles spektrumú és magas színvonalú egészségügyi szolgáltatást
 - gazdasági stabilitást
 - elégedett vevőket, partnereket és munkatársakat generál,
 - folyamatosan fejlődő, tanuló szervezet.”

Hiszek a kilábalásban

Az egészségügyi intézetekben szerzett mások és saját rossz tapasztalataim ellenére bízom a jelenlegi állapotok jobbra fordulásában.

- Az egészségügy hatékonysága és a versenyképesség szoros kapcsolatban áll egymással. A versenyképesség romlása senkinek sem jelenthet vonzó perspektívát!

- A munkaerő jobb egészségügyi állapota és az országok teljesítménye között vitathatatlan a kölcsönhatás!

Érdemes előjegyezni!

IFKA részvétel az AUTOMOTIVE HUNGARY 2016 kiállításon

2016. október 19-21-én a Hungexpo Nemzetközi Járműipari Beszállítói Szakkiállításán az IFKA -Iparfejlesztési Közhasznú Nonprofit Kft. is bemutatkozik. Az **A pavilon 206 H** standján az érdeklődők mindennap tevékenységeinkről tájékozódhatnak. A nyitó napon (19-én, 15 órától) munkatársaink aktuális gazdaságfejlesztési, foglalkoztatási, környezetvédelmi, logisztikai, pályázati együttműködési és minőségügyi témában tartanak prezentációkat. Az előadások témáit és előadóit hamarosan megismerhetik kedves látogatóink.

A kiállítási részvételt jó szívvel ajánljuk partnereinknek. Érdeklődés esetén ingyenes regisztrációt és október 19-re belépési lehetőséget biztosítunk!

Hirdessen a

MAGYAR MINŐSÉG®-ben

a Magyar Minőség Társaság havi folyóiratában

A háziiorvosi praxisok többsége „2 személyes vállalat”, 2 személyes egészségügyi szolgáltató. A háziorvos és a praxisápoló foglalkoztatása a működés alapfeltétele, de több szakdolgozó bérét a szűkös finanszírozásból nem tudjuk fizetni, így minőségügyi szakember sem segíti munkánkat.

Tevékenységüket szerteágazó, törvények fogalmazzák meg. Egyben előírják a szolgáltatás megfelelő minőségének feltételeit és kötelezővé teszik belső minőségügyi rendszer működtetését anélkül, hogy ehhez anyagi eszközöket biztosítanának.

A jogi környezet

I. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

A törvény két szakaszát emelem ki:

„119. § (3) Az egészségügyi szolgáltatás megfelelő minőségének alapvető feltétele, hogy

a) azt kizárólag jogszabályban meghatározott **személyi és tárgyi feltételek**kel rendelkező szolgáltató nyújtsa;

b) az ellátás során érvényesüljenek a **jogszabályban foglalt vagy egyéb szakmai szabályok**, így különösen a tudomány mindenkori állását tükröző és bizonyítékokon alapuló **szakmai irányelvek**, ezek hiányában a megalapozott, széles körben elfogadott szakirodalmi közlésekre, vagy szakmai konszenzusra támaszkodó szakmai ajánlások;

c) az egyén számára **ca) egészségi állapotában az elérhető legnagyobb tényleges állapotjavulást** eredményezze,

cb) lehetővé tegye a **betegjogok** érvényesülését,

d) a rendelkezésre álló **erőforrások optimális felhasználásával** szakmailag hatásosan nyújtható legyen;

e) **biztonságos legyen** mind a betegek, mind az ellátásban közreműködők részére.”

121. § (1) **Minden egészségügyi szolgáltató** biztosítja a belső minőségügyi rendszer működését.”

II. 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

Ez tartalmazza a feladatok hosszú sorát, de még nem készültek el a végrehajtását szabályozó rendeletek. A törvény értelmében:

„Az egészségügyi alapellátás feladatai:

a) az ellátott lakosságra vonatkozó, a betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló ellátás (a továbbiakban: megelőző ellátás);

b) az egyén

ba) egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása, nevelése, egészségfejlesztése, egészségtervezésének támogatása,

bb) jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett,

bc) szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából,

bd) gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a szakorvos által javasolt terápiás terv figyelembevételével; és

c) szükség esetén a b) pont bb) és bd) alpontjában foglaltaknak a beteg otthonában történő ellátása vagy a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése.”

A háziorvos, aki természetesen egyedül nem lenne képes ennyi mindenre, nem tud több feladatot delegálni, mert az ápoló teljes munkaideje is kitöltött.

Döntéshozatalhoz a szakmai irányelvekből praxisprotokollok készítése szükséges. Ha megtanulta, hogyan kell, ez is a háziorvos feladata.

Viszont lehetetlen az összes szakmai irányelvet ismerni, pedig mindegyiknek van háziorvosi vonatkozása is (talán a nukleáris medicina kivételével). Praxiscsoportok alakítása jó megoldás ezen a területen is, de mindenképpen többlet-munkával jár.

Dokumentálás

Minden tevékenység dokumentálása kötelező! Hiszen tudjuk, ami nincs dokumentálva, az nem is létezik.

Munkánk dokumentálásához adatokat viszünk be valamilyen, általunk finanszírozott informatikai rendszerbe, ahol azok:

- Tárolódnak
- Adatkezelési műveleteken mennek át (nem keletkezik új ismeret).
- Információvá válnak (Az információ új ismeretű értelmezett adat). (1.)

A jelenleg alkalmazott háziorvosi szoftverek képesek a rendeletek előírásainak megfelelő tevékenységek dokumentálására:

- a bevitt adatok tárolására
- a kötelező jelentések elkészítésére, a finanszírozó rendszerébe való eljuttatására
- vény-írásra
- beutalók megírására
- leletek bevitelére is tartalmaznak megfelelő felületet, akár kézi adatbevitellel (begépelés), akár beszken-neléssel
- távoli leletek fogadására
- illesztett berendezések adatainak rögzítésére.

A felhasználó praxis-teameknek **jogos igényük van** az általuk használt szoftverekkel kapcsolatban még a következőkre:

- Gyorsabb működésre, egyszerű kezelhetőségre (akár felnőtt is képes legyen rá).
- Bárhol (beteg lakásán, helyettesítő orvos rendelőjében), bármilyen eszközről (okos-telefon, tablet, notebook) használható legyen.
- A helyettesítő vagy praxisközösségben, csoportban

együtt dolgozó praxisok ismerhessék egymás adatait.

- A páciensről bármelyik eü. szolgáltatónál keletkezett adat (beutaló, lelet) on line elérhető legyen az őt ellátóknak.
- Interaktívan használható szakmai irányelvek és praxisprotokollok elérésére (döntéstámogató modul).
- Beavatkozás nélküli, költségkímélő, verzióváltásra, aktualizálásra.

Az informatikai rendszer sajátosságai

I. Betegfelvétel

A jelenlegi helyzet

1. Az ápoló begépel minden adatot (TAJ, név, születési idő)
2. Rögzíti a páciens előző és jelenleg is kezelt betegségeit, családi- és munka anamnesisét (kórelőzményeit)
3. Allergiáit, műtéteit, gyógyszereszedését (amihez kell szakorvosi javaslatát)
4. Ismerteti, aláírhatja, átadja
5. Megméri: testsúlyát, testmagasságát, derék-körfogatát, vérnyomását, pulzusát. Beírja a kapott eredményeket.
6. Az orvos megvizsgálja a páciens, megbeszéli az egészségtervet, gondozási tervet, beírja, felírja a gyógyszerait, átnézi eddigi leleteit.

A nem túl közeli jövőben

- 1.1. A páciens átadja IGAZOLVÁNYÁT (bármilyen elektronikus adathordozón tárolt adatait)
- 1.2. Az ápoló beolvassa az azon tárolt adatokat

Vagy:

2.1. A páciens átadja Elektronikus igazolványát és azt a kódot, amivel minden őt ellátó elérheti a közös „egészségügyi felhőben” tárolt adatait

3. Kap egy webhely elérhetőséget, ahol megtalál minden, a praxisra vonatkozó tudnivalót (rendelési idő, bejelentkezés rendje)

Az ápoló megméri a szükséges paramétereket, dokumentálja a mérések eredményét.

Az orvos megvizsgálja a páciens.

II. Betegellátás

Jelenlegi helyzet

1. Az ápoló begépeli a megfelelő felületre a páciens panaszait, tüneteit
2. Megméri és begépeli: testsúlyát, testmagasságát, derék-körfogatát, vérnyomását, pulzusát.
3. Ha dolgozik, táppénzes **papírt állít ki**
4. Az orvos konzultál a beteggel annak panaszairól, tüneteiről, családi-, munkahelyi körülményeiről. **Beírja, vagy bediktálja** a dokumentációba.
5. Átnézi az ápoló által bevitt adatokat és **beírja, vagy diktálja** és az ápoló, vagy asszisztens írja be, amit még szükségesnek tart.
6. Megvizsgálja a beteget, **beírja, vagy diktálja** annak státusát.
7. Ha nem jut megnyugtató, alátámasztható diagnózishoz vizsgálati tervet készít, elvégzi (az ápolóval együtt) a rendelőben elvégezhető vizsgálatokat, ha

szükséges beutalókat ír, gyógyszert ír, táppénzre veszi a beteget, igazolást ír, és nyomtat, ha kell, megkeresi az adott beteg ellátására vonatkozó praxisprotokollt, vagy szakmai irányelvet

8. Megbeszéli a beteggel a követendő táplálkozási, mozgási, gyógyszereszedési tanácsokat, következő vizit időpontját, mindezt beírja, vagy bediktálja a dokumentációba.

Megkérdezi továbbá, hogy Bodri kutya bal hátsó lába meggyógyult-e már. Hiszen a páciensnek egy-egy személyes mondat, érdeklődés sokszor fontosabb, mint a legkiválóbb evidenciákkal alátámasztottan hatékony gyógyszer.

A nem túl közeli jövőben

1.A beszédfelismerő program szöveggé alakítva, vagy hang-fájl formájában rögzít mindent, ami elhangzik.

2.A panaszok alapján már kiválaszthatók és egyes részekben is használhatók a szükséges, felkínált praxis-protokollok, vagy szakmai irányelvek.

3.Az orvos saját vizsgálatain kívül a telemedicina igénybevétele csökkenti a beutalásokat, a lehető legkevesebb betegbeutalással jó minőségű eredményeket kap.

4.Nem kell nyomtatnia semmit, E-receptet, e-beutalót használ, amit elég diktálnia a hangfelismerőnek.

5.A leleteket hozzáférés alapján, a közös egészségügyi adat-felhőben találja, nincs fölösleges vizsgálat-ismétlés. Ennek a quaterner prevenció és a költségkímélés szempontjából is felbecsülhetetlen a jelentősége!

Telemedicina

A praxisteam saját eddigi vizsgálatinak körét bővítik a telemedicina lehetőségei.

„A telemedicina olyan egészségügyi szolgáltatás, amelynek során az ellátásban részesülő és az ellátó személy közvetlenül nem találkozik, kapcsolatuk valamilyen infokommunikációs eszközzel, vagyis távoli adatbeviteli rendszeren keresztül jön létre„(2.)

A telemedicina eszközeinek csoportjai: (3.)

1. Táv-konzílium: távoli szakemberek bevonása a diagnózis megállapításába, a kezelés menetébe.
2. Táv-manipuláció: vizsgálatot, beavatkozást távoli szakember által vezérelt robot hajtja végre.
3. Táv-diagnosztika: a diagnózis alapját adó vizsgálat végzője és a lelet készítője nincsenek azonos helyen.
4. Táv-felügyelet: az egészségügyi dolgozók jelenlétét a betegnél lévő jelfelvevők és továbbítók helyettesítik. A fogadó oldal folyamatosan kész a szükséges interakciókra.”

Néhány már ma is használható eszköz:

Vérnyomásmérő, amely a beteg által mért eredményeket egy központba továbbítja, ahonnan háziorvosa megkapja (1. ábra).



1. ábra Vérnyomásmérő, amely a beteg által mért eredményeket egy központba továbbítja



2. ábra Fundus-kamera amellyel képzett szakdolgozó készít felvételt a fundusokról

TT-EKG-(Transztelefonikus EKG), amely az EKG jeleket egy központba továbbítja, ahol kardiológus elemzi és segíti a beteg ellátását

Fundus-kamera, amellyel képzett szakdolgozó készít felvételt a fundusokról és a szemész, egy központban, értékeli azt, majd meghatározza a továbbiakat (2. ábra).

Az informatika akkor segíti a minőségfejlesztést, ha

1. a páciens és az őt ellátók segítésére a legújabb technikát alkalmazza,
2. tartalmaz páciens-kommunikációs felületet is, hiszen így a páciens-praxis kapcsolat valóban mindennapi szintű lehet,

3. a még nem ismert lehetőségeket is magában rejt, azok felhasználását is támogatja.

Irodalom

1. www.softeam.hu/sze/in17ea/ha_eir_2.ppt
2. Kelemen Andrea, Szilvay Attila:
www.hadmernok.hu/161_24_kelemena_sza.php
3. Telemedicina-Fogalomtár
tar.eski.hu/index.php/Telemedicina

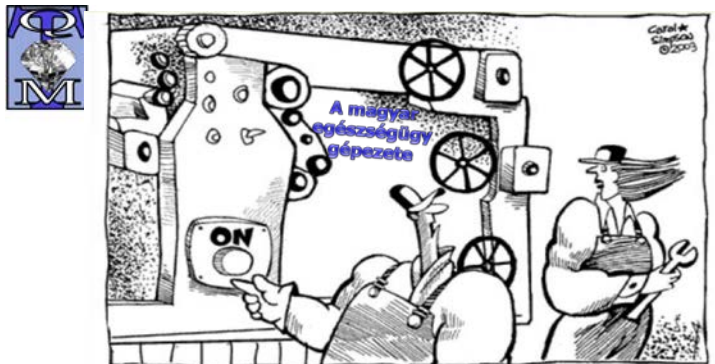


A minőség és a kockázat alapú gondolkodás kapcsolata

Katonai Zsolt



Mottó: „A legnagyobb kockázat nem vállalni kockázatot”



„Ez a gép teljesen biztonságos míg meg nem nyomod ezt a gombot”

2

0 ábra

Fogalmak

- Kockázat
 - Adott veszélyforrás hatására meghatározott károsodás kialakulásának valószínűsége
 - Elvárt eredmény elmaradásának valószínűsége
- Incidens
 - Minden, olyan kockázatos körülmény vagy esemény, amely veszélyes helyzetet hoz létre és ennek hatására nemkívánatos eseményt eredményezhet

A kockázatalapú gondolkodás

A kockázatalapú gondolkodás lehetővé teszi:

- azon tényezők azonosítását, amelyek az egyes folyamatok tervezett eredményeitől való eltéréseket okozhatják
- megfelelő, megelőző és szabályozó intézkedések meghozatalát okozhatják

Legfontosabb lépései:

- A kockázat megértése
- A kockázat értékelése és kezelése

Segít megérteni a következőket:

- mi és miért történik (kockázat azonosítás)?
- mik a következmények?
- mi az előfordulás valószínűsége?
- léteznek-e olyan tényezők, amelyek megakadályozzák a nemkívánatos eseményt vagy csökkentik a kockázat előfordulás valószínűségét?

A kockázatelemzés által elérhető haszon

- A kockázat és a célokra vetített esetleges hatás megértése
- A döntések információkkal történő támogatása
- A kockázat megértésével segíti a megfelelő kockázatkezelési mód megválasztását
- Azonosítja a kockázat kialakulásának legfontosabb tényezőit

- Összehasonlíthatóvá teszi a különböző kockázatokat segítve a megfelelő súlyozást
- Hozzájárul a kockázatok és bizonytalanságok kommunikálásához

Menedzsment rendszer tervezésekor kiemelt feladatok:

- Azonosítani a működési rendszer elemeit, a folyamatokat, a követelményeket és a szükséges szabályozásokat
- A körülményeket pontosan megérteni (figyelembe véve úgy a meglévő, mint a jövőbeli működési és felhasználói környezet)
- Felismerni a lehetőségek és a kockázatok kapcsolatát
- Mérlegelni a gazdasági kockázatot, hiszen ez minden egyéb tényezőre hatással van, beleértve a teljesítményt és a biztonságot

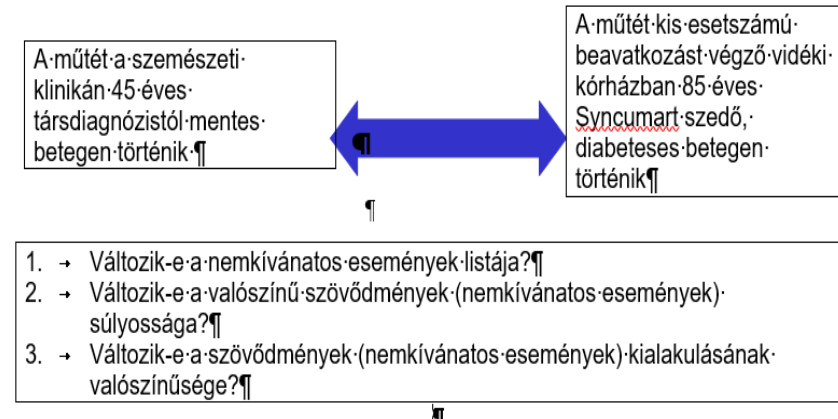
A kockázatértékelés folyamata

- A kockázat azonosítása
 - Forrás
 - Ok
 - Esetleges hatás
- A kockázat elemzése és megértése
 - Hatás
 - Előfordulás valószínűsége
- Értékelés
 - Előre meghatározott kritériumokhoz való viszonyítás

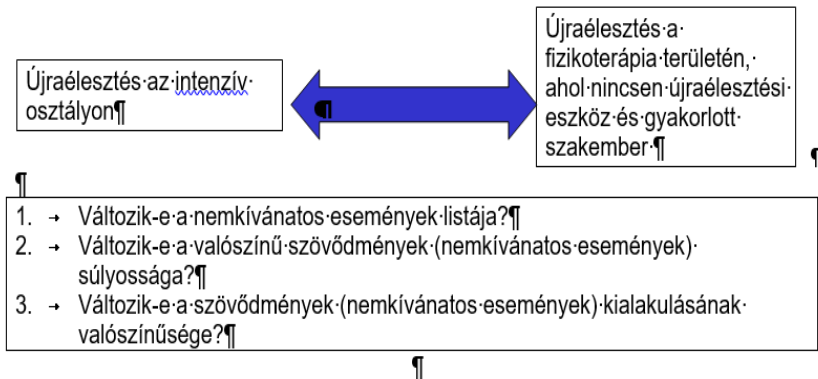
A kockázat nagyságát a károsodás súlyossága és a bekövetkezés valószínűsége határozza meg! (1. és 2. ábra)

A kockázatok kezelése

- A kockázat elkerülése
 - A kiváltó ok megszüntetésével
- A kockázat csökkentése
 - Az előfordulás valószínűségének csökkentésével
 - A hatás súlyának csökkentésével
- Kockázat megosztás (pl. biztosítóval szerződés)
- A kockázat vállalása



1. ábra A cataracta műtét kockázatai
(az alapfilozófia magyarázata)



2. ábra Egyes folyamatok kockázata
(az alapfilozófia magyarázata)

A kockázatelemzésnél figyelembe kell venni a következőket:

- A folyamat jellege, bemenetek és elvart kimenetek
 - betegek állapota
 - anyagok, gyógyszerek, egyéb készítmények
 - információk, szabályozások, kommunikáció
 - gyakoriság
 - kapcsolódó folyamatok
- Rendelkezésre álló erőforrások
 - humán
 - infrastruktúra és eszközök
 - pénzügyi
- Környezeti hatások
- stb.

A kockázati mátrix (3. ábra)

- A bekövetkezés valószínűségének meghatározása
 - 1 – nagyon ritkán
 - 2 – kis valószínűséggel
 - 3 – lehetséges
 - 4 – nagyon valószínű
 - 5 – majdnem biztos
- A következmény súlyosságának meghatározása
 - 1 - elhanyagolható
 - 2 - csekély
 - 3 – közepes
 - 4 – jelentős
 - 5 – katasztrofális

		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

3. ábra Kockázati mátrix

A kockázatkezelés lépései (4. és 5. ábra)

1. A kockázatok azonosítása és regisztrálása
2. A kockázat elemzése, értékelése
3. Proaktív cselekvési terv kidolgozása

4. Költségek vizsgálata

5. A maradandó kockázat értékelése

S.sz.	Nemkívánatos esemény (veszélyes helyzet)	Kiváltó ok	Intézkedés előtti kockázat		Kritikus	Intézkedés szükségessége
			Előfordulás valószínűsége E (1-5)	Következmény K (1-5)	Intézkedés szükségessége	
1.	Lejárt szavatosságú kontrasztanyag adagolása	A lejárati idő figyelésének hiánya	4	4	Magas	Sürgős beavatkozás
2.	A kontrasztanyag dózis hibás meghatározása	A beteg testtömegét nem méri	4	3	Közepes	Költséghatékony beavatkozás elfogadható időkereten belül
3.	A használt kontrasztanyag típus nem jól megválasztva	A beteg kreatinin szintjét nem vizsgálják (CCr vagy CrCl)	4	5	Kritikus	Azonnali beavatkozás
4.	A beteget összetévesztik	A beteg és a kontrasztanyag nem megfelelő azonosítása az adagolás előtt	1	5	Alacsony	Könnyen bevezethető / olcsó beavatkozás
5.	Anafilaxiás sokk lép fel	A beteg allergiás érzékenységét nem vizsgálják	1	4	Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás
6.	A reanimáció sikertelen	Hiányos újraélesztési szett és nem megfelelően képzett személyzet	4	5	Kritikus	Azonnali beavatkozás
7.	A vizsgálatot nem lehet végrehajtani	Nem adható be a kontrasztanyag	2	3	Alacsony	Könnyen bevezethető / olcsó beavatkozás

4. ábra Kockázatértékelés
(Intézkedés előtti kockázat)

S.sz.	Nemkívánatos esemény (veszélyes helyzet)	Kritikus	Intézkedés szükségessége	Intézkedés		Intézkedés utáni		Elfogadható	További intézkedés szükségessége
		Intézkedés szükségessége		Hozott intézkedés jellege	Az intézkedés rövid leírása	Előfordulás valószínűsége E (1-5)	Következmény K (1-5)	Intézkedés szükségessége	
1.	Lejárt szavatosságú kontrasztanyag adagolása	Magas	Sürgős beavatkozás	Sz / K / E	FEFO és havi felülvizsgálat	1	4	Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás
2.	A kontrasztanyag dózis hibás meghatározása	Közepes	Költséghatékony beavatkozás elfogadható időkereten belül	Sz / K	Mérleg beszerzése, testtömeg mérése. Testtömeg (TBW) protokoll alkalmazása 0.7 g iodine / TBW kg.	1	3	Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás
3.	A használt kontrasztanyag típus nem jól megválasztva	Kritikus	Azonnali beavatkozás	Sz / K	Vesebetegeknél kötelező laboratóriumi vizsgálat kreatinin meghatározásra	2	2	Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás
4.	A beteget összetévesztik	Alacsony	Könnyen bevezethető / olcsó beavatkozás						
5.	Anafilaxiás sokk lép fel	Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás						
6.	A reanimáció sikertelen	Kritikus	Azonnali beavatkozás	Sz / K / E	Az újraélesztési szett tartalmának meghatározása és havi ellenőrzés előírása Periódikus reanimációs tanfolyam	1	3	Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás
7.	A vizsgálatot nem lehet végrehajtani	Alacsony	Könnyen bevezethető / olcsó beavatkozás	Sz / K	A beteg vagy beutaló orvos bejelentkezésekor kikérdezés és szükséges laboratóriumi vizsgálati igények közlése	1	3	Elfogadható	Nem szükséges beavatkozás

5. ábra Kockázatértékelés
(Intézkedés és az azt követő kockázat)



A computer-tomográfias vizsgálatokat ionizáló sugárzással készülnek, mely káros hatást gyakorolhat az emberi szervezetre. Az élet során kapott magasabb kumulatív sugárdózis emeli az ionizáló sugárzás szervezetre gyakorolt káros hatásainak kockázatát. Ugyanakkor a CT vizsgálatról várt diagnosztikus információ jó indikáció esetén biztosan felülmúlja a röntgensugár alkalmazásával járó kockázatot. Az ionizáló sugárzással történő képalkotó diagnosztika során ezért a betegek sugárterhelésének optimalizálására kell törekedni, egyensúlyt kell teremteni a vizsgálatok diagnosztikus értéke és a dózisminimum között.

Munkánk során célul tűztük ki a betegek sugárterhelésének minimalizálását az optimalizálás elvét követve úgy, hogy a megfelelő képminőség megtartása mellett, a lehető legkisebb sugárdózist alkalmazzuk.

Az optimalizálásnak több lépése van, az első a minőségbiztosítás, mely garantálja a képalkotó berendezés elérhető legjobb műszaki állapotát. A negyedévenkénti karbantartások mellett cégcsoportunk havonta elvégzendő minőségellenőrzési eljárást (Quality Controll) vezetett be, melyet operátoraink vízfantom segítségével végeznek. Ennek során ellenőrizzük a lézer-pozícionáló pontosságát, azt hogy a topogramon a scan-nek valóban ott kezdődnek és ott végződnek ahová terveztük őket. Levegőben és vízben megmérjük a dózisértékeket, majd a prog-

ram ezekből számolja a képek homogenitását és zajtartalmát. Egy monitor-vizsgáló szoftver segítségével ellenőrizzük a monitoraink megfelelő minőségét is.

Az optimalizálás talán legfontosabb lépése lenne a megfelelő indikációk meghatározása, de sajnos egyelőre ebben tudunk előrelépni a legkevesbé.

Következő lépésként az optimális sugárdózis elérése érdekében CT készülékeinkhez új, a sugárterhelést monitorizáló, elemző, és tároló szoftvert (GE DoseWatch) kapcsoltunk. Ennek segítségével lehetőség nyílt arra, hogy vizsgálati protokollokra, valamint betegekre lebontva elérjük az ideális sugárdózist. Ahhoz, hogy ez országos és nemzetközi szinten is egységesen megvalósuljon, a CT protokollokat harmonizálni kellett.

Négy telephelyünk 64 szeletes CT készülékén kezdtük el az adatok feldolgozását (Szeged, Debrecen, Budapest volt MÁV kórházi és Péterfy Sándor utcai kórházi egységünk).

Az országos szinten egységes sugárdózis optimalizálása érdekében elsőként a vizsgálati protokollnevek, és a protokollok indikációinak, alkalmazásának összehangolása történt meg. Következő lépésként az egyes protokollok vizsgálati paramétereit egységesítettük. Az egységesítés során „egyéb” kategória szerepeltetésével teret hagytunk az egyes telephelyeken futó egyéni vizsgálati protokollok

megtartására. A klinikai protokollok egységesítése több mint fél évet vett igénybe.

A folyamatos bevezetés alatt is működtettük a dózisértékelő szoftvert és hetente kiértékeljük az átlagostól szignifikánsan magasabb dózissal készült vizsgálatokat.

Az 1. ábrán mutatjuk be a sugárterhelést elemző, tároló és monitorozó szoftverünket.

CT munkalista

Tervezett vizsgálatokElvégzett vizsgálatok

SzűrőkHelyszín: SZEGEDEszköz: HSRCT01

Vizsgálati dózis	Kumul. dózis	Dátum és idő	Név és nem	Betegazonosító	Életkor	BMI	DLP összes (mGy.cm)	Hozzáírási szám	Vizsgálat leírása
		2014-08-14 16:52	é Molnár, Solvia Mária (F)	820	40	22.28	2622.26	0046420294	OMB113676
		2014-08-14 16:18	os (M)	797	63	35.50	811.33	0046415607	KOPONYA
		2014-08-14 15:59	rolyné (F)	381	43	32.08	3455.59	0045584392	MELLKAS+HAS+MEDENCE
		2014-08-14 15:21	incné (F)	2423	61	35.32	2439.73	0045475869	HAS+MEDENCE
		2014-08-14 15:06	chl, Chrysogonus (M)	25888	37	25.99	1040.22	0046419441	KOPONYA
		2014-08-14 15:02	lechl, Chrysogonus (M)	25888	37	25.99	1017.40	0046419441	KOPONYA
		2014-08-14 14:01	e (M)	6806	62	33.35	1974.11	0045429745	HAS+MEDENCE
		2014-08-14 13:44	olnár, Margit Éva (F)	9234	49	45.91	644.51	0046246815	OMUKORONA
		2014-08-14 13:11	lé (F)	5852	60	23.38	788.43	0046416551	KOPONYA
		2014-08-14 13:03	léia (M)	0358	73	20.07	1854.79	0046416161	KOPONYA
		2014-08-14 12:48	né (F)	5541	49	35.06	811.08	0046388835	KOPONYA

1. ábra Sugárterhelést elemző, tároló és monitorozó szoftver

Amikor a betegeink megjelennek a diagnosztikai központunkban és adataikat rögzítjük az informatikai rendszerünkbe, ezek rögtön bekerülnek a DoseWatch rendszer-

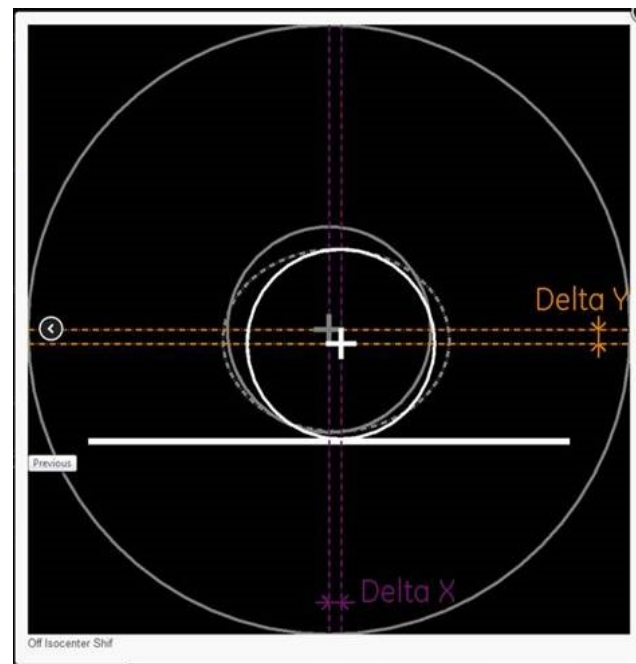
be is. A betegek neve mellett két oszlopot láthatunk, kumulatív dózis és vizsgálati dózis elnevezéssel. Amennyiben a betegnek már korábban is készült vizsgálata, a

kumulatív oszlopban az eddig elkészült vizsgálatainak a dózisértékei összegződnek. Ha a vizsgálat megkezdése előtt piros felkiáltójelet látunk ebben az oszlopban, az arra hívja fel operátoraink figyelmét, hogy a beteg valamilyen oknál fogva több dózist kapott az eddigi vizsgálatainak során az átlagosnál. Ilyen esetekben lehetőség szerint egy kevesebb fázisból álló, kisebb dózissal járó vizsgálatot kell végeznünk.

A vizsgálat elvégzése után a vizsgálati dózis oszlopban megjelenő piros felkiáltójel arra hívja fel operátoraink figyelmét, hogy a beteg aktuális vizsgálata során nagyobb dózist kapott a referencia értékhez képest. Ilyenkor az operátoroknak kötelességük utáná nézni, hogy mi lehetett ennek az oka? Persze vannak olyan esetek (pl. az átlagosnál korpulensebb beteg, vagy elmozdulás a vizsgálat közben) amikor erre rögtön tudjuk a választ.

Amennyiben a dózis túllépés oka elsőre nem egyértelmű, akkor lehetőség van arra, hogy a programon belül, egy elemző rendszer segítségével, megtaláljuk a magasabb dózisérték okát.

A sok lehetséges ok közül az egyik gyakori probléma a beteg nem megfelelő pozicionálása, aminek jelentősége a program használatával szemléletesen bizonyítható. (2. **ábra**). Ezen látható, hogy a beteget nem a forgási tengelybe pozicionáltuk (fehér kör), hanem attól jobbra és magasabbra. Az izocentrumhoz képest már néhány milliméteres elmozdulás is akár 30 %-kal nagyobb sugárterhelést jelenthet a betegnek.



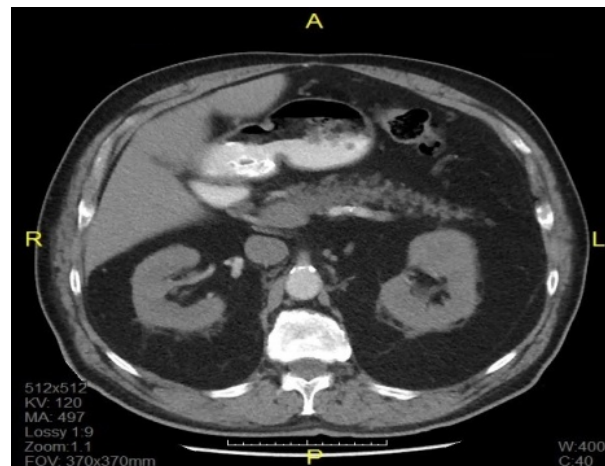
2. ábra A beteg nem megfelelő pozicionálása

A Diagnoscan Magyarország Kft. az Affidea csoport tagjaként a CT protokollok standardizálásában és optimalizálásban nemzetközileg is elkötelezett. A nemzetközi Dose Excellence csapat segítségével Európa szerte 9 országban több mint 50 CT készülék bevonásával megtörtént a protokollok standardizálása. Megtörtént a protokoll-harmonizálással, optimalizálással kapcsolatos SOP (standard műveleti eljárások) kialakítása. A leggyakrabban használt vizsgálati protokollokkal kezdve a nemzetközi Dose Excellence csapat az egyes országok, központok sajátosságait is szem előtt tartva harmonizált nemzetközi protokollajánlást fogalmazott meg, melyet az Affidea csoport Orvosi Tanácsadó Testületei, az Affidea

Medical Council és Medical Advisory Board is elfogadott. A Dose Excellence programban (DEP) résztvevő, 10 hazai CT berendezésünkön sikerült a standardizált protokollokat bevezetni. A szoftver a betegek dózisértékeit referencia szintekhez (DRL) viszonyítja. Az elkészült vizsgálatok kevesebb, mint 10%-ban (2-8%) kapunk, az 1. ábrán bemutatott riasztást, DRL (p75) szint túllépése miatt. A riasztásaink csaknem 100%-át a vizsgálatért felelős munkatársak indoklással látják el. A Dosewatch program által havi rendszerességgel összesítő elemzés (JSO report) alapján a centrumok kiértékelik a havi eredményeket és javaslatokat tesznek a felmerülő problémák orvoslására.

A DEP program dózis tudatosságra nevel, az elvet a mindennapi munkánk részévé tettük.

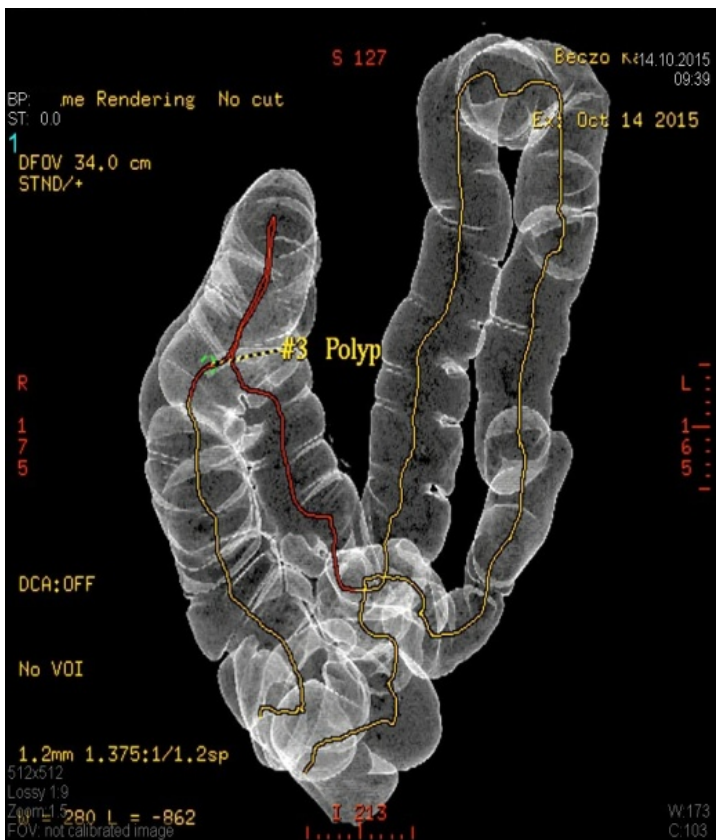
Az alábbi négy ábrán (3, 4, 5, 6. ábra) a dózisoptimalizálás folyamatát mutatjuk be, melynek során a lehető legélesebb kép helyett, a megfelelő diagnosztikus érték megtartása mellett a legkisebb sugárdózisra törekedtünk. Virtualis CT colonoscopiás vizsgálatoknál „low dose” technikát alkalmazunk, ilyenkor a primer felvételi képek zajosak, relatíve rossz minőségűek, de a diagnózis felállítására az ezekből 3D technikával készült rekonstruált képeket használjuk.



3. ábra Viszonylag magas dózissal készült, jó minőségű éles kép



4. ábra Alacsony dózisu, zajos kép, mely az 5. és 6. számú ábrán látható jó minőségű rekonstrukció alapjául szolgált (virtualis CT colonoscopiás vizsgálat)



5. ábra Virtualis colonoscopia 3D rekonstrukciós felvétele



6. ábra Ugyancsak egy virtualis colonoscopiaról készült felvétel, melynek segítségével akár egy virtuális sétát is tehetünk a páciensünk vastagbelében

A harmonizált klinikai protokollokat az újonnan telepített CT készülékeinken is adaptáljuk.

A szoftver eddigi működtetésével nagy mennyiségű betegvizsgálat áll rendelkezésünkre, ami lehetővé teszi az adatok további elemzését az optimalizálás érdekében, mely dózis tudatos vizsgálati protokollokat, ellenőrzött kontrasztanyag adási módszert, és fokozott megbízhatóságot eredményez.

További célunk a módszer bevezetése az ionizáló sugárzást alkalmazó egyéb diagnosztikai eljárások esetén is (pl. mammográfia, DSA, konvencionális röntgendiagnosztika).

A betegbiztonsági szemlélet egyre nagyobb figyelmet kap a magyar egészségügyi szektorban. Több szakmai fórum és konferencia témája szól a magyar egészségügy betegbiztonsági vonatkozásairól. A magas kockázattal bíró területen a betegek ki vannak téve az ún. nem-kívánatos, nem várt események bekövetkezésének, azaz olyan bántalmaknak, amelyek az ellátás következményeként jönnek létre, az ellátási rendszer hibájából adódóan és nem a betegség szövődményeként.

A Luxemburgi deklaráció kimondja, hogy minden Európai uniós tagországnak ki kell alakítania a betegeket veszélyeztető események adatgyűjtési rendszerét, mely értékelhető és lehetővé teszi az adatelemzéseken alapuló intézkedések megtételét.

Betegeink biztonságának érdekében az Affidea cégcsoport számos betegbiztonsági projectet és fejlesztést vezetett be az elmúlt években. Kiemelt programunk a **CIRS** (Critical Incident Reporting System) azaz nem várt, nem kívánt eseményeket jelentő rendszer létrehozása volt, melyet Magyarországon 11 képző diagnosztikai központban és az Affidea cégcsoport 14 országában működtetünk (1. ábra). A CIRS nem csak jelentő, hanem a szervezet és a dolgozók tanulását is elősegítő belső betegbiztonsági rendszer, hiszen hazai és nemzetközi szinten is nyomom tudjuk követni a betegellátás során bekövetkezett hibákat, munkahelyi baleseteket, be nem következett, de magas kockázattal bíró majdnem hibákat (near miss-t).

A beérkezett jelentések alapján szeretnénk felfedni az egészségügyi ellátásba kódolt kockázatokat, azok elő-

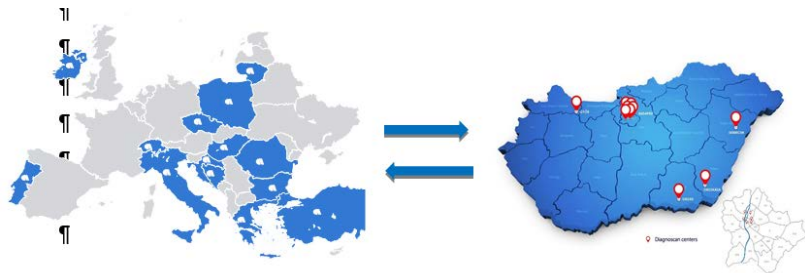
fordulási gyakoriságát megismerni, majd ebből cégcsoport szinten tanulni.

Első lépésben a szervezeten belüli betegbiztonsági kultúra fokozása a cél, melynek eszköze a dolgozóink részére tartott folyamatos belső betegbiztonsági képzés. Ennek eredményeképp munkatársaink megértették a jelentő rendszer használatának fontosságát, valamint a közvetlen közép és felső vezetés is elköteleződött a program iránt. A képzés hatással van a jelentési hajlandóságra és létrejön egy nyílt, optimista munkakörnyezet, mely a majdnem hibákból és nem kívánt eseményekből való tanulásra összpontosít, és nem a hibák eltitkolására, vagy a vádaskodásra helyezi a hangsúlyt.

Mind a hibák feltárásában, mind a gyökér okok felkutatásában, valamint a nem várt események megelőzése érdekében hozott intézkedések megtételében rendkívül nagy szerepe van a menedzsmentnek és a felső vezetésnek, mivel hatékony belső kommunikáció, a beosztottak bevonása, a változásra való kezdeményezőképeség nélkül az egészségügyi dolgozók nem tudnak azonosulni a feladatokkal, és nem valósulhatna meg a kockázat menedzsmenten alapuló egészségügyi ellátás sem.

Mi az előnye más jelentő rendszerhez képest?

A CIRS rendszer nagy előnye a nemzetközisége, valamint a jelentések transzparenciája. A beérkezett jelentéseket súlyosság alapján prioritizáljuk, majd angol nyelvre fordítjuk, így más országban előfordult esetekből is lehetőségünk van tanulni.



1. ábra Az Affidea cégcsoport 14 országban, Magyarországon pedig 11 képalkotó diagnosztikai központban és működik

Hogyan tesszük hatékonná a rendszer működését?

- dolgozók és vezetők rendszeres betegbiztonsági oktatásával,
- jelentett esetek gyöker okainak elemzésével,
- rendszeres esetmegbeszélő értekezletek tartásával,
- javító intézkedések kidolgozásával és a mindennapi gyakorlatba való átültetésével,
- elért eredmények visszacsatolásával

Következtetések és további célok

Az Affidea cégcsoport betegbiztonsági rendszere folyamatos fejlődési lehetőséget biztosít, hiszen rámutat az ellátás gyenge pontjaira, így lehetővé teszi az intézkedésen alapuló minőségorientált ellátást és a betegkárok megelőzését. A betegbiztonságra összpontosítva a nem kívánatos eseményeknek kitett betegek kezelésében megtakarítás és a pénzügyi források következetes, átgondolt használata érhető el. További megtakarítással számolhatunk a panaszok és kompenzációs kérvények miatti adminisztrációs költségekben, és ami a legfontosabb, a betegbiztonság hozzájárul az életminőség növekedéséhez.

Találkozunk „A Mikulás is benchmarkol 10.” konferencián,

2016. december elsején a budapesti Hotel Benczúrban!



Fővédnök: Lepsényi István gazdaságfejlesztésért és - szabályozásért felelős államtitkár - NGM

A konferencia védnöke: Enterprise Europe Network

Kiemelt támogató: ISO 9000 FÓRUM Egyesület

Jelezték részvételi szándékukat és biztosan találkozhatunk a következő cégekkel, illetve munkatársaikkal:

VIDEOTON Elektro - PLAST Kft.

Max Savaria Kft.

Knorr - Bremse Vasúti Jármű Rendszerek Hungária Kft.

Macher Gépészeti és Elektronikai Kft.

BÁCSVÍZ Zrt.

CHINOIN Zrt. Kémiai Gyáregység és Újpesti telephely

HÖDLMAYR Hungária Logistics Kft.

BPW - Hungária Kft.

AAM Vezetői Informatikai Tanácsadó Zrt.

PEKÁRIK Szerszámgép Kereskedelmi Kft.

E.ON Hungária Zrt.

Continental Automotive Hungary Kft.

HUNGEXPO Zrt. – Ipar Napjai Kiállítás

SGS Hungária Kft.

Mol - Control Automatizálási és Fejlesztési Kft.

TÜV Rheinland InterCert Kft.

Com - Forth Ipari Informatikai Kft.

Grundfos Magyarország Gyártó Kft.

Herendi Porcelánmanufaktúra Zrt.

VSL Tanácsadó és Szolgáltató Kft.



„Status praesens”

A szabadság eltelt 25 évében az egészségügy állapota nem javult úgy, ahogyan nagy múltú, jelenleg is világhírű orvos-gyógyszerész képzésünk, gyógyszeriparunk, messze átlag fölötti képzettségű, tudású orvosaink, gyógyszerészeink szellemi-szakmai potenciálja azt lehetővé tenné, sőt indokolná.

25 év óta folyamatosan, fokozatosan csökken az egészségügyre fordított költségvetési források reálértéke. Orvosaink elvándorolnak, gyógyszerészeink sok helyen megélhetési gondokkal küzdenek, szakdolgozóinkat botrányos kereseti viszonyaik kényszerítik le választott hivatásuk pályájáról.

Miközben mi magyarok az európai középmezőnyben vagyunk a születéskor várható élettartam növekedésében, rendkívül nehezen sikerül feljebb tornáznunk az egészségben eltöltött életszakaszt. A politikai rendszerváltás óta mindössze alig több mint három évet sikerült ez utóbbi téren nyernünk, míg 2020-ra is csak további két esztendő növekedést tervezünk. A két állapot között egyre nyíló olló között lévő, dinamikus sokasodó korosztály mellett hogy korlátozottan kiteljesedett életet él, hihetetlen leterhelést jelent az egészségügyi ellátórendszernek. Magyarország évtizedek óta küzd már ugyanazokkal a problémákkal, és hátrányainkból nem sokat sikerült eddig lefaragni, ahogyan azt az OECD legfrissebb, más közép-európai országokban zajló változásokkal összevetett, 2015. évi „országjelentés”-e is dokumentálja.

Ez a tény, valamint a terápiás eljárások és az orvostechnika fejlődése, az ellátás irányában fokozatosan növeke-

dő igények, a hiányos szociális ellátórendszerrel párosulva megoldhatatlan feladatok elé állítják az egészségügyi dolgozókat. A társadalom tagjai nem elégedettek az egészségügyi szolgáltatással. Az állami finanszírozás több kormányzati ciklusra visszatekintve elmarad az ígényektől, miközben az egyéni hozzájárulás mértéke hihetetlen mértékben terhelve a családokat, az euro-atlanti térségben egyedülállóan megnövekedett.

Mit lehet tenni pénz nélkül?

Széchenyi 1830-ban a HITEL-ben örökérvényű útmutatásokat fogalmazott meg, a mai áhított helyzetű Angliát állítva példának. Ezt írja: (Hitel 114-115. és XIX. oldal-ból részletek)

„Pénzünk nincs, vagy sokkal kevesebb van, mint lenni kellene. Az Angol nem kezdte gyarapodása talpkövét pénzzel, de munkával – jól elrendelt, eszes, szisztematizált munkával. ...

S, mindazt, amit kellene eszközölni, vagy változtatni, nem telik sok pénzbe, hogy azt ki nem állíthatnók... Jobb szisztéma elfogadása csak oly zavart okoz, mint mikor egy rendetlenül élő rendszeren kezd élni, ... csak kis idő múlva egész organizmusa rendesebben forgand. „

További szavai az egészségügyre adaptálva:

Mi, orvosok, gyógyszerészek az egészség és ezzel „a gazdaság ügyét mozdítsuk elő, fejtsük ki a tárgyat jobban, oktassuk, világosítsuk fel egymást, álljunk sokan össze, mert mit tehet egy ember?...

Hazánk tágas mezején hány szép feltétel némul el és némult már el, mely egyesüléssel, s egyetértéssel szépet

és nagyot alkotna és alkotott volna. Tanácskozzunk, fáradjunk, cselekedjünk!”

Ezekkel összefüggésben, Széchenyit követve, a társadalmi folyamatokat jól ismerő, az egészségügyi ellátó rendszerben jogi és gazdasági értelemben véve önálló és független, magas szakmai felkészültséggel rendelkező orvosok és gyógyszerészek szervezetei, nevezetesen,

- az 1992-ben alakult Magyarországi Praktizáló Orvosok Szövetsége (MAPOSZ) tagjai,
- a házi orvosok,
- az 1991-ben alakult Magángyógyászok Országos Szövetsége tagjai,
- a közvetlen lakossági szolgáltatás területén dolgozó gyógyszerészek,
- és a 2008-ban megalakult Magánorvosok Országos Szövetsége (MAOOSZ),

specifikált orvos-szakmai tevékenységekhez tartozó orvosokat és szervezeteiket tömörítő civil szerveződések, kezdeményezték a Magán Egészségügyi Szövetség (MESZ) megalapítását.

Egyetértően állapították meg, hogy a progresszív betegellátás rendszerében jelenleg a legnagyobb igénybevételű kontaktust elemezve a házi orvosi szolgálat, a gyógyszerellátás és bizonyos jól specifikált szakellátó, diagnosztikai és egynapos műtéti ellátást biztosító intézmények szakmai tevékenységének minősített harmonizációja hozhat áttörést a népegészségügy területén, miközben alacsony befektetéssel a legnagyobb egészségnyereség outputját hordozza.

Alapítók, tehát a MESZ célkitűzése, hogy az említett szervezetek tagsága működési területükön, az éves szinten több mint százmilliós páciens és ellátó szakszemélyzet közötti kontaktot elemezve építse fel az orvos/páciens/gyógyász egységes minőségirányítási

rendszer által minőségbiztosított együttműködését az egészség fenntartása, a betegségek megelőzése és a gyógyító tevékenység rendszerében.

Akciótervet megalapozó megállapítások

- Elodázhatatlan a magánerőforrások reális és legális és átlátható megjelenése az egészségügyi ellátó rendszerben.
- Hálapénz helyett nyilvános, minőségbiztosított, hatékony és hozzáférhető ellátást kíván szervezni a Magán Egészségügyi Szövetség.
- Az éves szinten több mint százmilliós páciens és ellátó szakszemélyzet közötti kontaktust felmutató egészségügyi szolgáltatók nyitott, minőségbiztosított szakmai szerveződése a MESZ.
- Törekvésünk fő célja az egészségben eltöltött életek hatékony növelése, az állami ellátás tehermentesítése a társadalom tagjai, az orvosok és a gyógyszerészek szervezett, szakmai együttműködése keretében.

Minőségirányítási alapokra helyezett megoldások az egészségügy megújítására, fenntartható működtetésére

Egyértelmű a magánegészségügy térnyerése, ugyanakkor a magánegészségügyben végzett tevékenységek köre nem egységes, egymás közt sincs elfogadottan meghatározva, sokszor függ attól, hogy ki, milyen eszközhöz jutott hozzá, vagy milyen területen működő szakorvost tud megnyerni a magánintézményben munkavégzésre.

Hasonlóan nem egységes, és nem nyomon követhető, nem konzekvens a magánellátások díjtétel alkalmazása, vagyis árképzése. A számlaadás problematikája is fontos, nyitott, rendezendő kérdés.

Mindezen területeken saját magunknak, házi orvosoknak (akik OEP finanszírozáson túli szolgáltatásokat is nyújta-

nak), „egyszemélyes” magánorvosoknak és több vagy sok orvost, szakdolgozót foglalkoztató magánintézményeknek, valamint a közforgalmú gyógyszerészi praxisban dolgozó gyógyszerészeknek kell önként vállalt kötelezettségekkel változtatva, oly módon szabályozottá tenni működésünket, hogy az alkalmas legyen az állami rendszerekhez való kompatibilis kapcsolódásra és így a kétféle tulajdonosi háttérű ellátó-helyek, intézmények egységesen rendszer-szerűen működhessenek.

Ha követjük a magyar népi bölcsesség örökérvényű útmutatásait, és „először a magunk portáján söprünk”, akkor válik elérhetővé az a szektor-semleges finanszírozási rendszer, amiben, mint áhított megoldásban valamennyi egészségügyért felelős, vagy aggódó szakember és elemző egyetértett már 1992-ben, és egyetért ma is.

A szektor-semleges finanszírozás

Lényege: mindegy, hogy a páciens (=biztosított) milyen tulajdonosi háttérű egészségügyi ellátó-helyen veszi igénybe az orvosi-gyógyszerészi-egészségügyi szolgáltatást, annak egy jól meghatározott szintű, szakmailag indokolt, reális áron számított ellenértékét a páciens helyett az ő biztosítója, tehát jelen esetben az OEP térítse meg.

A szektor-semleges finanszírozás gátjai jelenleg:

- kontrollálhatatlanul elszaladhatnak az OEP kiadásai
- a szolgáltatók a páciensektől annyit kérnek, amennyit nem szégyellnek
- sok felesleges vizsgálat elvégzésére csábíthat a magasabb bevétel elérése
- a kiegészítő egészségbiztosítások terén az üzleti biztosítók érdemben nem lépnek, mert nem tudják miért és mennyit fog kelleni kifizetniük a biztosított helyett.

Hogyan tervezi kezelni ezeket a területeket a MESZ, illetve a MESZ által továbbfejlesztett Minőségirányítási Rendszer?

- Minőségirányítási Rendszerünk alapvető vezérelvének tekintjük az ősi orvosi törvényt: „Salus Aegroti suprema lex est!” Vagyis minden történjék meg az ellátás során a pácienssel, ami szükséges a biztos diagnózishoz és a lehető legeredményesebb gyógykezeléshez, utókezeléshez és az önellátó életbe visszatéréshez. Ugyanakkor semmi ne történhessék meg, ami nem feltétlenül szükséges.
- a Minőségirányítási Rendszer részeként „makrónak” is felfogható automatizmus vázára felépített analitikus árképzést alakítunk ki, eljárásrendbe foglalva. Ezen árnak tartalmaznia kell minden olyan komponenst, amelyre valamennyi esetben egyértelműen szükség van. Ez az ár lehet az a díjtétel, amelyet az OEP valamennyi szolgáltatónak egységesen térít. A szolgáltatók magasabb árat is meghatározhatnak (plusz személyzet, labor leletek rövidebb időn belül, hotel-szolgáltatási körbe tartozó tételek és sok más hasonló) amelyeknek azonban szintén analitikusan láthatóan megfogalmazottaknak kell lenniük.
- a szükséges, elvégzendő vizsgálatok körét és egymásra épülésének rendszerét a folyamatos fejlesztés elv alkalmazásával fokozatosan kell kialakítani és újabb és újabb területekre kiterjeszteni oly módon, hogy ezen eljárásrendek tartalma ne legyen ellentétes a nagy szakmai irányelvekkel és útmutatásokkal, és azoknak a szakmai indokoltság szintjén meghatározott, napi gyakorlatban egyértelműen meghatározott része legyen.
- az egészségpénztárak, nonprofit biztosító egyesületek és üzleti biztosítók mindezek alapján jól körülírt,

tehát üzletileg kezelhető biztosítási csomagot tudnak megfogalmazni, amiben a MIR alapján, független (=külső) orvos-auditorok által ellenőrzött szolgáltatók köre és az általuk nyújtott szolgáltatások igénybevételi módja, valamint annak alapdíj feletti költségrésze, és annak megtérítése meghatározható.

A MESZ-ben egyesült szervezetek rövid és középtávú Minőségirányítási akcióterve elemei

- általánossá és kompatibilissá tesszük a MESZ-ben egyesült szervezetek és csatlakozó tagjai részére az alapellátásban kialakított ISO-EMI minőségirányítási rendszer azon gyakorlatát, miszerint a tanúsítás után megfogalmazott mérhető minőségcélok elérésére soros eljárásrendeket kell kidolgozni, és ezeket folyamatábrában is megjeleníteni, majd a PDCA elvnek megfelelően elvégzett szabályozott kontrollok során nyert eredményeket visszacsatolni, amely visszacsatolás inputként szolgál a folyamatos fejlesztés lépéseinek megtételéhez. Ehhez kiindulási alap a már 400 fölötti MIR-t alkalmazó MAPOSZ praxis gyakorlata és a leszűrhető tapasztalatok.

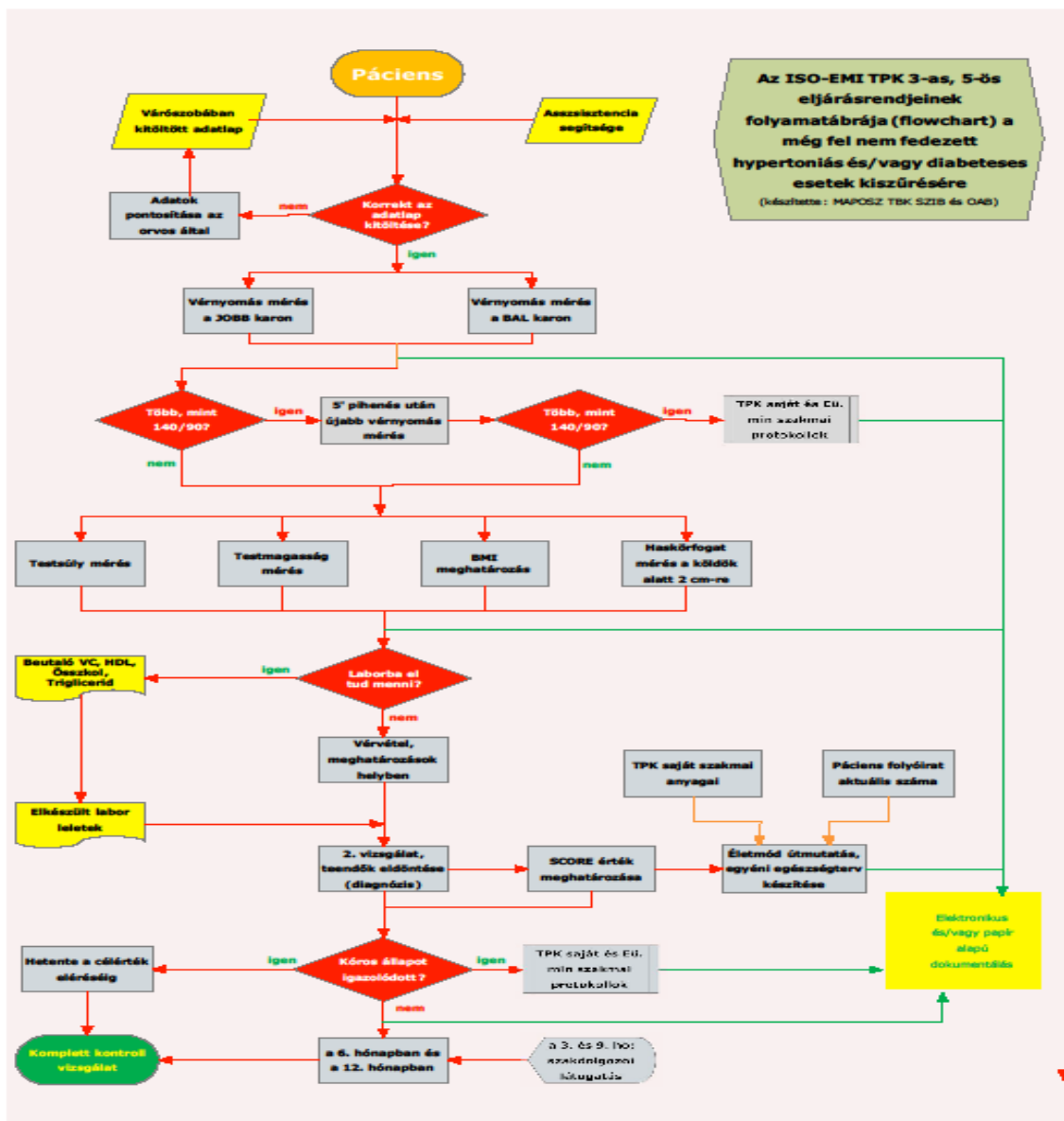
(Az **1. és 2. ábrán** a már működő MIR-ünkben használt folyamatábra látható. Egyik a magas vérnyomás és cukorbetegség célérték elérésének mérhető minőség-cél teljesítésére irányít, a másik pedig az egészséges rendelés szervezésének folyamatábrája).

- megalkotja, és széles körben elfogadtatja az analitikus árképzés vázszerkezetét, amelyet „makró” szerűen használva, valamennyi egészségügyi tevékenységre vonatkozó díjtételek rendszer-szerű szemlélettel, azonos mentalitással megalkothatók
- Eljárásrendben fogalmazzuk meg a díjtételek karbantartásának, értékállóságának biztosítását célzó tevékenységet a MESZ-en belül.

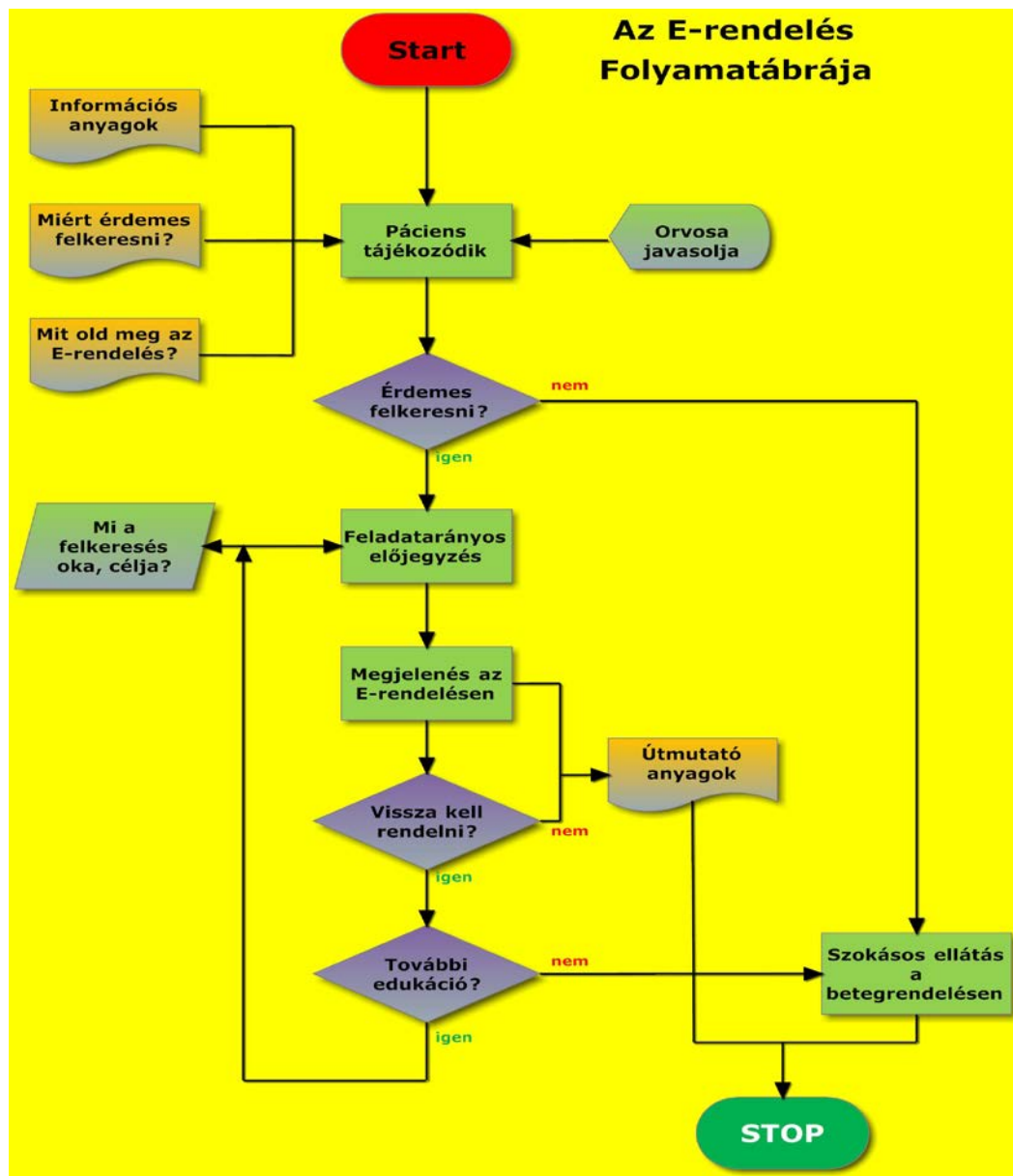
- megfogalmazza és egységesíti a lakossági gyógyszerellátással, a gyógyszerárak működésével összefüggő szakmai, gazdasági, etikai és jogi kérdéseket, és ezek alapján továbbalakítja az ISO szerint tanúsítható minőségirányítási rendszert, amely a gyógyszerész-páciens kapcsolatra vonatkozik és kompatibilis az alapellátásban működő minőségirányítási rendszerrel
- megfogalmazza a legfőbb célkitűzései elérését célzó mérhető minőségcélokat és azokat összhangba hozza az alapellátás hasonló céljaival.
- kidolgozza a diagnosztikus és terápiás részletekig terjedő, gyógyszerész és orvos által egységesen alkalmazandó páciens kommunikációt
- részt vesz az eredményes, biztonságos, költséghatékony terápiával kapcsolatos, számszerű, mérhető eredményeket produkáló adherencia-, és egyéb programok tervezett, kontrollált szervezésében és lebonyolításában.
- Kutató-, fejlesztő tevékenységet folytat a hálapénzből származó bizonytalan forrás átlátható, kontrollált, de érdekeket nem sértő „működésbe állításának” módozataira irányulóan, és ennek megfelelő pilot projekteket folytat le.

Végül

Maximálisan számítunk a fentiekben megfogalmazott tevékenységünkben a Magyar Orvosi Kamara, a Magyar Gyógyszerész Kamara és az Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, együttműködésére, a DEMIN-t rendező szakemberek segítségével, az ISO Fórum „szurkoló” támogatására és az Egészségügyi Szakállamtitkárság, az OEP és az NGM partnerségére, csakúgy, mint a kivitelezésben nélkülözhetetlen Egészségipar érintett szereplőire, kiváltképp a Hazánkban kutató, termelő Gyógyszer-gyártókra és a nemzetközi gyógyszeripart Hazánkban képviselő Forgalmazókra.



1. ábra A magas vérnyomás és cukorbetegség célérték feltárásának folyamatábrája



2 ábra Az E-rendelés folyamatábrája

Jók a legjobbak közül

Beszélgetés Kulcsár Ildikóval

Sződi Sándor 



„...A kórházban is az egyik legnagyobb „harcom”, hogy megérttessem a munkatársaimmal azt, hogy a minőségirányítási rendszerek nem öncélúak, nem „intézményi hiúsági kérdés”, hanem a folyamat eredményeképpen az intézmény működése átláthatóbb, hatékonyabb lesz.”

KULCSÁR ILDIKÓ

- Nyitányként egy rövid szakmai önéletrajzot szeretnék kérni. Azokat a fordulópontokat légy szíves kiemelni, amelyeket utólag is fontosnak gondolsz!
- Legmeghatározóbb munkahelyem egy olyan állami cég volt, mely raktározási, logisztikai tevékenységet folytató. Akkor kezdtem el a minőséggel foglalkozni. Érdekes volt tapasztalni, hogy mennyi mindenhez kell érteni ahhoz, hogy felelősségteljesen mondjak ki olyan dolgokat, amiknek nagyon súlyos következményei adódhatnak egy esetleges tévedés következtében. Ott tanultam meg, hogy mit jelent a csapatmunka, a munkatársak megbecsülése, tudásuk elismerése. Ezek után nagy váltás volt egy profitorientált magáncéghez átkerülni és dolgozni. Az említett cég minőségirányítási vezetője nyugdíjba készült, tulajdonképpen akkor „pecsételődött” meg a sorsom, mint „minőségügyes”. Beiskoláztak és szakmérnök lettem a BME-n, majd a Corvinus Egyetem következett, a GYED - del együtt.

2005-ben újabb fordulat következett a pályámon, kisgyermekes anyukaként munkahely-keresésbe kezdtem, egy egészségügyi intézménybe kerestek „minőséges” szakembert. Így lettem a BM Kórházban minőségirányítási vezető, annak számos előnyével és hátrányával együtt. Majd a 2007-es kórház-integráció következtében kerültem át az akkor Állami Egészségügyi Központ néven létrejött „mamut kórházba”, mint minőségirányítási osztályvezető. Ismét egy nagy váltás és kihívás volt az életemben, ma már tudom, hogy sokkal nagyobb, mint annak idején az élelmiszeripar.

- Korábbi munkahelyeidről mit sikerült átmenteni mostani beosztásod jobb ellátásához? Mi az, ami itt nagyon „másként van” és a legtöbb felkészülést igényli?
- Alapvégzettségemet tekintve nagyon messziről érkeztem az egészségügybe. Agrármérnökként végeztem, aminek köszönhetően, hamar egy malomipari vállalkozás termeléstámogató laborjában találtam magam. Ez

az időszak volt a minőségirányítás hőskora. Az élelmszeripari vállalkozások sorra kezdtek valamilyen, jellemzően az ISO 9000, 9001, 9002-es szabványt bevezetni, így a „mi malmunk” is. Igazából nem is tudtuk mit is jelent a minőségbiztosítás, de benne volt a minőség szó, tehát az valamilyen laboros dolog. Így történt, hogy egy malomipari társaság minőségirányítási „bozótharcának” kellős közepén találtam magam, alig 25 évesen.

Mi az, ami más? Bizonyos szempontból szinte semmi, más szempontból nagyon sok. Az a jó a minőségirányítási rendszerekben, hogy alapvetően nagyon hasonlóak. Minőségirányítási rendszer szempontjából ugyanazon irányelveknek kell megfelelni egy malomipari vállalatnak, mint egy kórháznak. Más szempontból egy terméket, szolgáltatást értékesítő vállalkozás prioritásai alapvetően különböznek egy egészségügyi intézményétől. Ha egy mondatban kell megfogalmaznom, akkor azt emelném ki, hogy a „malomban” megtanultam, hogy végül is ezt az egészet azért csináljuk, hogy a végtermék tartósan gazdaságosan megfeleljen az elvárásoknak. A kórházban is az egyik legnagyobb „harc”, hogy megértessem a munkatársaimmal, hogy a minőségirányítási rendszerek nem öncélúak, nem „intézményi hiúsági kérdés”, hanem a folyamat eredményeképpen az intézmény működése átláthatóbbá, hatékonyabbá válik.

- Több konferencián (legutóbb Debrecenben a XVI. DEMIN rendezvényen) találkoztunk. Mindig, mindenki Ildikónak szólított! Jól emlékszem alezredes asszony? A rendfokozat mit jelent? Mindenki szalutál és végrehajtja utasításaidat?

- A Magyar Honvédség Egészségügyi Központ (MH EK) egy hadrendi elem, ami bizonyos tekintetben, semmi- ben sem különbözik más katonai szervezettől, de nem is hasonlítható össze egyetlen magyarországi egészségügyi intézménnyel sem. Az MH EK-t katonák vezetik, és a legtöbb középvezető is katona. A gyógyításban, ápolásban foglalkoztatott munkatársaim közül is nagyon sokan rendelkeznek rendfokozattal, vagyis katonák a közalkalmazott, vagy civil kollégák mellett. Egy ilyen környezetben azonban civilként nehezebb lenne minőségirányítást menedzselni. A rendfokozat többlet- elvárásokat jelent a szakmaiság mellett, ugyanakkor bizonyos tekintetben megerősíti, támogatja azt, de egyben felelősség is. Azt vallom, hogy osztályvezető- ként alapvetően tudni kell felelősséget vállalni, ennek megfelelően nem „bújok a váll-lapon lévő csillagok” mögé mikor feladat, végrehajtás és számonkérés van. Maradok Ildikó. Nevem germán eredetű és harcost je- lent, aki, ha kitűz maga elé egy célt, mindent megtesz annak érdekében, hogy azt el is érje.

- Mit takar pontosan a minőségfejlesztési és irányítási osztályvezető beosztás?
- Mindent, ami a minőségirányítással kapcsolatosan fel- merülhet az Intézményben. Integrált rendszerek fenntartását és fejlesztését, a mai új szabványoknak való megfelelést. Soha nem az volt a célom, hogy „gyártsuk” a papírokat, hanem az, hogy a meglévő „papírokkal” megvédjük a munkatársainkat és a betegeinket. Az MH EK-nak négy szervezeti egysége van, így mindegyik- nek külön-külön is van szakma-specifikus szabványa, vagy kibővített szabványpontja (pl. ISO 17025), amit szintén az osztály koordinál, ellenőriz, vagyis nemcsak a „kórházban” ténykedem. A minőségfejlesztésre pedig szükség van a folyamatos fejlődés eléréséhez a folya-

matok javítása érdekében. Mindig jön valami új kihívás, újdonság, aminek szeretnénk megfelelni.

- **Mennyire vagy csapattag típus? Szeretsz teamekben dolgozni?**

- Aki ismeri a minőségirányítás lényegét, az tudja, hogy csak csapatban lehet és kell is dolgozni (másként nem is lehet). A szűk kis „csapatom” maga az osztály, taggabb csapatom pedig a belső auditori team, amit jelenleg 35 fő alkot. Amire büszke vagyok, hogy a team tagok közül 10 fő orvos, ami nagyon nagy segítség az egészségügyi dokumentáció, a klinikai kockázatértékelés, valamint a klinikai audit elvégzésénél. Jól tudunk együtt dolgozni, de ha mégis felmerül valamilyen probléma, azt megoldjuk úgy, hogy mindenkinek jó legyen. Sajnos a fluktuáció miatti távozást a belső auditori team összetételét is érinti, de mindig akadnak olyan kollégák, akik még kihívást látnak a minőségirányításban. Önként jelentkezőkből nincs hiány, főleg a szakdolgozók köréből, valamint a fiatalabb korosztályból, akik már az iskolában tanultak, vagy legalábbis hallottak a minőségirányításról.

- **Dolgoztál több irányítási rendszer bevezetésén. Milyen mértékben vagy híve az integrált irányítási rendszerek működtetésének?**

- Ha a véleményemre kíváncsi, én csak integrált rendszereket alkalmaznék (1997-óta csak integrált rendszerekkel dolgoztam). Egy szabvány nem szabvány! Az integrációt 2015-től könnyíti, hogy az ISO Műszaki Bizottsága elkészítette az Annex SL-t, ami egy általános irányítási rendszer kereteit írja le, így csak a kiegészítő specifikumokat szükséges bedolgozni (pl. információvédelem, munkavédelem, környezetvédelem stb.), amennyiben az új szabványoknak is szeretnénk megfelelni.

- **Az egészségügy cseppet sem rózsás mai állapotából jelenthet kiutat a minőség előtérbe kerülése, előkelőbb - cégen belüli - rangsora?**

- Igen, ha mindenkinek ugyan azt jelentené a minőség. Több ígéret is elhangzott, hogy a tanúsított kórházak több finanszírozást kaphatnának. Én ugyan még „csak” 11 éve vagyok egészségügyi dolgozó, azonban ez még eddig nem valósult meg.

- **Hogyan veszitek figyelembe a betegek igényeit és elvárásait?**

- Természetesen elégedettségi mérésekkel próbálunk informálódni az elvárásokat és az igényeket illetően. Évente egyszer meghatározott időben végezzük, kiértékeljük, és a kapott információkat a honlapon közzé is tesszük. Az idei év új fejlesztése, hogy kérdőíveink elektronikusan, a honlapunkon is megjelennek, ahol kb. 5 perc alatt kitölthetőek. Azért a többes szám, mert jelen pillanatban öt ilyen kérdőívünk van (fekvő, járó, sürgősségi, diagnosztikai, és hozzátartozói). Nagy hangsúlyt fektetünk a kommunikációra és a tájékoztatásra. Több, „műtét” gyógyító osztály esetében is működik az a betegoktatási és tájékoztatási rendszer, hogy a beavatkozás előtt negyed-évvvel, betegeink személyesen feltehetik kérdéseiket a műtétet végző orvosoknak, beszélhetnek, véleményt cserélhetnek más betegekkal. Szoros az együttműködésünk a Betegjogi Képviselővel is.

- **A minőségszakemberek egy igen nehéz és változatos pályán mozognak, ahol fontos a „naprakészség” és a folyamatos megújulás. Mit tudsz tenni a követelmények teljesítéséért?**

- Folyamatosan tanulok, képzem magam. Konferenciákra járok, figyelek és utána olvasok a hallottakról. Idén szereztem diplomát, mint egészségügyi minőségbiztosítási tanácsadó, tavaly pedig munkavédelmi szakmérnökként végeztem. Naprakészen tart az is, hogy évente kétszer 15 órában oktatok nem diplomás szakdolgozókat a kötelező szakmacsoportos továbbképzés keretében.

- Egészségügyi területen hogy látod a benchmarking hozadékait? Kitől tudsz, tudtok tanulni? Kik jelentik számotokra a jó gyakorlatot? Milyen eredményeitek vannak ezen a területen? Töletek mit lehetne ellesni (mi az, amit nagyon jól csináltok?)?

- Azt gondolom „bárkitől” lehet tanulni, aki engedi, hogy tanuljanak tőle. Nagyon jó ötleteteket lehet más kórházaktól átvenni, az együtt gondolkodást szeretem a legjobban. Ki hogyan tudja megoldani az adott problémát és nem úgy, hogy „ja azt mi nem csináljuk, bár kéne”. Minél egyszerűbben oldjuk meg, annál jobban örülnek a kollégák. Hogy tőlünk mit lehet tanulni, ahhoz meg kell ismerni a rendszerünket és nem azon kell lemérni a „népszerűségünket”, hogy a média mit ír rólunk. Amit mégis el lehet lesni, az az MSZ EN 15224 szabvány tíz hónapos bevezetése és tanúsítása, fenntartása, az új belépő dolgozók oktatási rendszere, a hallgatók, kiképzendők, berendelték elégedettségi eredményei, valamint munkatársaink elkötelezettsége.

- Családod mennyire jó háttér? Hogyan tolerálják a sok munkahelyi elfoglaltságot?

- A legjobb háttér a férjem, és két tinédzser lányom az ő elfogadásuk és kompromisszum-készségük nélkül nem lehetnék ott, ahol ma vagyok, és nem lehetnék az, aki vagyok. Természetesen a munkámat soha nem viszem haza. Próbálok úgy ütemezni a feladataimat, hogy

mindig ők legyenek az elsők, legfeljebb kevesebbet alszom. A lányaim azt láthatják otthon, hogy anya már megint tanul és diplomadolgozatot készít, de úgy látom, hogy ezt nem hátránként élik meg, hanem az ő hozzáállásukat a tanuláshoz és a feladataikhoz is ösztönzi.

- Kevés szabadidődet miként töltöd, hogy regenerálódasz?

- Kertes házban lakom, így máris válaszoltam a kérdésre. Növényekkel és az állataimmal foglalkozom, büszkeségem a dél-amerikai narancsvirág és a sisakos kaméleonom. Folyamatosan tanulok, bővítem a tudásomat. Természetesen hobbim is van. Szinkronúszó bíró vagyok, évente legalább 8-10 versenyen veszek részt, most is készülök a jövő évi hazai vizes vb-re, mint önkéntes. Az izgalmas, elgondolkodtató filmeket szeretem, persze csakis reklám nélkül, így TV-t nem nézek. Minden évben legalább kétszer elmegyünk családotól városlátogatásra, amik feltöltenek bennünket. Azt valom, hogy nem az együtt töltött idő mennyisége, hanem a minősége számít!

- Nagyon szépen köszönöm válaszaidat. Kívánok sok-sok munkahelyi sikert és kiváló egészséget!

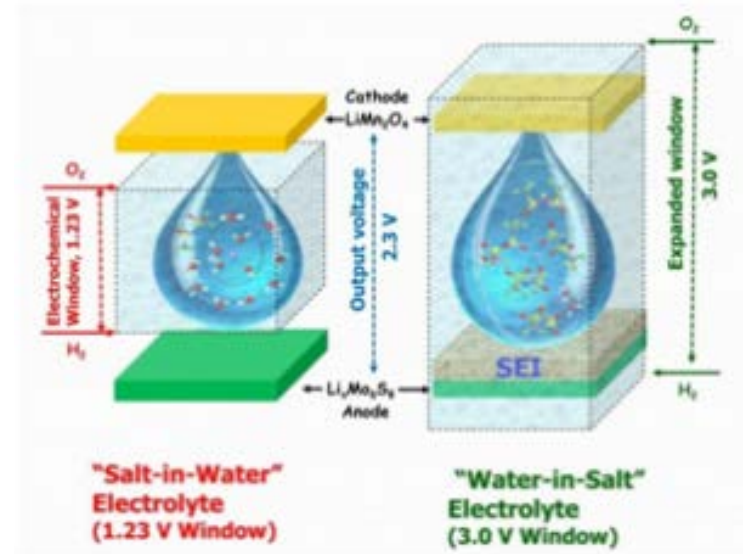
“Víz-a-sóban”. Jó előjel a zöldebb, biztonságosabb hálózati tároló megvalósításához

A University of Maryland tudósai az USA Kutatási laboratóriumával karöltve magas koncentrációjú só és víz elegyét használták fel egy „zöld”, biztonságos akkumulátor elkészítésére, amely bármiben hasznosítható lehetne, kezdve a nagyméretű hálózati tárolóktól az űrhajókig és szív ritmus szabályozókig.

Sok mai akkumulátor úgy van tervezve, hogy az első feltöltésnél az energiát szállító elektrolitjuk lebomlik a negatív pólus közelében és egy úgynevezett “szilárd-elektrolit interfázist” (SEI) képez, réteg mely elektromosan szigetelő, de ugyanakkor az ionokat átengedi.

Ez a SEI réteg lehetővé teszi, hogy az akkumulátor magas feszültségen működjön, és sokkal lassabban merüljön le magától. A kereskedelmi lítium-ion akkumulátorok rendelkeznek egy ilyen réteggel, ennek ellenére gyúlékony elektrolitot használva, az akkumulátor – igaz ritka esetekben – gyorsan túlmelegedhet. A biztonságosabb alternatívaként a víz alapú elektrolitokat használják a kereskedelmi alkalmazásoknál, mert eddig úgy vélték, hogy egy ilyen közegben nincs SEI képződés.

Az University of Maryland egy kutató csapatának most először sikerült létrehoznia egy SEI réteget vizes cellában, eredmény mely utat nyithat egy zöldebb, biztonságosabb akkumulátor előállításához.



A tudósok, gondosan választva ki a lítium sót, a só – víz akkumulátor ötletéből kiindulva egy vizes alapú elektrolitot hoztak létre, 6 az 1 arányban só – víz keveréket használva (innen ered a „víz a sóban” elnevezés). A magas, telítettségi szint közeli só koncentráció következtében létrejöhetett a SEI réteg, 1,23 V-ról közel 3 V-ra növelve ez által egy ilyen akkumulátornak a maximális feszültségét.

Az elkészített prototípust 2,4 V-on tesztelték, közel 100 Wh/kg energia sűrűségnél, egyenletes teljesítményt nyújtva több mint 1000 feltöltési / kisütési ciklus mellett. Ez igen figyelemre méltó, mivel eddig a vizes akkumulátorok csak a feszültség és az energia sűrűség árán voltak képesek a ciklus stabilitás elérésére.

További kutatásokra van szükség, de a nem gyúlékony elektrolitok használata valószínűleg csökkenti a gyártási költségeket és javítja az akkumulátor újrahasznosíthatóságát. A lehetséges alkalmazások kiterjednek az olcsóbb és biztonságosabb hálózati tárolásra illetve a zárt térben, mint repülőgépek fedélzetén, űrhajókon és tengeralattjárókon alkalmazott biztonságosabb energiaforrásokra.

Forrás: Renewable Energy, Dario Borghino December 6, 2015 University of Maryland

Új energia-tároló „Szuper akkumulátor”

Pár évvel ezelőtt az energia tárolás területén dolgozó kutatók arról álmodoztak, hogy a következő generációs nagy-kapacitású akkumulátorok, melyek az elektromos járműveket versenyképessé tehetik a benzinüzemeltetéseikkel szemben, elérhetik az 1 kWh teljesítményre eső 100 USD költséget. Úgy néz ki, hogy a BioSolar cégnek sikerül a közeljövőben ezt elérni, sőt mi több túl is szárnyalni ezt az „álom határt”, 54 USD-re csökkentve ezt a költséget.

Nemrég a BioSolar és a Santa Barbara-i University of California egyetemmel közösen erősített meg egy korábbi nemzetközi szabadalmi bejelentést a “kapacitív polimer-hibrid szuperkondenzátorok stabilitásának növelését célzó többkomponensű megközelítés”-el kapcsolatban. Ez a bejelentett szabadalom mérföldkönek tekinthető, mert egy új áttörést jelent az energia tárolás területén.

A BioSolar kidolgozata energia tárolási megoldás a klasszikus lítium-ion akkumulátor technológia két központi problémáját oldja meg. Egyik az anyag költsége a másik a katódnak az anódhoz viszonyított korlátozott tárolási kapacitása. Ezt a két problémát oldotta meg a BioSolar egy csapásra, egy nem drága polimer kifejlesztésével, mely a háztartásokban használatos olcsó mű-

anyaghoz hasonló. Egy okos technológia segítségével a polimerből készült katódot képessé tudják tenni nagy mennyiségű elektron megkötésére, mely a 1000Wh/kg energiasűrűséget is elérhetővé teszi. Továbbá az új polimer az akkumulátorok gyors feltöltését és kisülése mellett a lítium-ion energia tárolóknál jóval hosszabb élettartamot biztosít. Ugyanis a klasszikus akkumulátorok teljesítménye 80%-ra csökken 1000 feltöltési / kisülési ciklust követően, míg az új polimernek egy szuperkondenzátorban való laboratóriumi tesztelése során károsodás nélkül kibírta az 50,000 feltöltési / kisülési ciklust !!!

Az akkumulátorokban, hálózati energia tárolókban és egyéb alkalmazásokban való felhasználáshoz – melyek lassabb, egyenletesebb kisülést igényelnek – még kell egyet és mást tenniük a BioSolar kutatóinak. Ugyanakkor a katód gyártása energia hatékony, nem mérgező technológiával állítható elő, mely úgy van megtervezve, hogy integrálható legyen a már meglévő akkumulátor gyártástechnológiákba, nincs szükség az újra szerszámozásra. Mindezek lehetővé teszik, hogy a Tesla S modelljénél kétszer nagyobb kapacitású és ugyanakkor négyszer olcsóbb akkumulátort lehessen előállítani. Úgy vélekednek a BioSolar szakemberei, hogy a szuper katódnak a klasszikus grafit anódos akkumulátorban való felhasználása 54 USD / kWh költség elérését teheti lehetővé.

Nem mellékes talán megjegyezni a fentiekkel kapcsolatban, hogy a BioSolar-nál dolgozik Alan Heeger (több mint 900 publikáció és 50 találmány szerzője), a 2000-es év kémiai Nobel díjasa, aki a félvezető és fémes polimerek területén elért eredményeivel vívta ki magának ezt az elismerést.

Forrás: Energy, February 26th, 2016 by Tina Casey

A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI

➤ XX. Minősségszakemberek találkozója

„A kihívás napja – avagy jegyváltás az utazásra”

2016. november 08.

Pályázatok:

- [Magyar Minőség Háza Díj 2016.](#)
- [Magyar Minőség Szakirodalmi Díj 2016.](#)
- [Az Év \(szakterület megnevezése\) Irányítási Rendszermenedzsere 2016.](#)
- [Magyar Minőség e-Oktatás Díj 2016.](#)
- [Magyar Minőség Portál Díj 2016.](#)

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

A Magyar Minőség Társaság (MMT) 2016-ban ünnepli fennállásának 25. évfordulóját.

Az évfordulóra való megemlékezés jegyében a Társaság megújította arculatát. A megújulás nem csak a külső jegyekben, hanem bízunk benne, hogy a tagságunk, valamint a Társasággal kapcsolatba kerülő minőségszakemberek és minden más érdeklődő részére nyújtott szakmai értékek terén is megnyilvánul. A Társaság jelenlegi igazgatósága 2 évvel ezelőtt vállalkozott arra, hogy a szervezet nagyon komoly szakmai értékeket képviselő hagyományaira támaszkodva, új lendületet véve, fejlessze a Társaság szakmai programját. A programfejlesztés célja, hogy a jelmondatunkkal összhangban, a Társaság meghatározó módon továbbra is „Minőségszakemberek találkozóhelye” legyen.

A közelmúltban a Társaság vezetése a szakmai programban több változtatást vezetett be. A korábbi hagyományos szakma találkozókat - igazodva a felgyorsult életünkhöz - újra strukturálta, karcsúsította. A szakmai találkozók tartalmában - reagálva az aktuális kihívásokra - közel azonos arányban jelennek meg az egyes témák elméleti, szervezési és gyakorlati aspektusai. Kifejezetten sikeres és szakemberi igényt kielégítő gyakorlati vált az elméleti témákat feldolgozó műhelymunkák beépítése a szakmai találkozók programjába.

Továbbra is mindent megteszünk azért, hogy a kiemelt szakmai rendezvények online, az interneten keresztül is követhető legyenek. A rögzített anyagok szerkesztett változatának elérhetősége az érdeklődők számára a weblapon keresztül biztosított. A szakmai információ

megosztás terén feltett szándékunk, hogy tovább erősítsük a szakmai rendezvények és az egyik legnagyobb múltra visszatekintő Magyar Minőség - ma már elektronikus - szakmai folyóiratban rejlő lehetőségek kiaknázását.

Tekintettel a közelmúltban kiadott új irányítási rendszerszabványok kapcsán megjelenő kihívásokra és a bevezetés időben elnyúló jellegére, a Társaságunk egy újabb újtásként, egy hosszabb időszakra vonatkozó tematikus szakmai programot kíván a tagsága és a további érdeklődők számára biztosítani. Ez a program az új irányítási rendszerszabványokra való áttérés támogatásához, magát az áttérést egy működésfejlesztési folyamatként azonosítva, a fejlesztési folyamat szakaszait feldolgozva igyekszik végigkísérni az abban érintett szakembereket.

Terveink szerint a Társaság szakmai naptára szerinti események keretében egy vagy több problémakört körbejárva, gyakorló szakemberek bevonásával, a minőségtechnikák széles eszköztárának felvonultatásával igyekszünk az új szabványokat mind az elméleti, mind a gyakorlati sajátosságok szempontjából feldolgozni. A program 2016 őszén kezdődik, és az áttérési időszak végig, azaz 2018 őszéig tartó időszakot öleli fel.

A mai világban szokatlanul tűnő programhirdetésünk másik hangsúlyos célja, hogy a szakmai találkozók résztvevői pontos információval rendelkezzenek a saját programjuk tervezéséhez. A tervezés kapcsán mindenképpen célszerű előre rögzíteni az időpontokat és azokat a költségeket, amiket az éves pénzügyi tervekben is szerepeltetni kell.

Hívjuk, várjuk Önöket erre a hosszú, izgalmas szakmai utazásra! Biztatjuk Önöket legyenek az utastársaink!

Tervezett rendezvény időpontok:

„Rögös utazás a hatékonyabb működés érdekében – avagy az áttérés folyamata a megújult ISO 9001:2015 szabványra”

2016. november 8. XX. Minőségszakemberek találkozója - „A kihívás napja – avagy jegyváltás az utazásra”

- A változások azonosítása egy kiválasztott módszerrel és feldolgozása az új szabvány szerinti hangsúlyos szempontok (pl. dokumentálás, kockázat kezelés, stb.) mentén
- Változáskezelési program összeállítása egy kiválasztott módszer alapján
- Módosítás vagy fejlesztés? – avagy az irányítási rendszer csiszolása elegendő vagy szervezeti működésfejlesztés szükséges. Kockázatértékelés, mint döntéstámogató eszköz.

2017. május 11-12. XXVI. Magyar Minőség Hét - „Az irányítási rendszer kulcsterületeinek fejlesztése”

- Változáskezelési program összeállítása, változáskezelési módszer választása a változások mértéke alapján
- Vezetőség felkészítése, támogatása és bevonása a működésfejlesztési feladatokba
- Irányítási rendszer dokumentálási megoldások vállalati méret függvényében
- Folyamat menedzsment gyakorlati megvalósítása

2017. november 7. XXI. Minőségszakemberek találkozója – „Út közben – jönnek a fejlesztések rész eredményei”

- Működésváltási projekt indítása

- Működésváltást támogató eszközök, technikai megoldások

2018. május 10-11. XXVII. Magyar Minőség Hét - „Célba érés – avagy a változások eredményének aratása”

- Bevezetett módosítások, fejlesztések nyomon követése, mérése, változtatások szabványosítása
- Felkészülés a tanúsításra az új szabvány(ok) alapján nagyvállalati környezetben
- Felkészülés a tanúsításra az új szabvány(ok) alapján mikro és kezdő KKV környezetben

Magyar Minőség Társaság Alapszabálya

A 2016. május 25-én megtartott közgyűlésünkön, az Igazgatótanács tagságról lemondott Tóth Csaba László.

A közgyűlés MMT Igazgatótagságba megválasztott Bolya Árpádot, az ÉMI-TÜV Kft. képviselőjében. Az alapszabályunkat módosítani kellett e változás átvezetésére.

Törvényi kötelezettség az alapszabály módosítás bejelentése, a Fővárosi Törvényszékre. A Fővárosi Törvényszék az alapszabály változást a 12.Pk.66.615/1991/59. számú végzésében tudomásul vette.

Tóth Csaba László aktív munkáját ez úton is megköszönjük. Az új taggal bővült Igazgatótanács a ciklus végéig (2018. május) látja el munkáját.

A honlapunkon található alapszabály a fenti változásnak megfelelően került módosításra.

Az ISO 9000 FÓRUM Egyesület elnöksége tisztelettel meghívja Önt és munkatársait a 2016. szeptember 15-16. közötti XXIII. Nemzeti Minőségügyi Konferenciára, melyet Balatonalmádban tartunk a RAMADA Balaton Konferencia Hotelben. A Hotel és a Konferencia helyszínét megtekintheti a www.isoforum.hu honlap nyitó oldalán található panoráma képeken illetve a szálloda honlapján: www.ramadabalaton.hu.

4.0. IPARI FORRADALOM - INNOVÁCIÓ - foglalkoztatás

A minőségügy támogató szerepe

Új világ és új módszerek! A napjainkban zajló, digitális megoldásokra alapozott ipari forradalom sem nélkülözheti a TQM, a minőségügy, illetve a Lean-Kaizen reneszánszát, újragondolását.

Az új ipari forradalom előrevetíti, hogy a vevő és a szállító, illetve a beszállítói vállalatok közti láncok együttműködésében szükséges továbbfejlődni. A globális internetes felület és az ahhoz kapcsolódó, egyre több informatikai megoldás új lehetőségeket teremt, aminek következtében sok eddig alkalmazott megoldást ki kell szelektálni az életünkéből.

Lepsényi István Gazdaságfejlesztésért és –szabályozásért felelős államtitkár szerint: „... egy új technológiai korszakváltás időszakát éljük, amelyben az internet-gazdaság alapjaiban alakítja át a gyártási rendszereket. E folyamat a fizikai és a digitális világ közötti hidak előrehaladott és ütemes kiépítését, különleges innovációs alkalmazkodást, minden korábbinál gyorsabb válaszokat, bátor innovációs lépéseket kíván a gazdaság minden szereplőjétől ...”

A konferencián szakavatott kormányzati és vállalati előadók tájékoztatják a résztvevőket a mindannyiunkat érintő közeljövőről.

SAKMAI ISMERETEK ÉS ÉRTÉK A RÉSZTVEVŐKNEK

Magas szintű szakmai előadások, aktuális és mindenkit érdeklő tematikák, sikertörténetek és jó gyakorlatok bemutatása, kapcsolódás, sok-sok beszélgetés. Hasznosítható és mérhető értéket nyújtunk a konferencia résztvevői számára.

Az előző konferenciákon elhangzott véleményeket, értékeléseket a honlapunk nyitó oldalán hallgathatja meg.

HAGYOMÁNYÁPOLÁS

A Konferencia alkalmával díjazzuk a konferenciák 5, 10, 15. és 20. éves törzsvendégeit.

KIKAPCSOLÓDÁS

A Gálavacsorát Balatoni sétahajózás előzi meg a felújított **Kisfaludy nosztalgia és múzeum hajóval**. Nem marad el az immár hagyományossá vált minőségügyi Totó, és még számos kellemes meglepetés.

Az esti műsort Vidám Party zárja a RAMADA Hotel Bár Zenekarával.

Mindenkit szeretettel vár az ISO 9000 FÓRUM Egyesület közössége a rendezvényre! **Időpont: 2016 szeptember 15-16., Balatonalmádi - Hotel RAMADA Balaton!**

Kérjük, támogassa a Nemzeti Minőségügyi Konferenciát részvételével és a Partnerei körében való népszerűsítéssel.

Figyelem: Az egészségügyi ágazatunk résztvevői, illetve az egyszemélyes mikro-szervezetek részére kedvezményeket biztosítunk. Igényeljük a számukra készített jelentkezési lapokat.

Tiszteletteljes üdvözléssel: Rózsa András, elnök!

TARTALOM	CONTENTS
SZAKMAI CIKKEK, ELŐADÁSOK	PROFESSIONAL ARTICLES, LECTURES
<u>Tisztelt Olvasó!</u>	<u>Dear Reader!</u>
<u>Minőségügy - az alapellátás új kihívásai és lehetőségei - Dr. Felszeghi Sára PhD.</u>	<u>Quality: New Challenges and Chances in Basic Health Care - Dr. Felszeghi, Sára PhD.</u>
<u>Belső klinikai audit a minőségügyi rendszerekben – Dr. Gődény Sándor</u>	<u>Intern Clinical Audit in the Quality Systems – Dr. Gődény, Sándor</u>
<u>Krízis menedzsment a sürgősségi ellátásban – Dr. Svéd László</u>	<u>Crisis Management in Emergency Care – Dr. Svéd, László</u>
<u>Alapjogoktól a költséghatékonyságon keresztül a jövőnkig, indikátor rendszerek, adatok és szerepük a sürgősségi ellátásban - Dr. Korcsmáros Ferenc</u>	<u>From fundamental human rights through cost-efficiency to future - indicators system and the role of data in emergency practice – Dr. Korcsmáros, Ferenc</u>
<u>Országos stroke-desobliteratio stratégia, 2016 – Dr. Pápai György</u>	<u>National Stroke-desobliteration Strategy, 2016 – Dr. Pápai, György</u>
<u>Klinikai kockázatelemzésre épülő minőségfejlesztés - Kelemen Éva - Dr. Tölgyes Anna</u>	<u>Quality Development, Based on Clinical Risk Analysis – Kelemen, Éva - Dr. Tölgyes, Anna</u>
<u>Az MSZ EN 15224:2013 szabvány bevezetésének és fenntartásának kihívásai a Magyar Honvédség Egészségügyi Központban - Kulcsár Ildikó</u>	<u>Challenges of the Implementation and Maintenance of Standard MSZ EN 15224:2013 at the Health Care Center of the Hungarian Army - Kulcsár, Ildikó</u>
<u>A minőségirányítás, mint gyógyszer a kilábalásra – Szódi Sándor</u>	<u>Quality Management: a Remedy of Recovering- Szódi, Sándor</u>
<u>Az informatika lehetőségei a minőségfejlesztés támogatásában - Dr. Garay Erzsébet</u>	<u>Possibilities of Informatics Supporting Quality Development - Dr. Garay, Erzsébet</u>

<u>A minőség és a kockázat alapú gondolkodás kapcsolata - Katonai Zsolt</u>	<u>Connection between Quality and Risk Based Thinking – Katonai, Zsolt</u>
<u>Dózis-tudatos betegellátás CT vizsgálatok kapcsán - Erdős Ildikó - Dr. Kardos Lilla - Tőke Andrea - Dr. Volford Gábor - Dr. Séra Terézia - Dr. Séllei Ágnes – Dr. Gion Katalin - Prof. Dr. Palkó András</u>	<u>Dose-conscious Health Care at CT Investigations – Erdős, Ildikó - Dr. Kardos, Lilla – Tőke, Andrea – Dr. Volford, Gábor - Dr. Séra, Terézia – Dr. Séllei, Ágnes - Dr. Gion Katalin – Prof. Dr. Palkó András</u>
<u>Kritikus, nem várt esemény-jelentő rendszer bevezetésével kapcsolatos tapasztalataink - Kiss Angéla</u>	<u>Experiences Concerning Implementation of CIRS (Critical Incident Reporting System)- Kiss, Angéla</u>
<u>A Magánegészségügyi Szövetség minőségirányítási szemlélete és gyakorlata - Dr. Kollai Balázs</u>	<u>The Quality Management View and Practice of the Private Health Care Union - Dr. Kollai, Balázs</u>
<u>Jók a legjobbak közül - Beszélgetés Kulcsár Ildikóval - Sződi Sándor</u>	<u>The Best among the Best. Report with Kulcsár, Ildikó - Sződi, Sándor</u>
<u>Innen - Onnan</u>	<u>Miscellaneous News</u>
A TÁRSASÁG HÍREI ÉS PROGRAMJAI	NEWS AND PROGRAMS OF THE SOCIETY
<u>A Magyar Minőség Társaság 2016-2018. évre tervezett programjai</u>	<u>2016-2018 Year's Planned Programs of the Hungarian Society for Quality</u>
HAZAI ÉS NEMZETKÖZI HÍREK, BESZÁMOLÓK	DOMESTIC AND INTERNATIONAL NEWS AND REPORTS
<u>A Mikulás is benchmarkol - 10.” konferencia eddigi támogatói</u>	<u>Up to Now Sponsors of Conference „St. Claus Is Benchmarking as Well - 10”</u>
<u>XXIII. Nemzeti Minőségügyi Konferencia</u>	<u>XXIII National Quality Conference</u>
A TÁRSASÁG ÚJ TAGJAI	NEW MEMBERS TO THE SOCIETY
<u>Köszöntjük a Magyar Minőség Társaság új tagját!</u>	<u>We Welcome the New Member to the Society</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.

Rendszertanúsítás

Az MSZT a Szlovák Akkreditáló Testület (SNAS) által a Reg.No. 259/Q-070 és a Reg.No. 259/R-100 számon akkreditált irányítási rendszertanúsító szervezet a következő területeken:

- Minőségirányítási rendszerek tanúsítása az MSZ EN ISO 9001 szerint;
- Környezetközpontú irányítási rendszerek tanúsítása az MSZ EN ISO 14001 szerint;

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 négy területen:

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

Innovatív területek- Speciális kínálat az MSZT további tanúsítási szolgáltatásaiból

- Informatikai szolgáltatás irányításának tanúsítása az MSZ ISO/IEC 20000-1 szerint;
- Fordítási szolgáltatások tanúsítása az MSZ EN ISO 17100 szerint;
- Energiairányítási rendszerek tanúsítása MSZ EN ISO 50001 szerint;
- Egészségügyi szolgáltatások tanúsítása az MSZ EN 15224 szerint;
- Innovációirányítási rendszerek igazolása az MSZ CEN/TS 16555-1 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 terméktenúsítás;
- Játszóterei 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!